

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 - 2021

13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MUNICIPIO DE CASCAVEL

Prefeito
Leonaldo Paranhos da Silva

Vice-Prefeito
Jorge Luiz Lange

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretário
Rubens Griep

Diretora do Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças
Sheila Marcia Eler Vargas

Diretora de Atenção à Saúde
Luciana Osório Cavalli

Diretora Departamento de Vigilância em Saúde
Beatriz Tambosi

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Presidente
Antônio Martins Vieira

Vice-Presidente
João Maria Oliveira Lima

1º Secretário
Mauro Aparecido Giomo

2º Secretário
Claudio Evaristo Cesar

ORGANIZAÇÃO

Fábio Tomasetto
Maria Clarice de Araujo Galesky
Claiton Luis Moraes
Rubens Griep

ELABORAÇÃO

Ali Hassan Haidar
Ana Paula Barbosa Iurkievicz
Andrey Ferruci
Angela Maria Chavaren
Beatriz Tambosi
Carlos Eduardo Gomes Engelhardt
Clair Teresinha Wagner
Claiton Luis Moraes
Claudia Rarumy Ide Alves
Claudio Evaristo Cesar
Ederson Santos Rocha
Elis Regina Raatz Bau
Elisabete Nagi
Elizabeth Rosana de Almeida Zotti
Fábio Tomasetto
Gilson Fernandes da Silva
Iara Agnes Bach da Costa
Ilda Ignácio Neves Zambão
Jeicylene Calderari Brustolim
Jessica de Oliveira Souza
Juliana Bertolli Lange
Luciana Osório Cavalli
Luciane Vidal Dockhorn
Maria Clarice de Araujo Galesky
Maria Fernanda Azevedo P. Leonel Ferreira
Marise Neumann Fin
Marly Ungareti
Marta Ferreira de Souza
Monica Grando Grutzmacher
Rozane Aparecida Wichoski Campiol

Rubens Griep
Shady Adnan Yassine
Sheila Marcia Eler Vargas
Sonia Maria Dal Bosco Sena
Tatiane de Fatima de Almeida Mello
Valeria Cristiane Manfre Marassi
Viviane Débora da Silva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE	14
1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	14
1.2.1 Características gerais do Município de Cascavel	14
1.2.2 Diagnóstico Epidemiológico	22
2 GESTÃO EM SAÚDE.....	41
2.1 DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	41
2.1.1 Divisão de Atenção Primária em Saúde	41
2.1.2 Divisão de Atenção Especializada.....	59
2.1.3 Divisão de Assistência Farmacêutica	66
2.1.4 Divisão de Urgências e Emergências	70
2.1.5 Divisão de Saúde Mental	72
2.1.6 Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão	75
2.1.7 Divisão de Informação Planejamento em Saúde	76
2.2 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	77
2.3 DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS	81
2.4 CONTROLE SOCIAL.....	92
3 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....	94
3.1 Diretriz 1	94
3.2 Diretriz 2.....	95
3.3 Diretriz 3	101
3.4 Diretriz 4	102
3.5 Diretriz 5	102
3.6 Diretriz 6.....	107
3.7 Diretriz 7.....	108
4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: PROPOSTAS DA 13ª CMS.	111
ANEXOS.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitária de Saúde
AD - Atenção Domiciliar
AD1 - Atendimento Domiciliar 1
AD2 - Atendimento Domiciliar 2
AD3 - Atendimento Domiciliar 3
AF - Assistência Farmacêutica
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária em Saúde
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial
CAE - Centro de Atendimento de Especialidades
CAFI - Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos
CAISAN - Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CASM - Centro de Atenção em Saúde Mental
CEACRI - Centro Especializado da Saúde do Neonato, Criança e Adolescente
CEDIP - Centro Especializado de Doenças Infectoparasitária
CENSE - Centro de Socioeducação
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças
CISOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONSAMU - Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná
CONSEG - Conselho Comunitário de Segurança de Cascavel
COTRANS - Comitê Intersectorial de Prevenção da Mortalidade por Acidentes de Trânsito
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CETTRANS - Companhia de Engenharia de Transporte e Trânsito de Cascavel

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEPE - Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão
DGP - Divisão de Gestão de Pessoas
DIPS - Divisão de Informação e Planejamento em Saúde
DNV - Declaração de Nascido Vivo
EAAB - Estratégia Alimentar Alimenta Brasil
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
FICA - Ficha Individual de Comunicação de Abandono
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB - Índice de Desempenho da Educação Básica
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IPARDES - O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IRSAS - Informatização da Rede de Serviços de Assistência Social
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIRA - Levantamento de Índice Rápido do Aedes Aegypti
LOA - Lei Orçamentária Anual
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAID - Programa de Atendimento e Internação Domiciliar
PAR - Programa de Atendimento Residencial
PcD - Pessoa com Deficiência
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEC - Penitenciária Estadual de Cascavel
PIC - Penitenciária Industrial de Cascavel
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNI - Programa Nacional de Imunização
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PPA - Plano Plurianual

POE - Programa Adolescentes em conflito com a lei PNAISP
PROGESUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS.
PSE - Programa Saúde na Escola
RAS - Rede de Atenção à Saúde
REMUME - Relação Municipal de Medicamento
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU - Secretaria Municipal de Saúde
SIATE - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIGETRANS - Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento de Acidentes de Trânsito
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada SIA-SIH SUS
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINDETAXI - Sindicato dos Motoristas de Táxi de Cascavel
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TB - Tuberculose
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
TDO - Tratamento Diretamente Observado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UDM - Unidade de Dispensação de Medicamentos
UNIPAR - Universidade Paranaense
UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VISA - Vigilância Sanitária
VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados demográficos do município de Cascavel de 1960 a 2016.

Quadro 2 - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2012.

Quadro 3 - População estimada residente por ano.

Quadro 4 - População censitária, segundo tipo de domicílio e sexo - 2010

Quadro 5 - População ocupada segundo as atividades econômicas - 2010

Quadro 6 - Dados educacionais, segundo o número de matrículas.

Quadro 7 - Informações sobre nascidos vivos, de mães residentes no município de Cascavel-PR, no período de 2012 a 2016.

Quadro 8 - Percentual de crianças nascidas vivas de mães residentes no município de Cascavel-PR, por número de consultas pré-natais, de 2013 a 2016.

Quadro 9 - Número de óbito e taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos de mães residentes no município de Cascavel-PR, 2012 - 2016.

Quadro 10 - Número de óbito e taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) no município de Cascavel-PR, 2012 - 2016.

Quadro 11 - Número absoluto e coeficiente de incidência para cada 100.000 habitantes, das doenças e agravos de notificação compulsória de residentes em Cascavel-PR, 2012 a 2016.

Quadro 12 - Levantamento de índice rápido de infestação do Aedes aegypti, (LIRAa), no município de Cascavel-PR, 2016.

Quadro 13 - Cobertura vacinal em menores de um ano, no município de Cascavel-PR, 2012 a 2016.

Quadro 14 - Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID-10, por local de residência no período de 2012 a 2016, Cascavel-PR.

Quadro 15 - Indicadores relacionados à Atenção Básica.

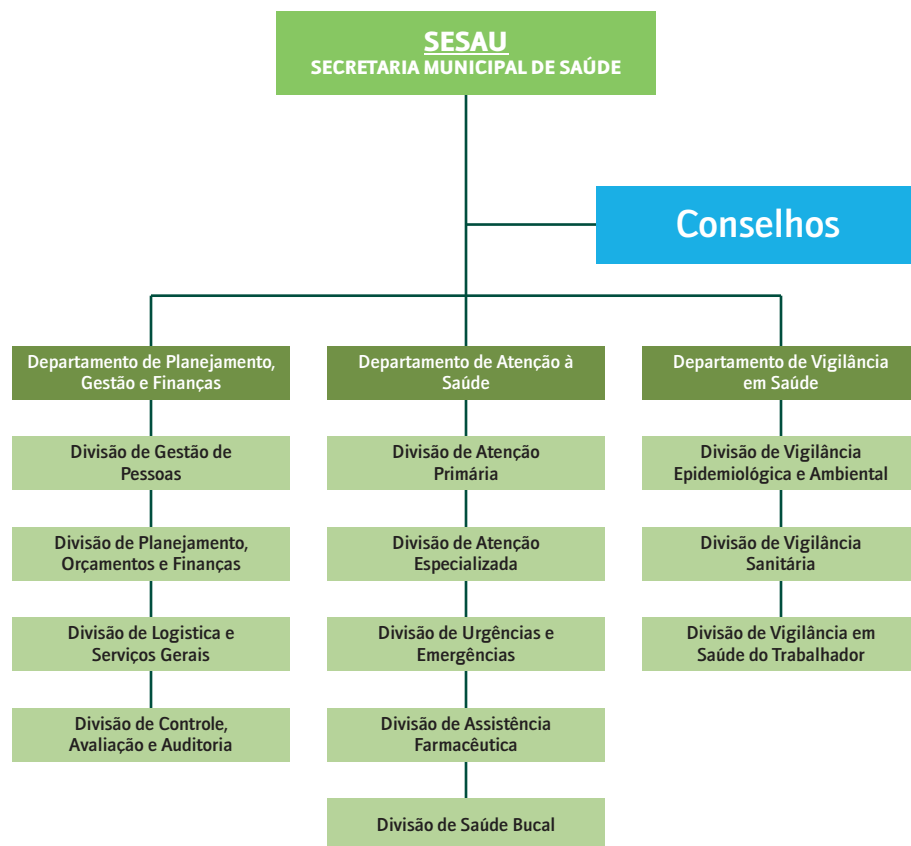
Quadro 16 - Quantidade de fratura de fêmur e tratamento da fratura na população idosa entre 2013 a 2016.

Quadro 17 - Distritos/projeção futura.

Quadro 18 - Cobertura de Equipes de Saúde da Família.

Organograma da Secretária de Saúde

Lei n.º 6.792/2017, de 13 de Dezembro de 2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Organograma)

Lei n.º 6.792/2017, de 13 Dezembro de 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHOS

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

Divisão de Gestão de Pessoas
Divisão de Planejamento, Orçamento e Finanças
Divisão de Logística e Serviços Gerais
Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Divisão de Atenção Primária
Divisão de Atenção Especializada
Divisão de Urgências e Emergências
Divisão de Assistência Farmacêutica
Divisão de Saúde Bucal.

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Divisão de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Divisão de Vigilância Sanitária
Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador

INTRODUÇÃO

O município de Cascavel através da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (SMS) tem a atribuição de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

A promoção à saúde visa oferecer uma melhoria nas condições de vida da população, objetivando o direito dos mesmos, levando em consideração os princípios da concepção holística da equidade, da inter e intrasetorialidade, formando assim uma estratégia de produção de saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Cascavel é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população Cascavelense, apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde no período de 2018 a 2021 tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 e do Decreto n.º 7508/2011 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde. Também foram consideradas as demandas de relevância teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, os compromissos do Plano de Governo, o Pacto pela Saúde e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

O Plano Municipal de Saúde - PMS é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização

das Conferências Municipais de Saúde.

Além disso, orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) sendo consolidado como instrumento fundamental de planejamento. Apresenta análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Cascavelense, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso.

Finalmente, entendemos que o Plano Municipal de Saúde, não apenas norteia o gestor na condução dos processos de saúde em seus vários espaços, mas ainda favorece o aperfeiçoamento contínuo desses processos e da gestão participativa, permitindo o reconhecimento de ações efetivas.

1 ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE

A análise de situação de saúde é um processo que permite caracterizar, medir, e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e problemas de saúde, assim como seus determinantes, sejam estes de competência do setor saúde ou de outros setores (BRASIL, 2013).

A partir da análise situacional é possível estabelecer as necessidades e definir as prioridades em uma determinada realidade, com a definição das medidas a serem adotadas. A seguir, explicitaremos dados que inferem no perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população de Cascavel, baseados nos principais bancos de dados federais, como o DATASUS, SINASC, SIM e SINAN.

1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL

1.2.1 Características gerais do Município de Cascavel

A origem do Município de Cascavel tem em seu bojo três aspectos fundamentais que influenciaram na ocupação da região oeste do Paraná: o tropeirismo, as obrages e a imigração.

O tropeirismo consistiu no transporte até São Paulo do gado comprado no Rio Grande do Sul, no Uruguai e na Argentina pelos tropeiros. Estas incursões no interior do estado deram origem à “Encruzilhada”.

Concomitantemente a esta atividade, que predominou em meados

do século XIX, instalaram-se empresas de exploração da madeira e erva-mate, formando pequenos núcleos administrativos. Estas colonizadoras (obrages) prescindiam de uma organização social mínima, como transporte via de acesso e comunicação, disponibilidade de hospitais, igrejas e escolas, bem como de uma rede comercial.

Por volta dos anos de 1950, fluxos migratórios vieram compor a população da região, entre elas a cabocla (deslocamento da população de Guarapuava para o Oeste do Paraná), a sulista (deslocamento da população do Sul do país) e a cafeeira (famílias que se deslocaram de várias partes do Brasil em busca de terras para o plantio do café). Este fluxo foi resultado da liberação da mão-de-obra das lavouras de café do Norte do Paraná e da crise da agropecuária do Rio Grande do Sul.

Cascavel alcançou o status de município em 14 de novembro de 1951, por meio da promulgação da Lei Estadual n.º 790/51, em que deixou a categoria de distrito administrativo do Município de Foz do Iguaçu. O resultado do Censo demográfico de 1950 mostrou uma população residente de 404 habitantes. Com a exploração econômica da madeira e o plantio do café, o pequeno povoado difundiu-se geograficamente, com um crescimento populacional de 79,77% ao ano.

Este crescimento acelerado, aliado às transformações econômicas e tecnológicas presentes nas décadas de 1970 e 1980 e à substituição da extração da madeira pela agricultura como ramo produtivo em conjunto com o acentuado surgimento de indústrias, o comércio e a pecuária, fez o povoado erigir à condição de principal cidade do Oeste do Paraná e uma das cinco maiores do estado. (CASCAVEL, 1988, p. 10).

Quadro 1: Dados demográficos do município de Cascavel de 1960 a 2016.

ANO	URBANO	RURAL	TOTAL
1960	5.274	34.324	39.598
1970	34.961	54.960	89.921
1980	123.698	39.761	163.459
1990	177.766	15.224	192.990
2000	228.673	16.696	245.369
2010*	270.049	16.156	286.205
2016**	-	-	316.226

Fonte: CASCAVEL 2003/2004, *IPARDES 2012 e **IPARDES 2017.

Cascavel situa-se no Terceiro Planalto do estado, na região oeste paranaense, com uma altitude média de 785 metros e uma área territorial de 2.100,831 km². A área rural é composta por 8 distritos administrativos: Sede, Diamante, Espigão Azul, Juvinópolis, Rio do Salto, São João do Oeste, São Salvador e Sede Alvorada. Está a uma distancia de 491 km da capital do Estado (Curitiba), de 136 km do município de fronteira com Paraguai (Foz do Iguaçu) e 585 km do litoral (Paranaguá). As principais rodovias que margeiam a cidade são a BR 277, BR 467, BR 369, BR 163, PR 180 e PR 182.

A região de saúde é composta por 25 municípios: Cascavel (sede da 10ª Regional de Saúde), Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

Quadro 2: Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2012.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	% TOTAL
Menor 1 ano	2.298	2.131	4.429	1,51
1 a 4 anos	8.134	7.846	15.980	5,46
5 a 9 anos	10.460	10.399	20.859	7,13
10 a 14 anos	12.665	12.516	25.181	8,61

15 a 19 anos	13.780	13.717	27.497	9,4
20 a 29 anos	27.637	27.495	55.132	18,85
30 a 39 anos	23.016	24.532	47.548	16,26
40 a 49 anos	19.587	21.496	41.083	14,05
50 a 59 anos	13.309	15.085	28.394	9,71
60 a 69 anos	7.375	8.248	15.623	5,34
70 a 79 anos	3.347	4.360	7.707	2,63
80 anos e mais	1.176	1.763	2.939	1,06
TOTAL	142.784	149.588	292.372	100%

Fonte: DATASUS. Estimativa para o ano de 2012.

Quadro 3: População estimada residente por ano.

Ano	População	Método
2017	319.608	Estimativa
2016	316.226	Estimativa
2013	305.615	Estimativa
2012	292.372	Estimativa
2011	289.340	Estimativa
2010	286.205	Estimativa

Fonte: IBGE/DATASUS.

Segundo dados do último Censo, a população do Paraná alcançou a marca de 10,44 milhões de habitantes em 2010, o que correspondeu a 5,48% do total do país e 38,14% do contingente da Região Sul. Com esse resultado, a taxa de crescimento médio geométrico da população local atingiu 0,89% ao ano no período 2000-2010, ficando abaixo da variação de 1,39% registrada no intervalo 1991-2000, o que aponta para um processo de desaceleração, observado também em âmbito nacional.

Analisando a pirâmide etária e considerando dados do Sistema de Informação Demográfica de Recuperação do Acervo do IBGE, no ano de 1980 a população na faixa etária de 0 a 9 anos correspondia a 28,0% do total de habitantes do município e, no entanto, em 2010 este percentual caiu para 14,1%. Ao contrário deste grupo etário, as pessoas com 60 anos ou mais totalizavam 3,1% da população residente no ano de 1980, porém, o último censo realizado em 2010,

este percentual subiu para 7,9%.

Do ponto de vista da quantidade de pessoas por sexo, o público feminino detém 51,1% que é superior a de homens residentes em 2010, que é de 48,9%. Esta margem aumenta na faixa etária acima de 60 anos, onde as mulheres correspondem a 54,9% e o universo masculino é de 45,1%.

Quadro 4: População censitária, segundo tipo de domicílio e sexo - 2010.

TIPO DE DOMICILIO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Urbana	130.819	139.286	270.049
Rural	8.958	7.198	16.156
Total	139.771	146.434	286.205

Fonte: IBGE/Censo Demográfico.

Analisando o quadro número quatro 4, Cascavel possui um grau de urbanização de 94,36%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,780 (2010), 13,01% maior que o publicado em 2000. Este crescimento foi impulsionado pelo aumento da renda familiar e da expectativa de vida, que passou de 73 anos para 75 anos. Em 2000, a cidade ocupava o 12º lugar no ranking do IDH-M no Paraná. Em 2010, passou para o 4º, ficando atrás de Curitiba, Maringá e Quatro Pontes.

A proporção de pessoas, por classes selecionadas de rendimento mensal domiciliar per capita nominal - total - até 1/4 salário mínimo (=R\$ 127,50), em 2010, foi de 4,2%. A taxa de pobreza no Paraná, o que segundo o IBGE, indica a proporção de domicílios com rendimento per capita de até ¼ de salário-mínimo em relação ao total de unidades, atingiu 7,2%, ficando um pouco acima dos 6,4% da Região Sul, mas muito abaixo da média nacional (14,7%).

Em relação à população de rua, de acordo com a Informatização da Rede de Serviços de Assistência Social (IRSAS), foram atendidas pelo

sistema de abordagem do serviço social 533 pessoas. Durante o período diurno e noturno, o centro POP atende essa população, em 2016, conforme a IRSAS, foram atendidas pelo centro POP 998 pessoas sendo que a maioria dos usuários destes serviços é dependentes químicos. A cidade também é constantemente visitada por indígenas, advindos principalmente das aldeias situadas no Município de Nova Laranjeiras-PR, com intuito de vender seus artesanatos.

Cascavel também possui duas penitenciárias - Penitenciária Estadual de Cascavel (PEC) e a Penitenciária Industrial de Cascavel (PIC), totalizando uma população carcerária de 1.300 pessoas. Para acolhimento de adolescentes em situação de ato infracional, com determinação de privação de liberdade, estes são destinados aos Centros de Socioeducação (CENSE), sendo que a unidade I possui capacidade de abrigamento de 20 internos (internação provisória até 45 dias) e a unidade II de 78 adolescentes (reclusão de 6 meses a 3 anos).

A atividade econômica de referência é a agricultura, com destaque para aos setores agropecuários e agroindustriais. Também possui um arranjo produtivo local baseado em empresas prestadoras de serviços, comerciais e industriais. A renda média per capita domiciliar, para o ano de 2010, foi de R\$ 988,84. A população ocupada, no ano censitário, foi de 153.513 pessoas. Durante o ano de 2012, foram gerados 64.046 empregos, 60.484 demissões, com saldo final positivo de 3.562, o que proporcionou variação mensal de empregos de 4,23%⁵. O quadro 5 descreve os principais tipos de ocupações, segundo síntese do Caderno do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) 2012.

Quadro 5: População ocupada segundo as atividades econômicas - 2010.

ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE Domiciliar 2.0)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	9.158
Indústrias extrativas	111
Indústrias de transformação	20.300

Eletricidade e gás	646
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	1.747
Construção	12.580
Comércio, Reparação de veículos automotores e motocicletas	35.415
Transporte, armazenagem e correio	7.146
Alojamento e alimentação	5.273
Informação e comunicação	2.296
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	2.274
Atividades imobiliárias	703
Atividades profissionais, científicas e técnicas	4.998
Atividades administrativas e serviços complementares	4.479
Administração pública, defesa e seguridade social	6.904
Educação	8.707
Saúde humana e serviços sociais	7.443
Artes, cultura, esporte e recreação	1.168
Outras atividades de serviço	4.318
Serviços domésticos	8.521
Atividades mal especificadas	9.327
TOTAL	153.513

Fonte: Caderno IPARDES. IBGE - Censo Demográfico NOTA: Atividade econômica segundo a CNAE Domiciliar 2.0. Resultados gerais da amostra.

Em 2017, a rede pública de educação era composta por 51 centros municipais de Educação Infantil (CMEI), que atendem crianças de 0 a 5 anos; 61 escolas municipais responsáveis pelo Ensino Fundamental séries iniciais e 42 escolas estaduais, que ofertam as séries finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio. O único estabelecimento de Ensino Superior público é a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), disponibilizando 15 cursos de graduação, além de cursos de especialização, mestrado e doutorado.

Ressalta-se, porém, que Cascavel é considerado um importante pólo universitário, com sete Instituições de Ensino Superior, formando, em média, 18 mil novos profissionais todos os anos, sendo que três instituições oferecem cursos nas áreas de saúde como Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Medicina, entre outros.

De acordo com os dados do censo demográfico de 2010, a população residente alfabetizada era de 253.238 pessoas, totalizando 95,6% do grupo etário maior que 10 anos. A taxa de analfabetismo foi de 4,5%, sendo considerada analfabeta a pessoa que não sabe ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece. Segundo informações recolhidas junto ao Programa de Prevenção e Combate à Evasão Escolar, considerando o total de encaminhamentos realizados pelas escolas estaduais, através da Ficha Individual de Comunicação de Abandono (FICA), as principais causas de abandono ou evasão escolar em 2012 foram o fracasso escolar (relacionado à distorção idade/série e reprovação), o uso/tráfico de entorpecentes, gravidez na adolescência e a necessidade de trabalho como fonte de subsistência.

A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do Ensino Fundamental, 6,2% dos alunos estão com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 13,0% nos anos finais. Entre os que alcançam o Ensino Médio, a defasagem é de 17,2%.

O Índice de Desempenho da Educação Básica (IDEB) combina o rendimento escolar às notas do exame da Prova Brasil, aplicado a crianças da 5ª e 9ª anos do Ensino Fundamental, podendo variar de 0 a 10. Entre os 5.565 municípios do Brasil, Cascavel está na 870ª posição quando avaliados os alunos do 5.º ano e na 1.062ª lugar no caso dos alunos do 9º ano. Abaixo estão descritos a quantidade de alunos matriculados em 2016.

Quadro 6: Dados educacionais, segundo o número de matriculas.

INFORMAÇÃO	ESTATÍSTICA
Matriculas em CMEI	5.142
Matriculas na Pré Escola	8.091
Matriculas no Ensino Fundamental	40.053
Matriculas no Ensino Médio	13.946
Matriculas no Ensino Superior	20.848

Fonte: IPARDES, 2016.

Em relação à infraestrutura física do município, na área urbana aproximadamente 100% da população possui rede de água e de energia elétrica. O município de Cascavel no ano de 2017 conquistou o 8º lugar no ranking de saneamento básico nacional, de acordo com o Instituto Trata Brasil. Em Cascavel, o abastecimento de água chega a 99,98% da população e 89,57% do esgoto são tratados. Entretanto, os distritos apresentam condições diferenciadas de acesso, variando conforme a localização das comunidades rurais.

1.2.2 Diagnóstico Epidemiológico

Desde a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para o nível municipal, a partir da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, observam-se grandes avanços na prevenção e controle de agravos e doenças. Para isto, é fundamental conhecer, analisar e avaliar, de modo contínuo e permanente a situação epidemiológica de uma população, por meio de indicadores de saúde, para planejar, organizar e operacionalizar ações oportunas e eficazes.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), analisar a situação de saúde “permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes” (BRASIL, 2015). Complementa que isto facilita “a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto” (BRASIL, 2015).

No município de Cascavel, a Divisão de Vigilância Epidemiológica e Ambiental constrói indicadores de saúde, a partir das informações obtidas das fontes notificadoras e, que são armazenadas em sistemas de informações específicos, como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),

o Programa Nacional de Imunização (PNI), além dos agravos de monitoramento em unidades sentinelas, como as doenças diarreicas agudas e as síndromes respiratórias agudas.

Em relação aos nascimentos de crianças cujas mães residem em Cascavel, o quadro 7, apresentado abaixo, fornece importantes informações a partir do SINASC. Desde 2012, observa-se um aumento do número de nascidos vivos, embora tenha havido um decréscimo nos anos de 2015 e 2016, tendência também demonstrada pela taxa de natalidade.

Quadro 7: Informações sobre nascidos vivos, de mães residentes no município de Cascavel-PR, no período de 2012 a 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Número de nascidos vivos	4.450	4.646	4.900	4.764	4.704
Taxa de natalidade para cada 1.000 habitantes	15,2	16,2	17,2	16,6	14,8
Mães de 15 a 19 anos (N) % de mães de 15 a 19 anos	755 16,96%	732 15,75%	736 15,02%	643 13,49%	599 12,73%
Mães de 10 a 14 anos (N) % de mães de 10 a 14 anos	40 0,89%	25 0,53%	46 0,93%	27 0,56%	16 0,34%
Nascidos vivos com baixo peso ao nascer % com baixo peso ao nascer (menor de 2.500g)	327 7,34%	339 7,29%	428 8,73%	301 6,31%	367 7,80%
Nascidos vivos por parto cesáreo % de nascidos vivos por partos cesáreos	2.679 60,2%	2.869 61,7%	3.101 63,3%	2.938 61,6%	2.868 60,9%
Nascidos vivos por partos vaginais % de nascidos vivos por partos vaginais	1.771 39,8%	1.777 38,4%	1.798 36,6%	1.826 38,3%	1.836 39%

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

Ainda no período descrito acima, no quadro 7, nota-se que nos últimos 4 anos, houve uma diminuição do percentual de adolescentes de 10 a 14 anos grávidas, assim como redução no percentual de mães de 15 a 19 anos no mesmo período.

Embora observam-se reduções nos índices de mães adolescentes, ainda há necessidade de traçar estratégias dentro de políticas públicas, para um trabalho intersetorial na prevenção de vulnerabilidades sociais, de forma a cobrir o vazio assistencial presente nesta faixa etária.

Uma estratégia de política pública que vem sendo trabalhada atualmente, consiste no Programa Saúde na Escola, criado por meio do Decreto n.º 6.286, de 5 dezembro de 2007, e que em 2013 teve sua universalização. O componente II deste programa prevê o desenvolvimento de ações educativas voltadas à saúde mental e à prevenção da gravidez na adolescência e do uso de drogas, entre outros pontos.

Em relação aos dados referentes aos nascidos vivos com baixo peso (menos que 2.500g), não houve alterações significativas no período descrito, com exceção no ano de 2014, que ultrapassou o índice aceitável, internacionalmente, de 10%.

De acordo com o quadro 7, os partos cesáreos apresentaram em 2013 um percentual de 61,7% e em 2014 um aumento para 63,3%, seguido por 2015 com um decréscimo para 61,6% e em 2016 com taxa de 60,9%.

Embora o Ministério da Saúde, em parceria com estados e municípios desenvolvam ações para incentivar o parto normal, dois desafios ainda precisam ser enfrentados: a criação de rotinas assistenciais e de educação em saúde que incentivem a mulher a escolher o parto normal e a vinculação institucional nos três níveis de complexidade, no acompanhamento desta gestante.

Quadro 8: Percentual de crianças nascidas vivas de mães residentes no município de Cascavel-PR., por número de consultas pré-natal, de 2013 a 2016.

Consultas de Pré-Natal	2012	2013	2014	2015	2016
1-3 consultas	3,7	3,8	3,2	3,0	3,3
4-6 consultas	20,8	19,3	18,7	17,4	15,8
+7 consultas	75,5	76,2	77,7	79,2	80,3

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

O percentual de crianças nascidas em Cascavel, em que a mãe realizou 7 ou mais consultas de pré-natal, subiu de 76,2% em 2013 para 80,3% em 2016.

O Paraná instituiu, em 2010, a Rede Mãe Paranaense, que contempla em suas ações o referenciamento da gestante, da unidade de saúde onde se realiza o pré-natal para a unidade hospitalar, conforme o risco gestacional. Outras rotinas previstas nesta Rede são: captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal (com no mínimo 07 consultas), realização de 17 exames, classificação de risco das gestantes e das crianças e garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco. Esta proposta de rede de atenção tem como finalidade promover a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, assegurar a regionalização da saúde e ampliar o acesso a exames básicos.

De acordo com o SIM, é possível identificar, em uma série histórica, as principais causas de mortalidade no município e, assim, dar subsídios para o planejamento de ações para redução destes óbitos.

Tabela 1- Série Histórica do número de óbitos segundo causa e coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes, de residentes em Cascavel-PR, (2012-2016)

Ano	População	Óbitos	Doenças do Ap. Circulatório		Neoplasias		Causas Externas*		Doenças do Ap Respiratório	
			Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
2012	292.372	1778	466	159,38	361	123,47	352	120,39	189	64,64
2013	305.615	1631	453	148,22	294	96,2	266	87,03	171	55,95
2014	309.259	1649	449	145,18	377	121,9	241	77,23	155	50,12
2015	312.778	1735	447	142,91	388	124,04	242	77,37	190	60,74
2016	316.226	1764	467	147,68	380	120,17	250	79,06	226	71,47

Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM. *Local da Ocorrência.

A tabela 1 mostra as principais causas de mortalidade na população de Cascavel, que são as doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar, seguidas das neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Dentre as doenças do aparelho circulatório destacam-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular e encefálico e a hipertensão arterial sistêmica. As principais neoplasias que culminam com o óbito são as localizadas no aparelho digestivo, pulmão, mama

e próstata. Os homicídios, acidentes de trânsito, suicídios e as quedas de altura representam as principais causas externas de morte, estando percorridas na ordem de número de casos. Por fim, as doenças do aparelho respiratório que mais levam ao óbito, são a pneumonia e as doenças crônicas.

Em relação às causas externas de mortalidade, em especial os acidentes de trânsito, houve, em Cascavel, a implantação do Projeto Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no município em 2010, recebendo inicialmente uma verba do Ministério da Saúde para estruturação de ações. Dentre as ações deste projeto foi instituído o Comitê Intersetorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel (COTRANS) por meio do Decreto Municipal nº 9772/2011, com a participação de várias instituições, como a Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância Epidemiológica), 10ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Administração, Companhia de Engenharia de Transporte e Trânsito de Cascavel (CETTRANS), Corpo de Bombeiros/SIATE, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Rodoviária Estadual, Universidades (UNIOESTE, UNIPAR) CONSAMU, SERVIÇOS HOSPITALARES E PRÉ-HOSPITALARES (Hospital Universitário, Policlínica, Hospital São Lucas e UPA's), Concessionárias (Ecocataratas e Viapar), SINDETAXI, Conselho de Segurança Comunitário de Cascavel (CONSEG), Sindicato de Empresas de Seguros e Sindicato das Auto-Escolas, entre outras.

O COTRANS tem por objetivos identificar os principais fatores que geram acidentes de trânsito, propor ações preventivas, realizar campanhas e ações educativas para sensibilizar a população quanto à consequência dos acidentes de trânsito. Com a instituição deste comitê foi possível ampliar o trabalho intersetorial voltado à prevenção de acidentes de trânsito no município, com planejamento de ações educativas integradas, realização de seminários, audiências públicas, entre outras ações, trazendo assim a problemática dos acidentes de trânsito para discussão com a sociedade. E para identificar o perfil dos acidentes de trânsito e das vítimas, foi criada a Comissão de Análise

de Óbito por Acidente de Trânsito, sendo composta por órgãos que atendem os acidentes de trânsito.

Também como ação do Projeto Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito está em desenvolvimento o Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento de Acidentes de Trânsito (SIGETRANS), que reunirá, em rede, os dados gerados pelos atendimentos dos órgãos de fiscalização, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e hospitais, propiciando a integração dos diversos sistemas e a adoção de ações efetivas para o controle deste tipo de agrav.

Quadro 9: Número de óbito e taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos de mães residentes no município de Cascavel-PR., 2012 - 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Óbitos infantis (número absoluto)	40	55	49	47	39
Taxa de mortalidade infantil*	9,00	11,85	10	9,86	8,36
Taxa de mortalidade perinatal**	9,89	13,06	12,57	10,83	9,82

Fonte: Vigilância Epidemiológica Cascavel / SIM - Sistema de Informação de Mortalidade.

*óbito ocorrido entre o nascimento até 11 meses e 29 dias (< 1 ano)

** óbito entre a 22ª semana de gestação até o 7º dia de vida.

Cascavel obteve redução de 3,49% do coeficiente de mortalidade infantil, considerando os valores registrados em 2013 e 2016 (quadro 09).

Em concordância com anos anteriores, entre 2012 e 2016, as principais causas de mortalidade infantil estão relacionadas, em primeiro lugar, com afecções originadas no período perinatal, como por exemplo, hipertensão arterial materna na gestação, diabetes gestacional, alterações funcionais da placenta, infecções parasitárias maternas, entre outras. Em segundo lugar aparecem as malformações congênitas. As causas externas, em especial a asfixia acidental na cama (quando a criança dorme na cama com os pais) e morte súbita do lactente

representam a terceira causa de morte em crianças menores de 1 ano. Em 2012 e 2015, as doenças do aparelho respiratório apareceram como a quarta causa de óbito nessa população. Em 2016, as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais ocuparam esse lugar.

Quadro 10: Número de óbito e taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) no município de Cascavel-PR., 2012 - 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Óbitos maternos (número absoluto)	00	00	00	02	01
Taxa de mortalidade materna	0,00	0,00	0,00	41,94	21,45

Fonte: Vigilância Epidemiológica Cascavel /SIM - Sistema de Informação de Mortalidade.

O quadro 10 aponta aumento em relação ao número absoluto de mortes maternas, considerando os anos de 2012 a 2014, que não houve óbitos maternos e 2015 e 2016 que ocorreram respectivamente 2 e 1 casos notificados. Em 2010, foi implantado o Comitê Municipal de Prevenção e Investigação de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e, desde então, 100% destes óbitos são analisados, mensalmente, pelos técnicos do comitê.

Além das ações deste comitê outros fatores contribuíram para obtenção destes resultados como as capacitações para construção da Rede de Atenção Materna Infantil, com a definição de fluxos de atendimento da gestante e da criança até um ano e o investimento público municipal na oferta de exames, seguindo critérios estabelecidos pelas políticas federal, estadual e municipal.

As Portarias do Ministério da Saúde, nº 204 e 205 de fevereiro de 2016, definem a relação de doenças e agravos de notificação compulsória. O quadro nº 13 apresenta o número de casos confirmados de 2012 a 2016. Observa-se que houve elevação do número de notificação de algumas doenças, enquanto outras não apresentaram alterações significativas.

Quadro 11: Número absoluto e coeficiente de incidência para cada 100.000 habitantes, das doenças e agravos de notificação compulsória de residentes em Cascavel-PR., 2012 a 2016.

Doenças	2012		2013		2014		2015		2016****	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Acidente com Material Biológico*	214		215		275		249		264	
Acidente de trabalho grave*	162		450		303		355		181	
Aids	68	23,25	73	24,24	71	23,45	89	28,98	88	28,91
Atendimento antirrábico	1130	357,3	1139	364,15	1192	385,43	1147	375,3	1186	405,6
Febre Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,31
Dengue	47	11,98	91	29,77	46	14,87	193	61,7	1219	385,48
Doença causada por Zika Virus	0	0	0	0	0	0	0	0	23	7,27
Febre Maculosa	0	0	0	0	0	0	01	0,31	0	0
Hanseníase	25	8,55	27	8,83	17	5,5	30	9,59	23	7,27
Hantavirose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatite Viral	189	64,64	216	70,67	326	105,41	321	201,6	289	91,39
HIV	0		66	21,59	54	17,46	155	49,55	102	32,25
Intoxicação exógena	240	92,3	373	122	346	112	530	169,4	346	109,4
Leptospirose	2	0,68	5	1,63	2	0,64	9	2,87	0	0
Meningite	62	21,02	90	8,65	61	13,25	62	13,74	37	7,58
Sífilis congênita**	11	2,47	9	1,93	8	1,63	19	3,99	15	3,19
Sífilis em Gestante***	38	5,2	48	6,3	56	7,24	91	11,64	90	11,38
Sífilis não especificada	173	59,1	339	111	369	119,3	585	187	561	177,4
Síndrome Resp. Aguda Grave	153	52,33	232	75,9	93	30,07	62	19,82	149	47,11
Tuberculose	64	21,88	66	21,59	63	30,37	56	17,9	59	18,65
Violência Física	206	70,4	312	102	360	116,4	361	115,4	283	89,1
Violência Sexual	34	11,6	26	8,5	37	11,9	58	18,54	38	12,01
Violência Psicológica/Moral	69	23,6	49	16	41	13,2	55	17,5	24	7,5
Violência/Negligência	103	35,22	264	90,3	341	110,6	261	83,4	311	98,3
Violência/Lesão auto provocada	173	59,1	167	54,6	155	50,1	274	87,6	270	85,3

Fonte: SINAN/MS

*Apenas número absoluto

**Cálculo por 1000 nascidos vivos

***Cálculo baseado em 2,5% da população/1000 nascidos vivos

****2016: dados preliminares

No município de Cascavel observou-se um aumento dos casos de hepatites entre os anos de 2012 e 2014, ocorrendo uma redução nos dois anos seguintes. Entretanto, ainda mantém-se como um grande problema em saúde pública, devido principalmente, pela doença causada pelos vírus B e C.

O serviço de referência para Hepatites Virais foi introduzido em Cascavel para atender a regional de saúde em 1996, na época tendo como principal triadora dos casos o banco de sangue, seguido posteriormente pelos serviços de saúde em geral, deste período até o momento tem cadastrado 16.661 casos. De 1996 a 2001 o serviço de referência era coordenado pelo CISOP denominado COAS e a partir de 2002 foi incorporada a Secretaria de Saúde de Cascavel denominado serviço Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP). Cabe ao centro de referência acompanhamento dos casos crônicos, realização de exames de controle e tratamento conforme indicação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT).

O CEDIP realiza vacinação e testagem de hepatites no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), desde 2001. As UBS's realizam diagnósticos de hepatites através do "Fique Sabendo" desde 2003 com solicitação laboratorial e a partir de 2014 através do uso de testes rápidos. Os casos notificados nas UBS's são encaminhados ao CEDIP para tratamento e acompanhamento.

Em relação à AIDS nota-se, uma tendência de crescimento dos casos nos anos analisados, assim como de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em Cascavel, os exames para detecção deste vírus são disponibilizados na rede desde 2003, por meio do "Fique Sabendo", protocolo municipal implantado nas unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família, o que facilita o diagnóstico e tratamento precoces. De acordo com o último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, de junho de 2016, o Brasil de 1980 a 2016, registrou 842.710 casos de AIDS e o Paraná 41.254. Cascavel notificou o primeiro caso em 1986 e até

2016 foram registrados 1184 casos de AIDS. Destes, cerca de 56,8% correspondem ao sexo masculino e 43,2% ao sexo feminino. A faixa etária de maior predominância é de 20 a 34 anos (45,2%) e 35 a 49 anos (33,3%).

A situação epidemiológica desta doença, assim como das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), no município, é bastante preocupante, sendo necessário implementar os trabalhos de prevenção, diagnóstico e tratamento contínuos em toda rede de atenção.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima no mundo mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia. Ao ano, estima aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. Além disso, a presença de uma IST, como sífilis ou gonorréia, aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Em Cascavel, houve um acréscimo no número de casos de sífilis em gestantes, com registro de 90 casos em 2016 e uma taxa de detecção de 11,38 casos para cada 1.000 gestantes. Ao observar o quadro nº 11 nota-se também este aumento para os casos de sífilis congênita e para as não especificadas em adultos. No mundo, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano, e coloca um adicional de 215 mil crianças em aumento do risco de morte prematura.

No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestante, com taxa de detecção em 2015 de 11,2 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos, aumento esse que dentre outras causas, pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos. Neste contexto, a política de saúde denominada Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em gestante no país. Vale salientar que, entre 2012 e 2015, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância

em Saúde, do Ministério da Saúde (DDAHV/SVS/MS), aumentou em 5,5 vezes a distribuição de testes rápidos de sífilis. Segundo dados do Boletim Epidemiológico, do MS, de 2016, entre os anos de 2014 e 2015, a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes aumentou 20,9% e a sífilis congênita aumentou 19%.

Entre os anos de 2012 e 2016, o número de casos de sífilis congênita, em Cascavel, também apresentou aumento significativo, relacionado, entre outras causas, possivelmente, a uma baixa resolutividade do tratamento da paciente e do seu parceiro. Entre os fatores associados a esta baixa resolutividade, podem ser citados, o tratamento inadequado da gestante e a dificuldade em conseguir a adesão do parceiro ao tratamento. Além disso, entre os anos de 2015 e 2016, o Brasil enfrentou um grave problema relacionado à produção e distribuição do medicamento indicado no tratamento da sífilis adquirida, benzilpenicilina, o que também contribuiu para o aumento dos casos de sífilis congênita. O comportamento de risco adotado em várias situações também necessita ser analisado como um dos motivos para este incremento de casos não só no município de Cascavel, mas no Brasil, de um modo geral.

O município de Cascavel não havia enfrentado até o ano de 2015, situação epidêmica em relação à Dengue. Entretanto, no ano de 2016, conforme observado no quadro nº 11, a taxa de incidência da doença atingiu 385,48 casos para cada 100.000 habitantes, haja vista que a população de Cascavel neste ano era de 316.226 habitantes, para um quantitativo de 1.219 casos confirmados, o que caracterizou uma epidemia de dengue no município. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), considera-se uma epidemia de dengue quando a taxa de incidência da doença atinge um número maior que 300 casos para cada 100.000 habitantes.

De acordo com o levantamento de índice rápido de infestação do *aedes Aegypti*, (LIRAA), realizado pela Vigilância em Saúde Ambiental, em janeiro de 2016, o valor deste índice já demonstrava um alto risco de epidemia, conforme observado no quadro abaixo.

Quadro 12: Levantamento de índice rápido de infestação do *aedes Aegypti*, (LIRAA), no município de Cascavel, PR, 2016.

Ciclo	Período	Média infestação	Taxa
1	11 a 14 /janeiro	6,8%	Alto Risco
2	27 a 28 /abril	0,5%	Baixo Risco
3	18 a 20 /julho	0,2%	Baixo Risco
4	17 a 19 /outubro	0,2%	Baixo Risco

Fonte: VSA/Vigilância em Saúde Ambiental.

Em virtude de o município ter apresentado um óbito por dengue, o que não havia ocorrido nos anos anteriores, à taxa de letalidade desse agravo nesse ano foi de 0,06%.

No ano de 2016, a condição ambiental resultante da combinação de altas temperaturas e clima chuvoso, assim como a disponibilidade de reservatórios para o vetor, foram importantes fatores para a ocorrência de casos de dengue no município de Cascavel, assim como para doença causada pelo Zika Vírus.

Entre as doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência ou de redução recente, destacam-se as meningites, que apresentaram no Brasil em 2012, 30.441 casos com reduções consideráveis anualmente, passando a apresentar em 2016, 14.866 casos, com diversas etiologias. Dentre elas, 1.105 são de meningite meningocócica, 881 causadas por pneumococos, 306 de meningites tuberculosas, 100 de meningite por *Haemophilus*, 2.338 por outras bactérias, 7.101 por meningites virais, 672 por outras etiologias e 2.363 por meningites não especificadas, totalizando 14.866 casos no Brasil.

Em Cascavel houve decréscimos no número de notificações de meningite numa série histórica de 2012 a 2016, onde respectivamente foram notificados 62 casos e 37 casos, com taxa de detecção de 21,02 e 7,58 para cada 100.000 habitantes.

Desde 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, no seu componente Pacto pela Vida, a hanseníase e a tuberculose são

consideradas doenças prioritárias de controle da atenção básica.

A análise da série histórica da taxa de incidência de hanseníase em Cascavel mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 22,0 casos por 100 mil habitantes em 1998). A hanseníase em Cascavel apresentou incidência em 2016 de 7,27/100.000 habitantes. Não havendo nenhum caso notificado em menor de 15 anos. O percentual de cura para os casos novos em 2016 foi de 100%. O parâmetro considerado ideal pelo Ministério da Saúde é de 90% de cura. No Brasil, o número de casos novos notificados, em 2016, foi de 25.218 casos, com taxa de detecção geral de 12,23 casos por 100 mil habitantes, dos quais 1.696 em menores de 15 anos de idade.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. Anualmente, são notificados cerca de 10 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. O surgimento do HIV/Aids e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos tornam mais grave esse cenário.

No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. Tendo em vista o controle da tuberculose, a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020. O Brasil ocupa a 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfecção TB/HIV, destes, vale destacar que representam 87% do número de casos de tuberculose no mundo, segundo Ministério da Saúde (MS).

Em 2016, foram registrados 69,5 mil casos novos de tuberculose no Brasil. No período de 2007 a 2016, o coeficiente de incidência da doença apresentou uma variação média anual de 1,2%, enquanto o coeficiente de mortalidade apresentou redução de 11,5%.

A estratégia pelo fim da Tuberculose, aprovada em 2014 na Assembleia Mundial de Saúde, tem como objetivo o “fim da epidemia global da tuberculose”. As metas para cumprimento desse objetivo até o ano de 2035 são:

a) Reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes.

b) Reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95%.

Em 2016, no município de Cascavel, a tuberculose obteve uma incidência de 18,65/100.000 habitantes, com percentual de cura de 87,5% - acima do valor preconizado pela Organização Mundial de Saúde - OMS de 85%.

A partir de 2010, foi implantado pelo MS, no Programa de Erradicação e Controle da Tuberculose o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para a melhoria dos resultados de cura e o acompanhamento de paciente com tuberculose. Por meio do vínculo criado no contato direto com o usuário, esta ação possibilita a diminuição do abandono do tratamento e aumenta o acompanhamento das baciloscopias de controle, diagnosticando precocemente efeitos adversos e eliminando a probabilidade do aparecimento de resistência adquirida (PARANÁ, 2013).

Em Cascavel, o Programa de Tuberculose, está sendo descentralizado para a Atenção Primária, de forma gradativa. O desafio de controlar a tuberculose perpassa pela superação de fragilidades relacionadas ao envolvimento e à capacitação dos profissionais e ao monitoramento das ações de controle, bem como, ao número de sintomáticos respiratórios identificados e examinados, às baciloscopias realizadas, à detecção de novos casos, à melhoria no acesso aos usuários, à diminuição do abandono e ao aumento no percentual de cura, através do tratamento supervisionado, procedimento comprovadamente eficaz como medida de controle da tuberculose.

Ao analisar o quadro nº 11, percebe-se que as notificações de violências apresentam crescimento durante os anos elencados, principalmente, as violências físicas, as negligências e as autoprovocadas. Vários fatores podem ser citados, como uma melhora na sensibilização dos profissionais de saúde e na notificação dos casos pelas instituições de saúde que atendem a estas pessoas.

Quadro 13: Cobertura vacinal em menores de um ano, no município de Cascavel/PR, 2012 a 2016.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 01 ano*	4114	4372	4435	4646	4899
BCG	139,67%	137,85%	146,79%	101,51%	81,47%
Rotavírus Humano	89,33%	93,44%	93,64%	89,82%	92,94%
Poliomielite VIP/VOP**	100,12%	105,38%	107,46%	91,30%	84,69%
Pentavalente***	100,41%	103,20%	107,87%	97,35%	98,75%
Febre Amarela	94,63%	103,55%	94,39%	85,43%	57,40%
Meningocócica Tipo C	103,94%	107,59%	106,92%	98,06%	96,31%
Pneumocócica 10 Valente	100,88%	101,83%	103,11%	96,40%	98,69%
Tríplice Viral	103,43%	123,15%	75,11%	103,06%	90,96%

Fonte: MS
*Estimativa da população menor de um ano, do Ministério da Saúde
** VIP/VOP: implantada em agosto de 2012, assim como a Pentavalente
***A partir de 2012, vacina contra Hepatite B foi incluída na Pentavalente

A cobertura vacinal é o percentual da população que foi atingida pela vacinação em um determinado espaço de tempo (anual, semestral, mensal ou durante uma campanha), em uma determinada área geográfica (BRASIL, 2013, p. 13). Este dado permite avaliar o acesso da população ao serviço, o grau de aceitação da comunidade ao programa de vacinação e a eficiência do serviço.

O Ministério da Saúde estabelece metas a serem atingidas, como a porcentagem da população a ser vacinada para cada uma das vacinas. O não cumprimento destas metas pode refletir no ressurgimento de doenças imunopreveníveis, que já se encontram sobre controle, erradicadas ou em fase de eliminação.

O esquema vacinal da criança cascavelense inicia-se no hospital. O Programa Ninar, instituído em 1998, tem como uma das finalidades a visita hospitalar ao neonato, realizando a aplicação de vacinas (BCG e Hepatite B) e a avaliação de risco, com encaminhamento para as unidades básicas de saúde (UBS's) ou unidades saúde da família (USF's) dos casos prioritários. Cabe destacar que devido à condição

do município ser uma referência regional, o recém-nascido de mães residentes em outras localidades também recebem na unidade hospitalar as primeiras vacinas, elevando o percentual de doses aplicadas da BCG, para mais de 100% (quadro n.º 12).

Em geral, as coberturas vacinais em menores de um ano, tem conseguido atingir as metas, no município, com algumas exceções pontuais, como Rotavírus e Febre Amarela. É importante esclarecer que, no ano de 2016, devido à substituição do sistema de informação sobre vacinas, do Ministério da Saúde, houve perda de informações sobre as doses aplicadas.

A distribuição geográfica dos agravos, sua magnitude e prevalência em contraste a condições estruturais e organizacionais do serviço de saúde, delineiam a forma de acesso e de quantidade de equipamentos que a população irá acessar, que corresponda as suas necessidades de saúde. O quadro n.º 14 apresenta o total de internações por CID-10, do período de 2008 a 2012.

Quadro 14: Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID-10, por local de residência no período de 2012 a 2016, Cascavel-PR.

Capítulo CID - 10	CAPITULO	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	I	648	472	546	696	2.362
Neoplasias (tumores)	II	2.450	2.299	2.765	2.594	10.108
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	III	52	44	94	91	281
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	IV	95	78	103	118	394
Transtornos mentais e comportamentais	V	506	366	336	277	1.485
Doenças do sistema nervoso	VI	178	1.269	159	16	1.771

Doenças do olho e anexos	VII	139	130	169	170	608
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	VIII	14	7	4	21	46
Doenças do aparelho circulatório	IX	1.818	1.211	1.511	1.613	6.153
Doenças do aparelho respiratório	X	1.401	974	1.183	951	4.509
Doenças do aparelho digestivo	XI	1.559	1.126	1.373	1.505	5.563
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	XII	200	112	171	180	663
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	XIII	423	282	302	280	1.287
Doenças do aparelho geniturinário	XIV	839	558	618	633	2.648
Gravidez, parto e puerpério	XV	3.874	3.256	3.808	3.741	14.679
Algumas afecções originadas no período perinatal	XVI	424	337	418	451	1.630
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.	XVII	129	96	121	128	474
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório.	XVIII	558	363	305	259	1.485
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.	XIX	2.244	1.848	2.114	2.263	8.469
Causas externas de morbidade e mortalidade	XX	01	02	-	-	03
Contatos com serviços de saúde	XXI	415	486	483	411	1.795
TOTAL		20.854	17.967	14.173	16.547	69.541

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Conforme dos dados da tabela acima, a principal causa de internações entre os anos de 2013 e 2016 foi gravidez, parto e puerpério, totalizando 14.679 internações. A segunda principal causa foram lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, totalizando 8.469 internações. As internações por motivos de tumores aparecem em terceiro lugar, com 7.514 internações.

Diversos fatores contribuem para a composição deste cenário. Conforme o detalhamento já exposto ao longo deste texto, o crescimento populacional aliado à longevidade, condicionam o aumento dos atendimentos para o controle das doenças crônico-degenerativas.

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a ocorrência de neoplasias no mundo irá dobrar nos próximos 20 anos. Em Cascavel, o câncer de colo de útero e o câncer de mama foram às principais causas de internamento no sexo feminino e destacam-se em número absoluto em analogia aos demais agravos. Isto reflete a melhoria na oferta e acesso à média complexidade, levando-se em consideração que o município possui dois hospitais de referência no tratamento de câncer e que as atividades de prevenção desenvolvidas pelas unidades contribuem para a identificação precoce da doença. O quadro abaixo apresenta a razão de exames de colpocitologia oncótica coletado em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e a razão de mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos.

Quadro 15: Indicadores relacionados à Atenção Básica.

Indicadores	2013	2014	2015	2016
Razão de exames de colpocitologia oncótica	0,78	0,81	0,80	0,79
Razão de mamografias realizadas	0,61	0,58	0,55	0,55

Fonte: DATASUS.

Devido ao aumento da expectativa de vida, consequentemente, o processo de envelhecimento populacional, a taxa da população idosa internada por fratura de fêmur constitui-se como indicador de referência da política de saúde para este público. O método de cálculo anteriormente era baseado em códigos de procedimentos, sendo alterado para listagem por CID-10. Esta mudança elevou a taxa anual, o que não exime a atuação na prevenção de quedas pelos serviços de saúde.

Quadro 16: Quantidade de fratura de fêmur e tratamento da fratura na população idosa entre 2013 a 2016.

Indicador	2013	2014	2015	2016
Lesão Fisária próxima do fêmur	2	0	1	0
Tratamento cirúrgico de fratura	8	10	6	2

Fonte: DATASUS.

2 GESTÃO EM SAÚDE

2.1 DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Departamento de Atenção a Saúde faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, tem como função atender as demandas na área de saúde da comunidade, promover e participar de ações de promoção e prevenção a saúde.

É de responsabilidade do Departamento de Atenção a Saúde a implantação das Políticas Públicas de Saúde, observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, coordenar as redes integradas de ações e serviços das duas divisões, coordenar, acompanhar e avaliar as atividades das unidades assistenciais da Secretaria de Saúde de Cascavel, também tem como objetivo planejar e monitorar todos os serviços que compõem a Rede de Atenção a Saúde.

O Departamento de Atenção a Saúde é composto pela Divisão de Atenção básica, Divisão de Atenção Especializada, Divisão de Assistência Farmacêutica, Divisão Atenção as Urgências, Divisão de Saúde Mental, Divisão de Ensino e Pesquisa e Divisão de Informação Planejamento em Saúde.

2.1.1 Divisão de Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é definida como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro

nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (apud STARFIELD, 1998).

Elementos essenciais da APS:

- a) Educação em saúde conforme as necessidades locais;
- b) Promoção de nutrição adequada;
- c) Abastecimento de água e saneamento básico apropriados;
- d) Atenção materno-infantil (incluindo o planejamento familiar);
- e) Imunização;
- f) Prevenção e controle das doenças endêmicas;
- g) Tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes na comunidade;
- h) Distribuição de medicamentos básicos e essenciais.

Pode-se aprimorar a definição e conceito de APS, com base nas recentes evoluções nas políticas públicas de saúde, aplicando-se a oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades. Estratifica-se este conceito

em quatro princípios ou atributos essenciais e três atributos derivados, apresentando-se como essenciais o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação, e como derivados, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

Diante do exposto, entende-se que a APS deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de implementação de ações contínuas (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de referência dos pacientes para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde.

Sabe-se hoje, por diversos estudos científicos, que um sistema de saúde com uma estrutura organizada e voltada para a APS é mais efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, tem menores custos, e é mais equitativo, mesmo em localidades ou contextos de grande iniquidade social (STARFIELD, 2005).

Assim, a APS vem sendo entendida como estratégia política e princípio para a organização ou reorganização dos serviços e sistemas de saúde, sendo o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais.

À Atenção Básica no município está dividido em Distritos Sanitários, distrito sanitário compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por:

- a) Vários bairros de um município;
- b) Vários municípios de uma região.

No processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

A preexistência de uma eventual territorialização definida pelo gestor não deve ser considerada como balizamento definitivo, mas pode ser utilizada como um ponto de partida e ajustada de acordo com as necessidades, definindo-se os pontos de referência, os serviços de saúde presente na região, identificando e quantificando numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, atribuindo assim as equipes presentes no distrito/território, a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população.

Diante deste contexto, o município de Cascavel - PR apresenta-se dividido em 03 (três) Distritos Sanitários, conforme a relação a seguir:

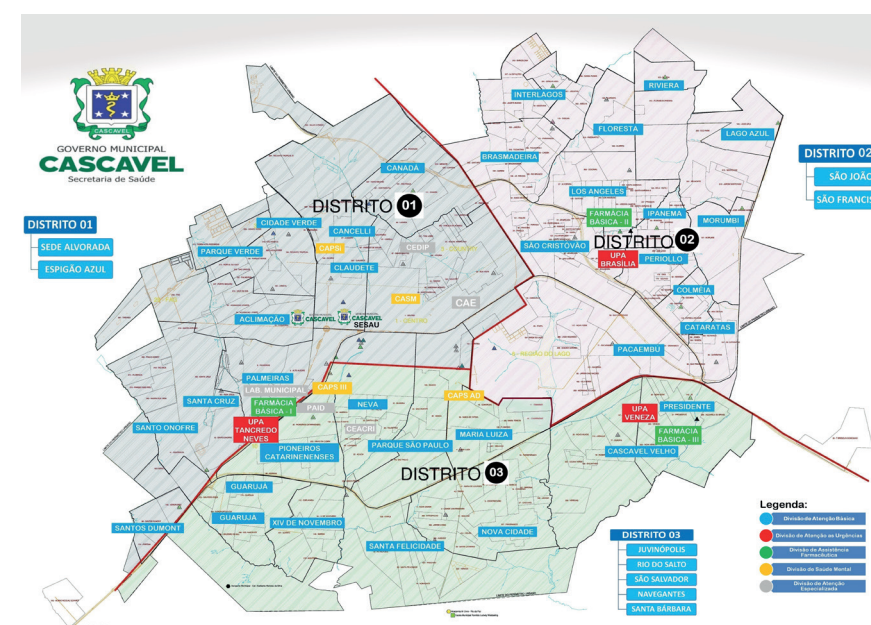
Distrito 01: Canadá, Cidade Verde, Parque Verde, Santo Onofre, Santos Dumont, Aclimação, Cancelli, Claudete, Palmeiras, Pioneiros Catarinenses, Santa Cruz, Sede Alvorada e Espigão Azul. Apresentando na sua distribuição do território 10 (dez) Equipes de Saúde da Família e 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde.

Distrito 02: Brasmadeira, Interlagos, Morumbi, Lago Azul, Periollo, Ipanema, Cataratas, Colméia, Pacaembu, Floresta, Los Angeles, Riviera, São Cristóvão, São João e São Francisco. Apresentando na sua distribuição do território 19 (dezenove) Equipes de Saúde da Família e 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde.

Distrito 03: Guarujá, Maria Luiza, XIV de Novembro, Cascavel Velho, Nova Cidade, Neva, Parque São Paulo, Presidente, Santa Felicidade, Juvinópolis, Rio do Salto, São Salvador, Navegantes e Santa Bárbara. Apresentando na sua distribuição do território 16 (dezesesseis) Equipes de Saúde da Família e 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde.

A configuração de divisão distrital apresentada acima poderá ser visualizada no mapa abaixo:

Mapa: Área de abrangência das USF's, UBS's, UPA's, Farmácias Básicas, Saúde Mental e Saúde Especializada.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel - SESAU (2017).

A Atenção Básica trabalha diversas Linhas de Cuidados, as quais expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários no que tange o atendimento das necessidades de saúde, definem ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção e nas diferentes fases da vida, desenham o caminho a ser percorrido em uma rede de serviços, orientam gestores no planejamento, programação e avaliação das ações de saúde, além

de guiar profissionais quanto aos procedimentos mais efetivos para o controle das doenças, estando separadas conforme descrição abaixo:

Linha de Cuidado Saúde da Mulher: Incluem ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação englobando a assistência a mulher em clínica ginecológica, no Pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), câncer de colo uterino, câncer de mamas, além de outras necessidades identificadas.

Linha de Cuidado Saúde da Criança: A linha de cuidado de Saúde da Criança tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. A assistência baseia-se na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde, sendo utilizada como instrumento para este acompanhamento, a Caderneta de Saúde da Criança.

Linha de Cuidado Saúde do Adolescente: A Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente, tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações com o propósito de atender adolescentes numa visão biopsicossocial, enfatizando promoção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e reabilitação, melhorando a qualidade de vida dos adolescentes e seus familiares. A linha de cuidado tem por fim o objetivo de adequar, normatizar, planejar e coordenar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do adolescente.

Linha de Cuidado Saúde do Homem: A política de Atenção à Saúde do Homem tem como objetivo, prover ações integradas em educação em saúde para a população masculina, evidenciando-se a prevenção, diagnóstico precoce de câncer, diagnóstico de doenças crônicas, a saúde mental, a saúde bucal além de outras necessidades identificadas ao homem.

Linha de Cuidado Saúde do Idoso: A Política de atenção à Saúde do Idoso tem como objetivo estabelecer linhas de cuidados na atenção básica, utilizando ferramentas para a implementação de estratégias que visem o enfrentamento de doenças crônicas como a hipertensão

e diabetes, doenças crônicas não transmissíveis, estratégias para prevenção de quedas na população idosa, prevenção, detecção e tratamento precoces de osteoporose e outras necessidades identificadas para a saúde do idoso.

Linha de Cuidado Saúde Mental: A Política de Atenção em Saúde Mental na atenção básica é bastante estratégica devido ao contexto social do usuário, sua família e da comunidade, assim criando um vínculo e acompanhando o tratamento entre as necessidades da atenção primária e atenção especializada.

Linha de Cuidado da Saúde Bucal na Atenção Primária: A saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, desenvolvendo estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentivo a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. As linhas de cuidado da Saúde Bucal na atenção básica seguem os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, atuando para garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da população, nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.

Linha de Cuidado da Saúde Bucal na Atenção Especializada (CEO): A necessidade da priorização da Saúde Bucal na gestão do Ministério da Saúde materializou o grande projeto "Brasil Sorridente", que tem promovido a ampliação do acesso ao serviço da rede na Atenção Especializada, por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca e efetivação da integralidade na atenção à Saúde Bucal. A linha de cuidado na Atenção Especializada visa colaborar no critério dos fluxos de referência e contra referência entre a Atenção Básica e o CEO, sendo objetivo do serviço especializado, instrumentalizar a prática clínica e de gestão das principais especialidades Odontológicas: Cirurgia, Estomatologia,

Pacientes especiais, Periodontia e Prótese Total.

Linha de Cuidado da Nutrição e Alimentação: Há forte relação entre nutrição/alimentação e doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, hipertensão, diabetes, câncer, dislipidemia, etc.). Ficando claro que a nutrição e o que comemos exercem grande influência na qualidade de vida das pessoas, sendo fatores de proteção ou de risco para ocorrência de maior parte das doenças e das causas de morte na população brasileira.

A nutrição na Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel está presente em vários setores, como na Divisão de Atenção Básica (DAB), onde há o planejamento e coordenação das Políticas Públicas e Programas na área de Nutrição pertinentes a esta Secretaria; nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), garantindo que sejam servidas refeições equilibradas, desenvolvidas ações de boas práticas na produção e higienização no serviço de alimentação e nutrição ofertados aos pacientes e funcionários deste setor; no Programa de Atenção e Internamento Domiciliar (PAID), atendendo pacientes acamados com doenças crônicas, que tem dificuldades de acesso aos serviços ambulatoriais e que apresentam um quadro agudo da doença, tendo como objetivo recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do paciente, através de visita domiciliar; no Centro Especializado de Atenção a Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI), realizando atendimento aos neonatos, às crianças e adolescentes portadores de doenças relacionadas à alimentação como intolerâncias e alergias, carências nutricionais, obesidade, desnutrição, entre outras; no Centro de Atenção Especializada (CAE), prestando atendimento à adultos com diversas patologias, dentre elas obesidade, pacientes em uso de sonda para alimentação, oncológicos, e gestantes de alto risco; nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), realizando atendimento à pacientes com transtornos psiquiátricos com excesso de peso ou outras patologias, além de supervisionar e garantir as boas práticas na produção de refeições equilibradas aos pacientes que participam das oficinas deste serviço; e na Vigilância Sanitária, desenvolvendo ações preventivas

que visam diminuir os riscos de danos à saúde da população, através de inspeções sanitárias, normas técnicas, orientações à profissionais de diversos segmentos e a população em geral, exercendo medidas de caráter preventivo, regulamentador, fiscalizador e punitivo, em estabelecimentos e veículos de transporte alimentos.

A nutrição envolve-se com diversos Programas na Atenção Básica. Dentre eles o "Programa Leite das Crianças", que tem objetivo de auxiliar o combate à desnutrição infantil desencadeando ações que contribuam para a redução dos índices de morbimortalidade infantil, através da distribuição de leite fluído pasteurizado, com teor mínimo de gordura de 3% e enriquecido com Ferro e Zinco Quelatos e Vitaminas A e D; a "Estratégia Amamenta Alimenta Brasil", que 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; o "Programa Saúde na Escola (PSE)" tem o objetivo de promover a saúde dos alunos brasileiros de escolas públicas, as equipes vinculadas ao programa desenvolvem ações nas escolas de sua área de cobertura; o "Programa Bolsa Família", que tem dentre os objetivos combater a fome, a pobreza e promover a segurança alimentar e nutricional, retirando as famílias da vulnerabilidade socioeconômica por meio da transferência de renda e reforçar o acesso aos direitos básicos e aos serviços de saúde, educação, segurança alimentar a assistência social; e também em ações como monitoramento do estado nutricional por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); entrega de materiais educativos em eventos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel e as Unidades de saúde; prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros).

Além das Linhas de Cuidado que compõem a Atenção Básica, outros serviços fazem parte da carta de trabalhos da Atenção Básica, tais como:

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas Consultório na Rua - (eCR), equipes ribeirinhas e fluviais e com o "Programa Academia da Saúde".

A atuação integrada entre os NASF e serviços permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos buscando assim ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

A modalidade de NASF hoje habilitada para o município de Cascavel - PR, configura-se da seguinte forma:

- a) Modalidade: NASF 1;
- b) Nº de equipes vinculadas: 5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF);
- c) Somatório das Cargas Horárias Profissionais: Mínimo 200 horas semanais, cada ocupação dever ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.

Consultório na Rua - (eCR)

O Ministério da Saúde, visando a integração intersetorial entre as Políticas de Saúde e as demais políticas públicas e, objetivando o atendimento das necessidades de saúde da população em situação de rua, instituiu por meio da portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011 o funcionamento das equipes do Consultório na Rua (eCR).

Essas equipes integram o componente da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de atenção básica junto à população em situação de rua.

Em Cascavel a (eCR) está implantada desde 2016 na modalidade III e o atendimento aos usuários se dá por uma equipe multiprofissional. Essa equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 01 técnico em saúde bucal que cumprem carga horária de 30 horas semanais, sendo os atendimentos realizados diariamente de segunda a sexta-feira das 13:00 as 19:00 horas.

Alguns desses atendimentos contemplam casos complexos junto a essa população, dentre eles usuários de álcool, crack e outras drogas.

Os encaminhamentos muitas vezes se fazem necessários e ocorrem por meio de fluxo estabelecido no município, sendo:

Adulto em situação de Rua

- a) Casos Urgentes: aciona-se o SAMU que realiza o encaminhamento para UPA.
- b) Casos não urgentes, após atendimento e avaliação, são encaminhados a rede de serviço, caso seja necessário.
- c) Usuários de Drogas são encaminhados para SIM/PR.

d) Usuários de Drogas que foram atendidos/encaminhados para UPA - Serão avaliados e encaminhados ao SIM/PR.

e) Casos que necessitem de Internação Involuntária, encaminhados ao SIM/PR.

Crianças e Situação de Rua

a) Casos urgentes: aciona-se o SAMU que encaminhará para a UPA onde são avaliados e em seguida é acionado o Conselho Tutelar.

b) Não Urgentes: a equipe realiza o atendimento e avaliação e em seguida acionamos o Conselho Tutelar que tomará as devidas providências e encaminhamentos.

A (eCR) dispõe de 01 veículo categoria passeio e 01 ambulância que servem para apoio às ações desenvolvidas junto a essa população, como o transporte da equipe e usuários quando se faz necessário intervenções e encaminhamentos.

Sistema Prisional

O atendimento na modalidade do sistema prisional é realizado por equipe multiprofissional, sendo a equipe cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no

sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde, além de representar um conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, garantindo o acesso das pessoas a uma assistência integral à saúde com equidade, traz para o setor Saúde um novo panorama de questões e exigências com as quais as diferentes organizações de saúde precisam conviver na busca do cumprimento do mandamento constitucional de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” atendendo as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental.

Programa Ninar

Criado em Janeiro de 1998 o Programa Ninar tem como o objetivo reduzir o índice de morbimortalidade infantil, através do desenvolvimento de ações técnicas capazes de identificar e intervir nos fatores de risco.

A equipe de Saúde composta por Enfermeiro, técnicos de enfermagem e motorista, visita diariamente todas as maternidades de Cascavel (públicas e privadas) para examinar os recém-nascidos, bem como orientar as mães sobre os primeiros cuidados com o RN.

Durante as visitas, a equipe do Programa Ninar aplica as vacinas contra tuberculose (BCG) e a primeira dose da hepatite B, coleta a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e alerta os pais ou responsáveis

quanto à importância da amamentação, cuidados com o coto umbilical, higienização e cuidados em geral ao Recém Nascido (RN).

Programa Nacional de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é uma referência internacional de política pública de saúde. O país já erradicou, por meio da vacinação, doenças de alcance mundial como a varíola e a poliomielite (paralisia infantil). A população brasileira tem acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Programa Municipal de Imunização (PMI) busca a inclusão social, assistindo todas as pessoas, sem distinção de qualquer natureza. As vacinas do programa estão à disposição de todos nas Unidades de Saúde ou com as equipes de vacinação, cujo empenho permite levar a imunização mesmo aos locais de difícil acesso.

Destacamos que o objetivo principal do Programa é de oferecer todas as vacinas com qualidade a toda população conforme as regulamentações vigentes, tentando assim alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os bairros.

O município de Cascavel possui atualmente 32% de cobertura de ESF's (43 equipes em 28 unidades) e 62% de cobertura de Atenção Básica incluindo USF's e UBS (14 UBS's).

Com relação às Unidades de Saúde da Família a distribuição das mesmas encontra-se assim disposta:

Quadro 17: Distritos Sanitários / projeção futura.

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	QUANTIDADE DE EQUIPES
Distrito 01	
USF Canadá	02
USF Cidade Verde	01
USF Parque Verde	02
USF Santo Onofre	02
USF Santos Dumont	01
USF Sede Alvorada	01
USF Espigão Azul	01
Distrito 02	
USF Brasmadeira	03
USF Interlagos	03
USF Morumbi	02
USF Lago Azul	01
USF Periollo	02
USF Ipanema	01
USF Cataratas	01
USF Colméia	01
USF Riviera	03
USF São João	01
USF São Francisco	01
Distrito 03	
USF Guarujá	02
USF Maria Luiza	02
USF XIV de Novembro	02
USF Juvinópolis	01
USF Rio do Salto	01
USF São Salvador	01
USF Navegantes	01
USF Santa Bárbara	01
USF Pioneiros Catarinenses	02
USF Presidente	01
Total Geral: 43	

O arranjo das Unidades Básicas de Saúde encontra-se no seguinte formato:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	POPULAÇÃO (Segundo Projeção IBGE)
Distrito 01	
Aclimação	16.323
Cancelli	29.792
Claudete	11.181
Palmeiras	8.922

Santa Cruz	16.799
Distrito 02	
Pacaembu	15.994
Floresta	10.800
Parque São Paulo	10.734
Santa Felicidade	11.552
Distrito 03	
Cascavel Velho	13.223
Faculdade	14.003
Neva	26.380
Parque São Paulo	14.846
Santa Felicidade	10.992

AMPLIAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - 2018

	UNIDADE	N.º EQUIPES	POPULAÇÃO
DISTRITO I	SANTO ANTONIO	2	7.000
DISTRITO II	TARUMÃ	2	7.000
	FLORESTA	2	7.309
	PACAEMBU	2	15.994
	CARAVELLI	2	
DISTRITO III	XIV NOVEMBRO/ GUARUJÁ	2	7.000
	PARQUE SÃO PAULO	3	7.486
	UNIVERSITÁRIO	2	7.000
	NOVA CIDADE	3	12.000

	N.º EQUIPES	POPULAÇÃO	COBERTURA
TOTAL COBERTURA 2017	44	151.800	47,90%
EQUIPES INCOMPLETAS 2017	3	10.350	3,30%
TOTAL ACRESCIMO EQUIPES 2018	20	70.789	22,30%
COBERTURA TOTAL	67	232.939	73,50%

AMPLIAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - 2019

	UNIDADE	N.º EQUIPES	POPULAÇÃO
DISTRITO I	COUNTRY	2	8.000
	CLAUDETE	2	8.000
	CIDADE VERDE	2	7.000
	TIO ZACA	4	12.000
DISTRITO II	LOS ANGELES	3	10734
	SÃO CRISTÓVÃO	3	11552
	TARUMÃ	2	7.000
DISTRITO III	VILA TOLENTINO	2	7.000
	SANTA FELICIDADE 1	2	10992
	SANTA FELICIDADE 2	2	

	UNIDADE	N.º EQUIPES	POPULAÇÃO
DISTRITO I	COUNTRY	2	8.000
	CLAUDETE	2	8.000
	CIDADE VERDE	2	7.000
	TIO ZACA	4	12.000
DISTRITO II	LOS ANGELES	3	10734
	SÃO CRISTÓVÃO	3	11552
	TARUMÃ	2	7.000
DISTRITO III	VILA TOLENTINO	2	7.000
	SANTA FELICIDADE 1	2	10992
	SANTA FELICIDADE 2	2	

	N.º EQUIPES	POPULAÇÃO	COBERTURA
TOTAL COBERTURA 2017	44	151.800	47,90%
TOTAL COBERTURA 2018	67	232.939	73,50%
TOTAL ACRESCIMO EQUIPES 2019	24	82.278	26,00%
COBERTURA TOTAL:	91	315.217	99,50%

Complementando a essas equipes a gestão tem o interesse em manter uma unidade básica de saúde na região central do município para contemplar os 6% restante da população.

Portanto, ao final dos 4 anos desta gestão o município contará com 101 equipes de saúde da família, com uma cobertura aproximada de 94% da população e mais uma unidade básica de saúde que compreenderá os 6% restantes, atingindo 100% de cobertura de atenção básica.

Quadro 18: Cobertura de Equipes de Saúde da Família.

ANO	COBERTURA	
	Nº de equipes	% Estimado
2017	49	45%
2018	68	66.66%
2019	85	83,33%
2020	102 + 1 UBS	94% + 6%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SESAU.

2.1.2 Divisão de Atenção Especializada

A Divisão de Atenção Especializada faz parte do Departamento de Atenção à Saúde, oferecendo apoio à Divisão de Atenção Básica, no que se refere ao diagnóstico e tratamento, por meio de exames e consultas com especialistas em diversas áreas.

No município de Cascavel, originalmente era dividida e em 2017 houve a junção das Divisões de Apoio e Diagnóstico (Laboratório Municipal + Centro de Diagnóstico e Imagem) e Atenção Especializada (Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) + Programa de Atenção e Atendimento Domiciliar (PAID) + Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) + Centro de Atenção Especializada (CAE).

Como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Secundária (média complexidade) é formada (no âmbito das políticas de saúde) pela Atenção às Urgências e Emergências (Unidades de Pronto Atendimento + Atenção Domiciliar) e Atendimento Ambulatorial de Média Complexidade (ambulatórios de consultas e hospitalares). Neste nível há o estabelecimento de diagnóstico e tratamento, em sua maioria, por especialistas, bem como os serviços que a compõe, os quais seguem abaixo:

Centro Especializado de Doenças Infecção parasitária - CEDIP: Em Cascavel, desde 1987 é realizado atendimento para pessoas vivendo com HIV/AIDS, porém a estruturação de um programa específico iniciou somente em 1995, por meio do Centro de Orientação e Aconselhamento (COAS) e, em 1998, quando foi implantada a Coordenação Municipal de DST/Aids. Em 2002, com o aumento de número de casos e a necessidade de atendimento de outros agravos houve o estabelecimento do Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP). O serviço conta com ambulatórios de HIV/Aids

adulto, pediátrico e ginecológico; infectologia geral; Hospital Dia; Ambulatório de Hepatites Virais; atendimento às violências sexuais, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM); Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Programa de Redução de Danos e todos os demais trabalhos relacionados à Coordenação Municipal de DST/Aids.

O CEDIP é coordenado pela Coordenadora Municipal de DST/Aids (Josana Dranka Horvath) e conta com equipe multidisciplinar de clínicos gerais e especialistas, psicologia, serviço social, enfermagem, farmacêuticos, administrativos e apoio.

Cascavel é pólo de atendimento para os 25 municípios da 10ª Regional de Saúde e recebe incentivo financeiro federal para realização de ações de promoção, prevenção e assistência para HIV/Aids.

Programa de Atendimento e Internação Domiciliar - PAID

A Atenção Domiciliar - AD é modalidade componente das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

Seus objetivos são:

- a) Reduzir a demanda por atendimento hospitalar;
- b) Reduzir o período de permanência de usuários internados;

c) Humanizar a assistência, com ampliação da autonomia dos usuários e;

d) Desinstitucionalizar e otimizar os recursos financeiros e estruturais da RAS.

Por sua vez, suas diretrizes são:

a) Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva das redes de atenção;

b) Adotar linhas de cuidado, por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares;

c) Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

DELINEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

De acordo com a Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016, a Atenção Domiciliar (AD) é indicada a pessoas que, estando em quadro de estabilidade clínica, necessitam de assistência de forma restrita ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva ou, em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação da autonomia do usuário, família e cuidador. Dessa forma, será organizada em três modalidades:

I. Atenção Domiciliar 1 (AD1)

Considera-se elegível, na modalidade AD1, o usuário que, tendo indicação atenção domiciliar, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

A prestação de cuidados nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. Estas receberão o apoio dos demais pontos da rede, como Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

II. Atenção Domiciliar 2 (AD2)

Considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de atenção domiciliar, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- a) Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados ou sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- b) Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- c) Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico

no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;

- d) Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

A prestação de cuidados nessa modalidade dá-se pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), porém não funcionando de forma excludente ao atendimento pela Atenção Básica, que deverá compartilhar o cuidado, sendo a ordenadora e organizadora do cuidado.

III. Atenção Domiciliar 3 (AD3)

Considera-se elegível, na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

A prestação de cuidados nessa modalidade dá-se pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), porém não funcionando de forma excludente ao atendimento pela Atenção Básica, que deverá compartilhar o cuidado, sendo a ordenadora e organizadora do cuidado.

O Serviço de Atenção Domiciliar Municipal (PAID) é responsável pelas modalidades AD2 e AD3.

Centro de Atendimento de Especialidades - CAE

O Centro de Atenção Especializada (CAE) é um ambulatório municipal que atende diversas especialidades, incluindo em seu leque de serviços o Centro de Diagnóstico e Imagem e Ambulatório de Gestação Alto Risco.

Desde 26 de junho de 2017, o Ambul t rio de Gestação Alto Risco, o Centro de Diagnóstico e Imagem e o Centro de Atenção Especializada passaram a atender em estrutura única. O novo espaço, que possui 03 andares, conta com 20 consultórios amplos, bem iluminados e ventilados (aproximadamente 20 m²/cada consultório), recepção, sala de coordenação, sala de preparo, sala de utilidades e banheiros (incluindo com acessibilidade) em todos os pisos, copa, áreas de manipulação de materiais, dentre outros. Tal mudanç a teve o intuito de readequar a estrutura no que se refere ao atendimento de normas de vigilância sanitária, acessibilidade, prestação de serviço com qualidade   população e possibilidade de ampliação de atendimento. Além disso, os serviços foram unificados para que a assistência de média complexidade possa ser prestada integralmente. Assim, por exemplo, uma gestante de Alto Risco que possui alterações em dosagens hormonais que possam por em risco a gestante e o beb  podem ter acesso   orientações dos demais especialistas por meio da integração da equipe multidisciplinar nos diversos ambulatórios.

Os atendimentos se d o nas seguintes especialidades:

- a) Ambul t rio de Feridas (com médica angiologista e enfermeira estomaterapeuta);
- b) Ambul t rio de Pequenos Procedimentos (composto por 01 generalista, 01 cirurgiã plástica e 02 dermatologistas);

c) Ambul t rio de Gestação de Alto Risco (composto por 03 médicos nutricionista, serviço social, fisioterapia e enfermagem);

d) Centro de Diagnóstico e Imagem (composto por 04 profissionais médicos e equipe de enfermagem);

e) Pneumologia (02 médicas pneumologistas);

f) Cardiologia (01 médico cardiologista);

g) Nefrologia (01 médica nefrologista);

h) Reumatologia (01 médica reumatologista);

i) Neurologia (01 médico neurologista);

j) Dermatologia (02 médicas dermatologistas);

k) Endocrinologia (02 médicos endocrinologistas);

l) Geriatria (01 médico geriatra);

m) Nutrição (02 profissionais nutricionistas);

n) Fisioterapia (02 profissionais fisioterapeutas);

o) Enfermagem;

p) Serviço Social (02 assistentes sociais).

q) Ambul t rio de Tuberculose.

Centro Especializado de Atenção   Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI).

Assume responsabilidade pelo cuidado de crianças e adolescentes por meio da oferta de atendimento ambulatorial nas diferentes

especialidades: Pneumopediatria, Gastropediatria, Neonatologia, Oftalmologia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Serviço Social. Atende usuários de 0 a 18 anos, encaminhados pelas portas de entrada da Rede Intersectorial.

Laboratório Municipal

O Laboratório Municipal oferta serviço de apoio diagnóstico nas áreas de análise clínica e microbiológica a todos os serviços componentes da Secretaria de Saúde de Cascavel, realizando coletas específicas em sua sede própria por meio de agendamento pelas unidades e serviços da Rede de Atenção à Saúde.

2.1.3 Divisão de Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante da Política Nacional de Saúde e apresenta como cerne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), no seu artigo 6º, determina como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A referida Lei aponta ainda para a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM),

publicada pela Portaria n.º 3.916/98.

A PNM tem por finalidades principais a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Descrevem também diretrizes e prioridades, que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da assistência farmacêutica no SUS.

As diretrizes propostas por esta política são: adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulação sanitária de medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica (AF); promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico, bem como a promoção da produção de medicamentos; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Assim como algumas novas diretrizes de (AF) apresentadas e referendadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 338/04, a PNM remete e orienta para uma prática descentralizada, pactuada entre as esferas de gestão do SUS e com ações centradas no usuário, na comunidade e nos profissionais de saúde.

Em 2006, com a instituição do Pacto pela Saúde (Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro), o financiamento da (AF) passou a ser entendido como de responsabilidade comum às três esferas de gestão do SUS, devendo contemplar a aquisição tanto de medicamentos quanto de insumos, bem como a execução das ações necessárias à operacionalização do serviço.

A Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo o bloco de financiamento da (AF) e organizando-o em três componentes: básico, estratégico e “excepcional”, denominando esta alterada para “especializado” a partir da Portaria n.º 2.981, de 26 de novembro de 2009.

Entre as novas legislações, destacam-se como marcos importante do ponto de vista jurídico e administrativo a Lei n.º 12.401 e o Decreto n.º 7.508. A Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, a qual altera a Lei n.º 8.080/1990, dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Insere o Capítulo VIII, art. 19-M a 19-U, que conceitua a assistência terapêutica integral; define as atribuições do Ministério da Saúde referentes à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT); cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que deverá assessorar o Ministério nesta área.

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n.º 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Os artigos 25 a 29 dizem respeito à (AF), com foco na nova definição da RENAME, na competência sobre sua atualização, bem como do Formulário Terapêutico Nacional e dos PCDT e no acesso universal e igualitário à (AF).

A Assistência Farmacêutica atualmente representa uma das áreas com grande impacto financeiro no âmbito do SUS, sendo isso também realidade na Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. A demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para reduções. O adequado gerenciamento da (AF) constitui uma ferramenta de racionalização do bem público e otimização de resultados.

A Divisão de Assistência Farmacêutica no município foi instituída pela Lei n.º 5.307, de 14 de setembro de 2009, a quem cabe formular e implementar a Política de Assistência Farmacêutica, coordenando e executando as atividades relacionadas ao planejamento das ações e gestão de programas, projetos e processos, além de formular, coordenar e monitorar as atividades inerentes à qualificação dos serviços farmacêuticos, elaborando diagnósticos que subsidiem sua

estruturação, capacitação e desenvolvimento de pessoas, estabelecer parcerias para fins de cooperação técnica e científica com instituições de ensino e pesquisa, sociedades científicas, associações e conselhos de classe, entre outros.

Estruturalmente, a Assistência Farmacêutica é constituída por 03 (três) Farmácias Básicas, Farmácia de Medicamentos Especiais, três Farmácias Hospitalares, Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM/CEDIP), distribuição de medicamentos nas 44 (quarenta e quatro) unidades de saúde - das quais vinte e cinco possuem equipes de saúde da família e por uma Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos (CAFI).

Importante registrar que a Farmácia de Medicamentos Especiais (Setor de Protocolo de Medicamentos Especiais) também realiza a dispensação de suplementos alimentares desde que as solicitações sejam preenchidas por nutricionistas do PAID, CEACRI, Saúde Mental ou do Ambulatório de Nutrição.

As principais ações desenvolvidas pela equipe de Assistência Farmacêutica do município envolvem todas as etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. A equipe técnica, com base na RENAME, participa da elaboração do elenco de produtos farmacêuticos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) da atenção básica.

A fim de promover o uso racional de medicamentos, bem como a orientação aos prescritores e demais profissionais de saúde, a equipe da Assistência Farmacêutica de Cascavel elaborou o Formulário Terapêutico Municipal, documento que foi impresso em 2012 e em 2016 teve sua revisão atualizada. O Formulário Terapêutico traz no seu bojo informações precisas e objetivas sobre indicações terapêuticas, contra-indicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente, além de aspectos farmacêuticos dos medicamentos constantes da REMUME.

2.1.4 Divisão de Urgências e Emergências

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, dentre os serviços ofertados estão:

Unidades de Pronto Atendimento - UPA

As Unidades de Pronto Atendimento são componentes pré-hospitalares fixos, que possuem o objetivo de retaguarda à Atenção Primária nos casos de Urgência e Emergência, Cascavel possui 03 (três) UPA's: UPA Veneza, UPA Brasília e UPA Tancredo Neves, atualmente duas delas são para atendimento a adultos e uma para crianças, fato que está sendo corrigido com previsão para atendimento geral em todas as UPA's. Nelas são realizadas consultas clínicas (de urgência e emergência), com suporte laboratorial e radiológico para diagnóstico e priorização para linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, conforme a política nacional.

Pela Portaria MS nº 10 de janeiro de 2017, a indicação do Ministério da Saúde é que a cada 100.000 a 150.000 habitantes tenha uma UPA de atendimento geral para sua referência. Cascavel com 316.226 habitantes possui três Unidades de Pronto Atendimento, sendo 02 de atendimento apenas à população adulta e 01 de atendimento pediátrico, contrariando a indicação e possibilidade de qualificação destas UPA's frente ao Ministério da Saúde.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Segundo a portaria nº 2048 de 5 de dezembro de 2002, SAMU-192, é o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência. Foi a primeira etapa de implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Nos Municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde, foi instituído o Consórcio Intermunicipal com o SAMU-192, e, este passou a atender não só os municípios de Cascavel, mas a todas as cidades desta regional de saúde. Este consórcio veio com o intuito de ordenar e organizar a Rede de Atenção às Urgências e instrumentalizar o Plano Diretor de Regionalização.

Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE

Componente pré-hospitalar móvel implantado apenas no Estado do Paraná foi inserido na Política Estadual de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção às Urgências. Existente através de um convênio entre Estado do Paraná e a Polícia Militar - Corpo de Bombeiros tem a prioridade de atendimento pré-hospitalar em casos de trauma. Na cidade de Cascavel está sediado junto ao Corpo de Bombeiros e possui mais 3 (três) unidades descentralizadas.

Gestão Associada com CONSAMU

A Gestão Compartilhada entre as duas entidades (Município de Cascavel X CONSAMU) já acontece em Cascavel, através do

atendimento Pré-hospitalar.

A Gestão Compartilhada engloba apenas uma Unidade de Pronto Atendimento - Tancredo Neves, é inédita para o Município de Cascavel, e busca uma alternativa na parceria público - privada.

Esta parceria visa uma gestão eficiente que una profissionais, concursados e contratados pelo consórcio, para que a Unidade de Pronto Atendimento Tancredo (UPA) retorne ao atendimento à população de forma integral, ou seja, atendimento adulto e infantil, sendo como retaguarda das Unidades de Saúde da Família / Unidades Básicas de Saúde, ou na Urgência e Emergência.

2.1.5 Divisão de Saúde Mental

A Política de Saúde Mental tem como objetivo estruturar formas de tratamento na perspectiva biopsicossocial, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional; atender na lógica psicossocial das pessoas com transtornos mentais, prestando cuidado em momentos de crise, acompanhando-os e buscando a sua reinserção social na comunidade; acompanhar continuamente o usuário ao longo do seu tratamento, facilitando a sua integração na família e comunidade; fortalecer a assistência farmacêutica ambulatorial na saúde mental com garantia de distribuição dos medicamentos essenciais de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos; incrementar as ações intersetoriais de prevenção, promoção e recuperação em saúde mental, buscando parceria com outros órgãos, secretarias, instituições ou pessoas, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade no resgate da cidadania (BRASIL, 2004).

Com o evento da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil foi formalizada pela Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001, que está fundamentada em princípios éticos de solidariedade, inclusão social e cidadania

que envolve iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas para reinserir e valorizar a pessoa em sofrimento psíquico na sociedade (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2006; VASCONCELOS, 2008), inicia-se a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde que prioriza o cuidado ao paciente com transtorno mental dentro de uma rede de atenção, que vai desde a assistência primária (UBS/USF) até o atendimento especializado em Centros de Atenção Psicossocial, trabalhando na lógica da desospitalização.

A Reforma Psiquiátrica visa promover qualidade de vida das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, bem como de suas famílias, buscando a atenção comunitária, voltada para o cuidado e a reabilitação psicossocial.

Serviços de Saúde Mental no Município de Cascavel

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi

O Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSi), serviço especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais, regulamentado pela portaria GM n.º 336/02, realiza tratamento humanizado a este público e aos seus familiares, valendo-se de toda uma rede de assistência psicossocial à saúde mental.

O Centro de Atenção em Saúde Mental - CASM

O Centro de Atenção em Saúde Mental tem por objetivo oferecer atendimento ambulatorial individualizado em psiquiatria e psicologia para maiores de 18 anos, que apresentem transtorno mental e

sofrimento psíquico, residentes no município de Cascavel, bem como atendimento/acompanhamento pelo Serviço Social a pacientes e familiares.

Conta com uma equipe multiprofissional, composta por coordenador, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, administrativo, zeladora, estagiários e vigia.

Atende pessoas adultas, residentes no município de Cascavel, com transtornos mentais, com critérios de priorização para o atendimento a pessoas com tentativa de suicídio; Gestantes com transtornos mentais; Depressão pós parto; Situações de violência física, psicológica e sexual.

Excluem-se dos anteriores, os casos em vigência de síndrome de abstinência ou dependência química.

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD

O CAPS AD é um serviço ambulatorial de atenção diária, que oferece atendimento a crianças e adolescentes do município de Cascavel, usuárias de álcool e outras drogas, com atividades terapêuticas e preventivas, proporcionando-lhes tratamento, habilitação e ressocialização junto à família e comunidade.

Atende crianças e adolescentes até 18 incompletos do Município de Cascavel, com transtornos decorrentes do uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas, residentes no município de Cascavel.

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III

Atendimento às pessoas adultas com transtornos mentais graves e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, residentes no município de Cascavel. Atende pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas residentes no município de Cascavel.

2.1.6 Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão

A Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel visando sistematizar e organizar suas atividades de ensino, pesquisa e extensão instituiu a partir de 02/01/2017 a Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE), baseada nos seguintes conceitos:

Ensino: é a transmissão sistemática de conhecimentos teóricos e/ou práticos indispensáveis ao progresso da educação e da sociedade como um todo, desencadeando conhecimento capaz de transformar a atuação do indivíduo como ser social. “convergência e articulação equilibrada entre as dimensões científica, investigativa e pedagógica” (PIMENTA e ALMEIDA, 2012, p. 24).

Pesquisa: é uma prática sistematizada de aquisição, construção e desenvolvimento do conhecimento humano que se dá por meio de práticas de investigação dos fenômenos observando a origem, as causas, os efeitos e as consequências.

Extensão: é um processo de fomento educativo, cultural e científico que viabiliza a inter-relação entre a universidade e a sociedade com o propósito de disseminar e assegurar a transmissão e aquisição de novos conhecimentos; a extensão é acima de tudo, a democratização

dos saberes acadêmicos, e o veículo pelo qual se dá a dialética entre a teoria e a prática de forma inter, multi e transdisciplinar. O objetivo da extensão é o elo da universidade com a sociedade, resultado das atividades de ensino e pesquisa, reafirmando assim o compromisso social das instituições de ensino superior, concretizando a promoção e garantia do desenvolvimento social, bem como os anseios da comunidade (CÉSAR, 2013). A extensão, por sua vez, significa a articulação da universidade com a sociedade, com o objetivo de que o conhecimento novo que ela produz pela pesquisa e difunde pelo ensino não fique restrito aos seus muros (SAVIANI, 1987).

Compõe a Divisão de Ensino e Pesquisa os setores:

- a) Setor de Educação Permanente e Gestão do Trabalho;
- b) Setor de Estágios Curriculares;
- c) Setor de Qualificação e Pesquisa/Auditório;
- d) Setor de Programa de Residência Médica de medicina de Família e Comunidade;
- e) Setor de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - área de Concentração: Enfermagem, Odontologia e Serviço Social;
- f) Setor do Programa Mais Médico.

2.1.7 Divisão de Informação Planejamento em Saúde

A Divisão de Informação Planejamento em Saúde (DIPS) está inserida dentro do Departamento de Atenção à Saúde, e tem como propósito acompanhar os indicadores de saúde, elaborar projetos, viáveis e possíveis de serem implantados com recursos oriundos de Ministério

da Saúde, Fundo Nacional de Saúde e Emenda Parlamentar, e realizar a gestão das informações coletadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde, incluindo em seu escopo a consolidação, condensação e transmissão destas informações, relacionadas aos serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel PR.

A DIPS tem como intuito instrumentalizar os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), no planejamento, processos, ações e gestão das informações, desta forma, cabe a esta Divisão a gestão dos indicadores e instrumentos de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O diagnóstico e a intervenção sobre as condições de saúde de uma população é realizado por meio da vigilância em saúde.

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VI - a vigilância da saúde do trabalhador;

VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

As ações de vigilância perpassa todos os níveis de atenção e a atuação conjunta entre os setores de vigilância em saúde e atenção saúde possibilita o estabelecimento de práticas de prevenção, proteção e promoção à saúde.

Vigilância Epidemiológica

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990, art. 6º, §2º).

No cotidiano das práticas assistenciais, a vigilância epidemiológica auxilia a equipe de saúde no desenvolvimento de ações para o controle de doenças, tendo como função orientar/executar a coleta e o processamento de dados - utilizando-se da investigação epidemiológica de casos e surtos, da análise dos resultados obtidos e a recomendação de medidas de controle.

Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990, art. 6º, §1º).

O objetivo do desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária (VISA) é garantir que os produtos, bem como serviços prestados, tenham um nível de qualidade que elimine ou minimize a possibilidade de ocorrência de efeitos nocivos à saúde provocados pelo consumo de bens e serviços impróprios.

A Vigilância Sanitária desempenha papel importante na área da saúde, tendo em vista que o conjunto de ações de proteção implementados, contempla, em última análise, os mais diversos campos de atuação, desde os específicos da área sanitária como os relacionados a saneamento básico, educação, segurança, entre outros, contribuindo para a qualidade de vida.

Desenvolve ação de caráter educativo (preventivo), normativo

(regulamentador), fiscalizador e, em última instância, punitivo. São de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal e ocorrem de forma hierarquizada (Lei n.º 8.080/90).

Vigilância em Saúde Ambiental

Entende-se por Vigilância em Saúde Ambiental, um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2005c).

A incorporação da Vigilância em Saúde Ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. Os determinantes e condicionantes ambientais causadas pela urbanização e que alteram as condições de saúde de uma população são objetos de estudo desta vigilância, principalmente, aqueles que interferem na qualidade do ar, do solo e da água para consumo humano.

Destacam-se como objetivos da Vigilância em Saúde Ambiental: produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando à disponibilização ao SUS de instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente e estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância em saúde ambiental nas diversas instâncias de competência (BRASIL, 2002).

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (Brasil, 1990, art. 6º, §3º).

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (Brasil, 1998a).

2.3 DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

O Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças integra a estrutura hierárquica da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, cumprindo a função de gestão administrativa, e se utilizando de ramos como o direito, contabilidade, economia, psicologia, matemática, estatística, sociologia, informática entre outros para a tomada de decisão.

Fazem parte do Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças:

A Gestão de Insumos

Destina-se a elaboração de processos de aquisição de todos os itens (insumos e permanentes) padronizados para uso nas Unidades e Serviços, bem como, faz o processamento de contratos e atas, termos

de referência e descritivos necessários ao encaminhamento dos certames licitatórios que serão formalizados pelo Departamento de Compras.

Também gerencia a administração de materiais e serviços, através de controle de estoque e processos, garantindo o abastecimento em quantidade e qualidade dos itens que os setores requisitam, com a maior brevidade possível, sem causar danos aos serviços prestados por estes.

Neste contexto, entende-se por materiais todos os itens necessários ao desenvolvimento das atividades desses setores, tais como: medicamentos, gêneros alimentícios, materiais de expediente, materiais de higiene e limpeza, materiais de conservação e reparos, materiais hospitalares, radiológicos, materiais e equipamentos permanentes, e ainda, a contratação de prestadores terceirizados para execução de serviços quando necessário.

Integra a Divisão a Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos (CAFI), que controla cerca de 30 (trinta) grupos ou famílias de distintos tipos de materiais que contém em sua totalidade aproximadamente 2.000 (dois) mil itens.

É um setor estratégico dentro da Divisão de Gestão de Insumos e de suma importância para a Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, pois dá apoio para o desenvolvimento das atividades desempenhadas pelos Serviços de Saúde, sendo responsável pelo planejamento e compras dos itens padronizados (insumos médicos, laboratoriais, farmacêuticos, expediente, gráficos, higiene e limpeza dentre outros), recebimento e distribuição nas Unidades e Serviços de Saúde.

Gestão de Serviços de Apoio

Gerencia atividades meio nas áreas de: Transporte Eletivo / Sanitário, Gestão e Manutenção da Frota, Arquivo Central, Informática, Comunicação, Patrimônio, Apoio Administrativo e Administração Predial da Sede da Secretaria Municipal de Saúde, as quais estão descritas a seguir:

a) Setor de Transporte Eletivos:

O Setor de Transporte Eletivo / Sanitário integra a Política Nacional do Sistema Único de Saúde, sendo que no Paraná, por definição do Comitê Intergestores Bipartite - CIB esta atividade figura como responsabilidade da esfera municipal de gestão. O serviço atende somente aos moradores de Cascavel e funciona em caráter eletivo, ou seja, com agendamento prévio. Têm direito ao serviço de remoção os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), acamados e/ou debilitados e impossibilitados de serem removidos em transporte comum, que necessitem de realizar procedimentos como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, consultas especializadas, curativos de grande porte, revisão de cirurgia, tomografia, ressonância, colonoscopia, ultrassom, coletas de exames para análise clínica e patológica, pequenas cirurgias e raios X, além dos pacientes incluídos no programa Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

b) Setor de Manutenção Frota:

O Setor de Manutenção da Frota tem a responsabilidade de realizar a aquisição de novos veículos e administrar a contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva, acessórios, pneus, combustível e demais itens necessários ao pleno funcionamento dos 126 (cento

e vinte e seis) veículos próprios utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Além disso, também encaminha, acompanha monitora e controla serviços administrativos referentes às licitações tanto próprias quanto gerais da prefeitura, tais como: recolhimento dos impostos, multas e taxas relativas aos veículos.

Todo esse processo é efetuado com auxílio de um Sistema de Software Gerencial, onde são lançadas as informações inerentes a cada tipo de processo, auxiliando também no controle de saldos, pagamentos e validade de licitações realizadas pelo setor e as realizadas por outras secretarias.

c) Setor de Arquivo Central:

O Setor de Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel foi concebido visando estruturar de forma sistêmica os serviços de Arquivo Permanente, com o objetivo de realizar a gestão de prontuários e documentos produzidos pelas Unidades e Serviços, assegurando disciplinar as atividades relativas aos serviços arquivísticos da administração pública, trazendo, por consequência, a guarda, a organização e a preservação de documentos das áreas meio e fim, utilizando para tal um parâmetro de temporalidade adequado e padronizado conforme preconização prévia estabelecida para cada tipo de documento.

d) Setor de Informática:

O setor de Informática tem a missão de prover recursos tecnológicos, manutenção e de suporte, visando manter condições adequadas de

trabalho às Unidades e Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Possui ainda atribuições de supervisionar toda a rede de microcomputadores; colaborar na definição, instalação e manutenção de equipamentos de informática; assistência técnica em equipamentos e softwares que compõem a rede; suporte aos usuários internos; responder com eficiência as solicitações dos setores e realizar capacitação para usuários do sistema existente.

e) Setor de Comunicação:

O Setor de Comunicação tem o objetivo de ordenar a divulgação das ações desenvolvidas e relacionadas à Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, bem como, organizar e estabelecer a rotina dos trabalhos que envolvam comunicação e divulgação dos assuntos e ações da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel.

Dentre as atribuições do Setor de Comunicação destacam-se: assessorar os membros da Diretoria e os servidores em atividades de comunicação social; orientar, coordenar e efetuar contatos com a imprensa; produzir material jornalístico sobre atividades da Secretaria em seus diversos níveis e temas de discussão divulgando-os à imprensa, internamente e a outras áreas de atuação do Município; organizar, acompanhar, divulgar, difundir internamente informações administrativas e manter arquivo das notícias de interesse da Secretaria publicadas na imprensa.

f) Setor de Patrimônio:

O Setor de Patrimônio tem a responsabilidade direta de viabilizar

a execução de todas as ações do processo do controle patrimonial, abrangendo o registro de entrada, movimentações e saídas de bens do acervo no âmbito da Secretaria. Dentre as atribuições do Setor de Patrimônio destacamos também: normatizar, planejar e viabilizar a execução das atividades de logística e de infra-estrutura operacional que envolve o processo de controle e desfazimento de bens permanentes, bem como orientar, acompanhar e fiscalizar a efetivação das normativas destas atividades nas diversas unidades e serviços de saúde.

g) Setor de Apoio Administrativo:

Tem a finalidade de dar suporte administrativo à Divisão, cujas atividades são: realizar todos os processos licitatórios, bem como controlar saldos, pagamentos e validade. Também deve realizar o controle de saldos, pagamentos e validade de licitações realizadas por outras secretarias, sob responsabilidade da Divisão. Por fim, efetua o gerenciamento dos controles do sistema de telefonia, energia elétrica, de água e esgoto de todas as unidades e serviços de saúde e da sede da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel.

h) Setor de Administração predial da Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel:

O Setor de Administração predial da Sede da SESAU é responsável pela, administração da Sede e compreende a coordenação e supervisão do serviço de almoxarifado incluindo solicitação dos pedidos, distribuição de material e controle do estoque, serviços de correio, serviços de recepção, zeladoria e guarda patrimonial e controle dos

bens patrimoniais das áreas comuns, bem como todas as atividades de manutenção e conservação predial, entrada e saída de pessoas, identificação visual, estacionamento, dentre outros.

Gestão Financeira

O financiamento em Saúde pode estar configurado em pelo menos quatro tipos principais de repasses, que são:

a) As Transferências Regulares e Automáticas: Efetuadas via repasse fundo a fundo, observando as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos Programas e Incentivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde;

b) Remuneração por Serviços Produzidos: Caracterizado pelo pagamento direto aos prestadores, de serviços da rede cadastrada do SUS, nos Estados e Municípios não habilitados em Gestão Plena, e que não possuem pactuação integral dos três níveis de atenção;

c) Convênios: São celebrados com órgãos ou entidades federais em sua maioria, visando o financiamento de projetos específicos na área da saúde, sendo os recursos repassados a título de Projeto de acordo com um Cronograma físico-financeiro e/ou Plano de Trabalho previamente aprovado;

d) Emendas Parlamentares: Destinadas por parlamentares Estaduais e/ou Federais, destinadas e processadas por meio de sistema específico de controle e prestação de contas gerenciado pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito às Transferências Regulares e Automáticas, que representam cerca de 25% (vinte e cinco) por cento dos recursos

que integram o orçamento em saúde no ano contábil, torna-se relevante apresentar a normatização que regulamenta e norteia o desenvolvimento das ações oriundas aos Programas em que o Município é habilitado junto ao Ministério da Saúde.

A Divisão de Planejamento, Orçamento e Finanças é responsável pelo controle orçamentário e financeiro continuado do Fundo Municipal de Saúde, de maneira a possibilitar o cumprimento das metas propostas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (previamente estabelecida).

Atua no gerenciamento e acompanhamento dos recursos oriundos do município, bem como, os repasses efetuados via outras esferas de Governo (Fundo a Fundo), de forma continuada, para possibilitar o cumprimento das metas estabelecidas pela LDO, prestando contas periodicamente para a sociedade e Conselho Municipal de Saúde.

Gestão de Pessoas

A Divisão Gestão de Pessoas (DGP) é a área da instituição destinada a cuidar das políticas e métodos que dizem respeito às pessoas na organização. Algumas variáveis têm influência na gestão de pessoas, como características ambientais, aspectos situacionais ligados à cultura (do indivíduo e da organização), a tecnologia, os processos internos e as relações entre trabalhadores, entre outras. Também pode ser entendida como o conjunto de políticas e práticas definidas por uma organização para orientar o comportamento humano e as relações interpessoais no ambiente de trabalho (CHIAVENATTO, 1999). A Divisão Gestão de Pessoas oferece serviços voltados ao atendimento das necessidades dos servidores públicos da área da saúde, atuando na discussão e sugestão de propostas para as ações a serem implantadas na melhoria das atividades das unidades e serviços de Saúde.

Esta divisão juntamente com a equipe está subordinada hierarquicamente ao Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças, e realizando uma integração técnica com os demais Diretores de Departamentos e Gerentes de Divisão da SESAU, bem como, mantém uma interface com todos os servidores dos setores/serviços e demais secretarias, buscando articular à defesa dos direitos e dos deveres dos servidores, discutindo e sugerindo propostas para as ações a serem implantadas e implementadas nas diversas áreas.

Atualmente, a (DGP) é responsável pelos recursos humanos da SESAU, ou seja, é uma divisão na qual está ligada ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Cascavel para melhor atender os servidores aqui lotados.

Por entendermos que o objetivo comum desta divisão é oferecer serviços voltados ao completo atendimento das necessidades dos servidores públicos da área da saúde, atuando na discussão e sugestão de propostas para as ações a serem implantadas na melhoria das atividades, garantindo o equilíbrio dos servidores e da organização, contribuindo para aperfeiçoamento do desempenho individual e organizacional na qual busca realizar um atendimento de qualidade a todos, onde visa esclarecer dúvidas dos prazos ou de responsabilidades dos documentos relevantes a esta Divisão e/ou normativas, bem como subsidiar as coordenações nas questões de orientações aos servidores lotados e prestando serviço a esta Secretaria de Municipal de Saúde de Cascavel.

Controle Avaliação e Auditoria

É um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e a utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico operacional e/ou legal.

São estabelecidos pela Constituição da República Federativa de 1988 como relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, sendo assim, o setor da Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria executa a auditoria sobre a produção dos serviços de saúde pública nos serviços próprios da atenção básica ampliada, fração especializada, bem como nos serviços credenciados contratualizados.

Compõem o Complexo Regulador Ambulatorial os seguintes setores:

- a) Central Regulação Ambulatorial (Autorização de exames);
- b) Central de Consulta Ambulatorial (Autorização de Consultas);
- c) Tratamento Fora Domicílio (TFD);
- d) Ouvidoria;
- e) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- f) Boletim de produção Ambulatorial da Atenção Básica (BPA);
- g) Programação Orçamentária (FPO);
- h) Auditoria Operativa / in loco;

i) Auditoria analítica;

j) Visita Técnica.

Gestão de Manutenção

Envolve as atividades inerentes à Engenharia Clínica e Manutenção preventiva e corretiva predial, tanto de equipe própria quanto de prestadores terceirizados.

a) Setor de Manutenção Predial

Realiza atendimento para serviços de manutenção em geral em todas as unidades e serviços de saúde do município.

As solicitações dos serviços são realizadas pelas unidades e serviços de saúde via portal (Intranet).

Os materiais necessários para os serviços são adquiridos através de processo licitatório, armazenados em almoxarifado próprio com controle de estoque via sistema de software para melhor otimização e transparência do controle. Tais como os materiais elétricos, hidráulicos, de construção, pintura e ferramentas.

b) Setor de Engenharia Clínica

O setor é responsável pela manutenção dos equipamentos médico-

hospitalares, odontológicos, compressores de ar e lavanderia industrial, em todas as unidades e serviços de saúde, sendo efetuado controle de pedidos via portal específico (Intranet).

2.4 CONTROLE SOCIAL

Conselho Municipal de Saúde: é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, resolutivo, consultivo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Cascavel, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, com composição, organização, funcionamento e competências fixadas na Lei Municipal nº 5.266/2009 e em seu Regimento Interno obedecido os termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução CNS nº 453/2012.

O Conselho Municipal de Saúde é formado por 12 entidades usuários, 03 entidades de prestadores de serviços de saúde, 03 entidades de gestores e 06 entidades de profissionais de saúde e composto por representantes indicados por estas entidades, sendo o presidente eleito entre seus membros.

Tem como objetivos a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde. Em outros termos participa do planejamento da política de saúde, identificando necessidades e prioridades, e fiscaliza como o governo administra e realiza as ações de saúde (inclusive questões financeiras do gerenciamento da saúde no município) e, também, verifica se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas.

Possui uma Mesa Diretora que organiza seu funcionamento, Comissões Temáticas que auxiliam as discussões plenárias e uma Secretaria Executiva que desenvolve atividades administrativas, todas subordinadas ao Pleno do Conselho. As Reuniões Ordinárias são mensais, via de regra, na terceira segunda-feira do mês.

O Conselho Municipal de Saúde é a participação da sociedade organizada na administração da saúde.

Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável: foi instituído pela Lei Municipal nº 5873/2011, integrando o Sistema Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, juntamente com a Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) (órgão representativo das secretarias municipais afetas à segurança alimentar e nutricional com assento no Conselho) e a Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, a ser realizada de quatro em quatro anos.

O (COMSANS) foi criado com o objetivo de formular e propor políticas, planos, programas, projetos e ações para assegurar o direito humano à alimentação adequada e promover o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional no Município de Cascavel.

Tem por mecanismos de ação propor, acompanhar e monitorar, em regime de colaboração com os demais integrantes do Sistema Municipal de Segurança Alimentar, a implementação e a convergência de ações inerentes à Política Municipal, Estadual e Nacional de Segurança Alimentar, sempre com o objetivo final da garantia do Direito Humano a uma Alimentação Adequada.

3 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

3.1 Diretriz 1

Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo da Diretriz

Promover a ampliação da atenção primária e da atenção especializada, organizada em redes e com acolhimento e práticas humanizadas, voltadas integralidade da atenção, à qualificação das práticas e à gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade dos serviços prestados e o acesso com equidade.

METAS	PERÍODO
Implantar Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme critério da Política Nacional de Atenção Primária em Saúde (APS), considerando o cronograma de expansão das unidades de saúde da família	2018 - 2021
Completar as equipes da Estratégia Saúde da Família conforme legislação vigente.	2018 - 2021
Construir, ampliar ou reformar Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, garantindo acessibilidade às pessoas com deficiência (PcD), bem como o acesso a saúde humanizada, conforme legislações vigentes.	2018 - 2021
Reorganizar os processos de trabalho de 100% das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família, buscando a efetivação da atenção centrada no paciente objetivando a saúde humanizada no âmbito da Atenção Primária em Saúde.	2018 - 2021
Aumentar a taxa de cobertura da Atenção Básica com a Implantação de novas Unidades de Estratégia Saúde da Família.	2018 - 2021
Desenvolver ações de saúde nos Territórios Cidadãos.	2018 - 2021
Implantar e implementar ações de saúde através do Comboio da Saúde.	2018 - 2021
Garantir a manutenção das ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua.	2018 - 2021

Garantir a manutenção das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do Programa Sistema Prisional.	2018 - 2021
Implantar a política das práticas integrativas e complementares conforme política do Ministério da Saúde.	2018 - 2021
Garantir a cobertura de Estratégia Saúde da Família em 66,66%	2018
Garantir a cobertura de Estratégia Saúde da Família em 83,33%.	2019
Garantir a cobertura de Estratégia Saúde da Família em 94%.	2020

3.2 Diretriz 2

Promoção da atenção integral à saúde da população por meio das atividades realizadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde (UBS e USF) e Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para a população mais vulnerável (crianças, mulheres, adolescentes e jovens, idosos e saúde do homem).

Objetivo da Diretriz

Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades de Saúde (US), com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS, visando à garantia da integralidade da atenção a saúde, mediante a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

a) Garantir acesso com qualidade do programa "Saúde na Escola" na atenção básica, o acompanhamento das condicionalidades da saúde no programa "Bolsa Família";

b) Fortalecer as práticas integrativas e complementares nas redes de atenção, incluindo a sua organização, a qualificação/capacitação

de profissionais nestas práticas, informação e promoção de estudos e pesquisas;

c) Promover ações para mudança no modelo de atenção à saúde para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, centrado nas condições agudas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão do caso e as tecnologias de promoção do autocuidado apoiado;

d) Promover e implementar ações de promoção da saúde nas equipes de APS e as ações Intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

METAS	PERÍODO
Aumentar a taxa de cobertura da Atenção Básica com a Implantação de novas Unidades de Estratégia Saúde da Família.	2018 - 2021
Manter as ações relacionadas à segurança alimentar e nutricional através de monitoramento sistemático do número de inscritos nos programas, Bolsa Família e Leite das Crianças, Programa Saúde na Escola, Alimenta e Amamenta Brasil.	2018 - 2021
Organizar, articular e implementar a operacionalização de grupos operativos, em todas as unidades de saúde, a respeito de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, planejamento familiar, gravidez na adolescência, entre outros temas, conforme delineamento de rotinas previstas em programas do Ministério da Saúde.	2018 - 2021
Ampliar o número de Unidades de Saúde nos distritos sanitários com horário de atendimento expandido, para atendimento aos pacientes.	2018 - 2021
Adquirir veículos para uso de todas as USF urbanas.	2018 - 2021

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

METAS	PERÍODO
Programar novas equipes de saúde bucal junto as Unidades de Saúde, bem como manter as equipes existentes com insumos e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para o atendimento continuado.	2018 - 2021
Garantir a implantação, bem como a manutenção de ações de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde, através do Programa Saúde na Escola e Programa Bom Sorriso.	2018 - 2021
Garantir a manutenção de ações para o diagnóstico e detecção do câncer bucal.	2018 - 2021

Manter ações voltadas à saúde bucal preconizadas no Programa Ninar e Rede Mãe Paranaense.	2018 - 2021
---	-------------

AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

METAS	PERÍODO
Diminuir o percentual de mortalidade materna.	2018 - 2021
Reduzir o percentual de gravidez na adolescência.	2018 - 2021
Garantir recursos financeiros no orçamento municipal para a Saúde Sexual e Reprodutiva.	2018 - 2021
Ampliar a oferta do Planejamento Familiar nas unidades de saúde.	2018 - 2021
Promover o aleitamento materno até os 2 anos de idade (exclusivos até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno) e o fortalecimento da Rede Amamenta Brasil e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável.	2018 - 2021
Ofertar triagem sorológica para gestantes conforme preconizado no (Guia Mãe Paranaense), que realizam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, bem como vacinação e adoção de medidas profiláticas em recém nascidos de mães diagnosticadas com a doença.	2018 - 2021
Desenvolver protocolos unificados da saúde e da assistência social para atendimento integrado de vítimas de violência sexual.	2018 - 2021
Garantir apoio técnico para as equipes da Atenção Primária em Saúde, para o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde da mulher, abordando assuntos pertinentes à gestação, parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.	2018 - 2021
Incentivar a Vacinação de Adultos na Campanha Outubro Rosa.	2018 - 2021

AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM

METAS	PERÍODO
Implementar e/ou garantir a manutenção junto aos serviços de saúde quanto as ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade.	2018 - 2021
Estabelecer parcerias Intersetoriais e interinstitucionais para a promoção da saúde do homem.	2018 - 2021
Incentivar a Vacinação de Adultos na Campanha Novembro Azul.	2018 - 2021

ACÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

METAS	PERÍODO
Fortalecer a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e capacitar 100% das unidades de saúde sobre o tema aleitamento materno e alimentação complementar saudável para menores de 2 anos de idade, prevenindo inclusive a obesidade infantil.	2018 - 2021
Capacitar 100% das unidades de saúde no SISVAN, Programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola (PSE).	2018 - 2021
Reduzir o uso de medicamentos para doenças e agravos não transmissíveis (DANT's), por meio da promoção de uma alimentação saudável.	2018 - 2021
Elaborar e distribuir material educativo (folder, cartilha, panfleto e cartaz sobre o tema).	2018 - 2021
Ampliar a oferta de saúde para a população e apoiar a Atenção Primária em Saúde.	2018 - 2021
Aumentar em todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família o índice de cadastros/acompanhamentos no SISVAN.	2018 - 2021
Avaliar o estado nutricional de pelo menos 70% dos educandos pertencentes às escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola.	2018 - 2021

ACÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

METAS	PERÍODO
Reduzir o percentual de Crianças nascidas vivas com menos de 2,5 Kg sobre o total de nascidos vivos no município de Cascavel.	2018 - 2021
Realizar a cobertura vacinal em 95% da população alvo do Município de Cascavel.	2018 - 2021
Reduzir o percentual de mortalidade infantil em crianças menores de 01 ano de idade.	2018 - 2021
Reduzir o percentual de mortalidade na infância, em crianças menores de 05 anos de idade.	2018 - 2021
Diminuir o percentual de mortalidade neonatal de crianças de 0 a 27 dias.	2018 - 2021
Reduzir o percentual de obesidade infantil de crianças com peso elevado para a idade.	2018 - 2021
Organizar os serviços de atenção primária para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança.	2018 - 2021
Garantir o acesso às vacinas disponíveis no Sistema Único de Saúde e acatar a ampliação do elenco de imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações.	2018 - 2021

Garantir a manutenção da articulação entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, no planejamento de estratégias para acompanhamento da saúde da criança e do adolescente em idade escolar, baseado na aplicação dos componentes do Programa Saúde na Escola.	2018 - 2021
Estimular o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente, de caráter intersetorial, incluindo aspectos sobre: sexualidade, gravidez na adolescência, prática de atividade física, prevenção de IST/AIDS, nutrição, violência, uso de álcool e drogas.	2018 - 2021
Manter em funcionamento o "Programa POE - adolescentes em conflito com a lei PNAISP.	2018 - 2021

ACÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO

METAS	PERÍODO
Implementar atividades de controle ao tabagismo à população de cada unidade de saúde, bem como, garantir a manutenção das atividades já existentes.	2018 - 2021
Elaborar e distribuir materiais educativos e de orientação aplicados na promoção da saúde, voltados ao controle do tabagismo.	2018 - 2021
Sensibilizar a população sobre o risco cardiovascular proporcionado pelo tabagismo por meio de campanhas, elaboração de material educativo e orientativo, palestras e divulgação na mídia escrita e falada.	2018 - 2021
Capacitar profissionais das unidades de saúde que não executam atividades voltadas ao controle do tabagismo, para formação dos grupos junto à população de seus territórios.	2018 - 2021

ACÇÕES SAÚDE DO IDOSO

METAS	PERÍODO
Implementar nas Unidades de Saúde a Caderneta de Saúde do Idoso, como instrumento de controle das ações da atenção à saúde da pessoa idosa.	2018 - 2021
Fortalecer a assistência farmacêutica, com aplicação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento de adesão ao tratamento das DCNT.	2018 - 2021
Capacitar os profissionais das Unidades de Saúde em relação à saúde do Idoso, cuidados, legislação e aspectos gerais.	2018 - 2021

AÇÕES ATENÇÃO DOMICILIAR

METAS	PERÍODO
Ampliar serviço de atendimento domiciliar na modalidade AD1.	2018 - 2021
Matricular as equipes da Atenção Básica para efetuarem o atendimento na modalidade AD1.	2018 - 2021
Garantir o fornecimento de apoio as Unidade de Pronto Atendimento para o gerenciamento dos pacientes sem necessidade de internação.	2018 - 2021
Manter ações do PAID, complementado pelo Programa de Atendimento Residencial - PAR, composto por equipe multiprofissional.	2018 - 2021

AÇÕES PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

METAS	PERÍODO
Promover ações de combate ao mosquito Aedes aegypti nas unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Realizar parceria com a Secretaria municipal de Esportes para a promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Organizar ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas nas unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Propagar a promoção da Cultura da Paz, Cidadania e Direitos Humanos nas unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Desenvolver atividades de prevenção das violências e dos acidentes nas unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Realizar avaliações nos educandos para identificação de possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação.	2018 - 2021
Promover junto às unidades escolares do município de Cascavel avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor.	2018 - 2021
Realizar parceria junto às unidades escolares do município de Cascavel, para verificação da situação vacinal dos educandos.	2018 - 2021
Promover ações que garantam a segurança alimentar e nutricional, alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil junto as unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Garantir a promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração auditiva junto às unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
Promover ações nas unidades escolares do município de Cascavel em relação ao direito sexual e reprodutivo, bem como a prevenção de IST/AIDS.	2018 - 2021

Garantir a promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração ocular junto às unidades escolares do município de Cascavel.	2018 - 2021
---	-------------

3.3 Diretriz 3

Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo da Diretriz

Desenvolver ações para a efetivação da Rede de Atenção em Saúde Mental.

METAS	PERÍODO
Implementar matriciamento em saúde mental em todas as Unidades de Saúde.	2018 - 2021
Desenvolver ações de formação e educação permanente sobre saúde mental para toda rede de atenção.	2018 - 2021
Elaborar campanha de comunicação e educação relacionadas à prevenção da dependência de drogas e ao fortalecimento da rede de saúde mental, como foco para a população adolescente e jovem.	2018 - 2021
Garantir a manutenção do tratamento de jovens com necessidade de uso de crack, álcool e outras drogas, com oferta de atividades esportivas, lazer, terapia ocupacional, biblioteca, cultura, em um ambiente acolhedor.	2018 - 2021
Realizar articulação com os diversos setores que atuam na atenção em saúde mental (saúde, educação, assistência social, antidrogas, segurança públicas e afins), ações das diversas áreas e políticas sociais que garantam proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis.	2018 - 2021
Desenvolver as atividades de custeio e aquisição de bens de capital em atenção à saúde mental, bem como às demais atividades inerentes à Atenção Especializada.	2018 - 2021
Desenvolver as atividades de custeio e aquisição de bens de capital em atenção à saúde mental, bem como às demais atividades inerentes à Atenção Especializada (Específica Criança e Adolescente).	2018 - 2021

3.4 Diretriz 4

Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo da Diretriz

Promover acesso aos medicamentos considerados essenciais.

METAS	PERÍODO
Reavaliar e atualizar o elenco de medicamentos, visando garantir atendimento dos pacientes portadores de doenças atribuídas como de responsabilidade do gestor municipal no âmbito do SUS, segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.	2018 - 2021
Reorganizar e ampliar o elenco de medicamentos básicos disponibilizados no âmbito da atenção básica.	2018 - 2021
Contemplar horários diferenciados ou escalas de plantão das farmácias básicas nos finais de semana e feriados, para atendimento da população.	2018 - 2021
Implantar e implementar o "Programa Mais Saúde Menos Remédio", por meio da Política de Práticas Integrativas e Complementares.	2018 - 2021
Proporcionar aquisição de medicamentos em atendimento aos municípios conforme padronização existente.	2018 - 2021

3.5 Diretriz 5

Fortalecer a vigilância em saúde por meio da articulação com os serviços de saúde, do monitoramento e da coordenação de processo de promoção da saúde, incluindo a Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e a implantação Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo da Diretriz

Instrumentalizar as equipes locais e municipais com vistas às práticas da vigilância em saúde, com base na epidemiologia clínica e social.

Divisão de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Instituir medidas voltadas ao diagnóstico e ao tratamento precoce, bem como ao controle e redução das doenças transmissíveis: infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase; ampliar a discussão e notificações das doenças e agravos não transmissíveis: notificações de violência autoprovocadas, intoxicações exógenas, tentativas de suicídio, notificação de acidentes de trânsito; fortalecer ações dos comitês: Comitê Intersetorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel (COTRANS) e Comitê de Investigação e Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; sensibilizar equipes para diagnóstico precoce das hepatites virais; sensibilizar equipes para diagnósticos de agravos transmitidos por vetores, especialmente as arboviroses; manter atenção as enfermidades endêmicas, emergentes ou reemergentes.

Vigilância em Saúde Ambiental

Estruturar e implementar a Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental, fortalecer as ações que minimizem os danos a saúde da população ocasionados por zoonoses, vetores e contaminações de solo e água.

Intensificar as ações da Vigilância em Saúde, do programa Vigiagua e Vigiolo, visando à prevenção de contaminações de solo e água, que possam causar danos a saúde da população.

Viabilizar parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, para ações de prevenção as contaminações do solo e da água.

Divisão de Vigilância Sanitária

Qualificar e expandir as ações de vigilância sanitária, executadas de forma transversal e integrada à Política Nacional de Saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da população, comercialização e uso de bens e serviços, mediante o monitoramento do risco sanitário, o controle sanitário, a regulamentação sanitária e a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Implantar a Gestão de Ações Pré-Mercado, com a finalidade de reduzir risco sanitário na introdução de produtos e serviços no mercado relacionados a habilitação e certificação e regularização de produtos e Gestão de Ações Pós-Mercado, com a finalidade de verificar a execução das normas regulatórias, mitigar o risco sanitário e reduzir falhas no acesso a produtos e serviços, abrangendo fiscalização e monitoramento de produtos e serviços.

Implementar as ações do Integravisa (ANVISA) com ênfase na harmonização das ações críticas elecandas pelo projeto durante o ano de 2017.

Fortalecer as ações de educação e comunicação em vigilância sanitária, enfatizando o aprimoramento da comunicação da VISA com a sociedade, além da ampliação e qualificação da participação dos cidadãos nas práticas de vigilância sanitária e da melhoria do relacionamento com outros atores institucionais, como órgãos dos poderes Executivo e Legislativo e do próprio setor regulado.

Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Promover ações individuais, de assistência e recuperação dos agravos e de prevenção dos ambientes, processos e atividades de trabalho.

Proporcionar conhecimento técnico, os saberes e experiências aos profissionais dos serviços de saúde.

Contemplar o atendimento a todos os trabalhadores priorizando, pessoas e grupos com vulnerabilidade, trabalhadores informais, atividades de maior risco para saúde e trabalho do menor aprendiz.

Criar o apoio matricial com multiprofissionais para dar suporte à rede de atenção primária nos casos em que os profissionais tenham dificuldade em fechar o diagnóstico.

METAS	PERÍODO
Diminuir incidência de Dengue, Chikungunya e Zika, através de capacitação aos profissionais de saúde sobre o manejo clínico da doença e diagnóstico diferencial.	2018 - 2021
Difundir e implementar as ações de combate ao vetor, por meio da Mobilização Social e Comitê Municipal de Combate ao <i>Aedes aegypti</i> .	2018 - 2021
Implementar atividades integradas junto a atenção básica, para controle das arboviroses.	2018 - 2021
Equipar e estruturar a Equipe de Educação em Saúde, do Setor de Controle de Endemias, com material pedagógico, equipamentos de sonoplastia e veículo.	2018 - 2021
Estruturar e equipar Equipe de Inseticida, do Setor de Controle de Endemias, com curso e equipamentos para inspeção de depósitos elevados.	2018 - 2021
Realizar atividade educativa sobre as doenças e agravos, juntamente com profissionais das unidades e serviços.	2018 - 2021
Garantir a manutenção da ampliação de ações de controle de HIV / AIDS e outras IST's, executando com o uso de recursos específicos.	2018 - 2021

Realizar sensibilização e capacitação, juntamente com CEDIP, para profissionais dos serviços de saúde sobre diagnóstico precoce das hepatites virais.	2018 - 2021
Fortalecer a descentralização do tratamento da tuberculose e hanseníase, por meio de capacitação, sensibilização e apoio as unidades de saúde.	2018 - 2021
Implantar, gradativamente nos serviços de saúde que atendem vítima de acidente de trânsito, sistema de informação SIGETRANS - Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento de Acidentes de Trânsito.	2018 - 2021
Implementar as ações do Setor de Controle de Zoonoses, de maneira compartilhadas com outras secretarias.	2018 - 2021
Estruturar o laboratório de coleta de material de animais de relevância para a saúde pública, da Divisão de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/ Setor de Controle de Zoonoses.	2018 - 2021
Sensibilizar os profissionais para a Notificação de Violências em todos os serviços da Rede de Atenção.	2018 - 2021
Propiciar capacitação para os profissionais lotados no Departamento de Vigilância em Saúde.	2018 - 2021
Viabilizar curso de pós graduação, latu sensu, em vigilância sanitária para profissionais designados como fiscais e demais servidores lotados no Departamento de Vigilância em Saúde.	2018 - 2021
Manter o Setor de Controle de Endemias completa, conforme preconiza Programa Nacional de Combate à Dengue.	2018 - 2021
Cumprir o descritivo financeiro e planilha de indicadores do VIGIASUS.	2018 - 2021
Cumprir os indicadores referentes ao Departamento de Vigilância em Saúde propostas no SISPACTO.	2018 - 2021
Cumprir os indicadores propostos no Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (PQA-VS).	2018 - 2021
Manter plano de ação da VISA atualizado, cumprindo com as metas e ações nele proposto.	2018 - 2021
Revisar e aprovar Código Municipal de Saúde.	2018 - 2021
Elaborar, Implantar e Implementar o Manual de Processo Administrativo Sanitário.	2018 - 2021
Elaborar, implantar e implementar as Instruções de Trabalho em todos os setores da Divisão de Vigilância Sanitária com base nas ações críticas elencadas no Projeto Integravisa.	2018 - 2021

Viabilizar o cumprimento das ações propostas na 13ª Conferência Municipal de Saúde, referente ao Departamento de Vigilância em Saúde: Trabalho intersecretorial entre Secretaria de Saúde por meio da vigilância em saúde, Secretaria de Obras, Agricultura, Meio Ambiente e demais secretarias responsáveis para diagnóstico e intervenção sobre a grande incidência do mosquito borrachudo, propondo formas de combate continuado, fornecendo os recursos necessários (recursos humanos e insumos) e orientando toda comunidade do Distrito para resolver o problema (Sede Alvorada).	2018 - 2021
Realizar avaliação semestral do Núcleo de Vigilância Hospitalar do HUOP, baseado nos relatórios da Rede Estadual de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.	2018 - 2021
Rever número de cotas dos servidores designados como fiscais com reestruturação da carga horária.	2018 - 2021
Implantar adicional de autoridade sanitária para servidores lotados na Divisão de Vigilância Epidemiológica com reestruturação da carga horária.	2018 - 2021
Desenvolver as atividades inerentes a Vigilância Epidemiológica e ambiental.	2018 - 2021
Desenvolver atividades inerentes ao Programa VIGIASUS.	2018 - 2021
Desenvolver atividades inerentes a Vigilância Sanitária e saúde do trabalhador.	2018 - 2021
Adquirir equipamentos em atendimento a VISA.	2018 - 2021
Garantir a execução do plano de ações e metas do Programa de DST e AIDS.	2018 - 2021

3.6 Diretriz 6

Promoção da garantia do acesso da população aos serviços da Rede de Atenção à Urgência e Emergência

Objetivo da Diretriz

- Ampliar, qualificar e reconhecer as diversas portas de entrada de urgências;
- Ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços existentes na rede;
- Fortalecer o papel da urgência como integrante do cuidado no território e regulador da classificação de risco.

METAS	PERÍODO
Reorganizar os processos de trabalho das Unidades de Pronto Atendimento, buscando a efetivação da atenção centrada no paciente.	2018 - 2021
Empreender ações para o acolhimento, com classificação de risco e o aumento da capacidade resolutiva dos serviços nas situações de urgência e emergência, principalmente na atenção primária, com regulação e referenciamento dos pacientes.	2018 - 2021
Reestruturar as Unidades de Pronto Atendimento, conforme planejamento sanitário e territorial, e a abertura de fontes de financiamento para prover atendimento oportuno e adequado às necessidades da população.	2018 - 2021
Implantar ou garantir a manutenção de Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências e Emergências.	2018 - 2021
Implantar apoio matricial em saúde mental em todas as UPA's do Município.	2018 - 2021
Reformar as Unidades de Pronto Atendimento existentes, melhorando a ambiência e qualidade de atendimento.	2018 - 2021
Desenvolver as ações inerentes ao SAMU (CONSAMU).	2018 - 2021
Desenvolver as atividades inerentes ao SIATE que estão sob responsabilidade do Município.	2018 - 2021
Desenvolver as ações inerentes ao custeio (parcial - verba vinculada) das atividades inerentes a Urgência e Emergência.	2018 - 2021
Desenvolver as ações inerentes ao custeio (parcial - verba recursos livres / SIA) das atividades inerentes a Urgência e Emergência.	2018 - 2021
Executar as ações especializadas através do CISOP.	2018 - 2021
Realizar cirurgias eletivas atreladas ao Convênio firmado com a SESA para realização de mutirão conforme Grupo de Especialidades previstas em Chamamento Público.	2018 - 2021

3.7 Diretriz 7

Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão descentralizada e regionalizada, gestão do planejamento e da informação em saúde, gestão do trabalho e da educação na saúde e da gestão participativa e do controle social (Bloco Gestão do SUS).

Objetivo da Diretriz

a) Elaborar estratégias que integram a política de gestão do trabalho e da educação com base em evidências;

b) Fortalecer e ampliar o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - PROGESUS.

METAS	PERÍODO
Garantir o percentual do orçamento do município destinado à Saúde aplicado em Programas de Saúde Preventiva.	2018 - 2021
Aperfeiçoar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros, redefinindo a sua alocação conforme planejamento estratégico.	2018 - 2021
Desenvolver estudo de dimensionamento para inserção de novos profissionais nas equipes das unidades de saúde, baseado nas necessidades explicitadas no processo atualizado de territorialização ou em outras.	2018 - 2021
Desenvolver estudo para elencar propostas de Plano de Cargos e Carreiras dos servidores da SESA.	2018 - 2021
Ajustar a força de trabalho na saúde, através da contratação de profissionais conforme previsão de orçamento municipal.	2018 - 2021
Viabilizar e incentivar a criação dos conselhos locais de saúde, garantindo seu pleno funcionamento.	2018 - 2021
Realizar parcerias com instituições de ensino superior, a partir dos cursos na área da saúde, no sentido de melhoria do atendimento e aproveitamento do capital humano das instituições.	2018 - 2021
Estabelecer e implementar um cronograma anual de temas prioritários da Política de Educação Permanente de Saúde e capacitações aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.	2018 - 2021
Implementar e/ou manter atualizado o site da Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre fluxos e a oferta de serviços, bem como os horários de atendimento das unidades de saúde do município.	2018 - 2021
Manter o Conselho Municipal de Saúde, bem como os eventos de capacitação dos conselheiros.	2018 - 2021
Garantir os insumos necessários ao custeio e desenvolvimento das atividades pertinentes as Unidades e Serviços de Saúde (Gêneros Alimentícios, Mat. Áudio, Vídeo e Foto, Material de Expediente, Material de Higiene e Limpeza, Material Hospitalar, Material Gráfico de Uso Interno, Combustíveis, Oxigênio, Despesas Fixas (água e luz), Locação de Imóveis, Exames Complementares, Mat. Cama, Mesa e Banho, Mat. de Acondicionamento e Embalagem, Material Educativo, Material Esportivo e Recreativo, Material Pedagógico, Passagens TFD, Serviços de Malote, Serviços de Postagem, Serviços de Reprodução de Documentos, Coleta de Resíduos Químicos e Hospitalares, Desp. Setor de Transportes, Despesas de Pronto Pagamento (Motoristas).	2018 - 2021
Manter a rota de linha da saúde de Rio do Salto e ampliar atendimento para São João.	2018 - 2021

Manter o Sistema de Comunicação (telefone fixo e internet) para todas as Unidades de Saúde do interior.	2018 - 2021
Adquirir veículos para uso do transporte sanitário APSUS.	2018 - 2021
Implementar aos servidores lotados e desenvolvendo suas atividades na Secretaria Executiva dos Conselho Municipal de Saúde e Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, adicional de Analista de Controle Social.	2018 - 2021

4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: PROPOSTAS DA 13ª CMS.

ATENÇÃO BÁSICA

1. Disponibilizar transporte para mães com filhos internados em UTI's neonatal, para viabilizar a amamentação; (Aclimação, Palmeiras).
2. Parceria com as pastorais da criança, idoso, saúde etc, atendendo as solicitações necessárias; (Aclimação e Palmeiras).
3. Agendamento programado de consulta e retornos nas Unidades de Saúde da Família; (Brasmadeira, Interlagos, Colméia e Cataratas). (4 e 5).
4. Manter Médico Pediatra e Ginecologista para referência nas Unidades de Saúde da Família; (Brasmadeira, Interlagos, Los Angeles, Floresta e Navegantes) propostas (6,7 e 8).
5. Extensão do horário de atendimento das Unidades de Saúde da Família; (Brasmadeira e Interlagos).
6. Ampliação do horário de atendimento da UBS Claudete até 22 horas; (Claudete).
7. Ampliação no horário de atendimento com pediatra na UBS Santa Felicidade; (Santa Felicidade).
8. Implantação dos NASF; (Colméia, Cataratas, Espigão Azul, Neva, XIV de Novembro, Guarujá, Faculdade e Canadá). Pessoas com deficiência - patologias.
9. Implantação de equipes saúde da família conforme portaria específica da Estratégia Saúde da Família (ESF's) para as unidades solicitantes e melhorias nas unidades existentes; (Canadá, Parque São Paulo e Maria Luíza, Santos Dumont e Santo Onofre). (14,15, e 16).
10. Implantação de Equipes de Saúde da Família nas Unidades de Saúde do Floresta, Los Angeles, Santa Felicidade conforme portaria

específica da Estratégia Saúde da Família.

11. Implantação de USF na região do São Cristóvão e manutenção da Unidade Básica de Saúde, permanecendo a atual unidade existente como Unidade Básica de Saúde; (São Cristóvão).

12. Retornar o atendimento comunitário uma vez ao mês com local apropriado e em outras localidades nas ESF's Rural; (Navegantes).

13. Horários de atendimento estendido para Saúde do Homem e Trabalhador com implantação dos NASF's e equipe volante nos mesmos; (Ipanema e Periollo e demais ESF's).

14. Intensificação nas atividades voltadas a prevenção na atenção básica; (São Cristóvão).

15. Regularização da transferência da documentação do terreno da USF São Francisco para o município de Cascavel para posterior construção/adequação da unidade; (São Francisco).

16. Solucionar problemas de distribuição de fichas nas Unidades Básicas de saúde; (Cascavel Velho).

17. Acolher usuários dentro da unidade de madrugada e nas excepcionalidades; (Cascavel Velho e demais UBS's e USF's). Demarcar um novo território para atender a população do centro, com a construção de uma UBS na área central de Cascavel; (Neva, Parque São Paulo e Maria Luíza).

18. Implantar o serviço de coleta de exame laboratorial em todas as UBS's e USF's do Município.

19. Desenvolvimento de atividades de pesquisas em parceria com as Instituições de Ensino e Saúde, que possam contribuir com a melhoria de saúde da população e prevenção dos agravos mais incidentes no município; (Prestador de Serviço).

20. Elaborar estratégias que viabilizem as visitas domiciliares dos

Agentes Comunitários de Saúde e equipe da USF São João e demais unidades rurais, conforme preconiza o Ministério da Saúde. (ex: transporte); (São João).

21. Intensificar o trabalho com crianças e adolescentes nas escolas do Distrito de São João do Oeste e demais unidades referente à sexualidade e prevenção ao uso de drogas; (São João).

22. Territorialização nas unidades do Morumbi e Lago Azul e demais localidades com novos loteamentos, para verificar necessidade de implantação de mais equipes; (Morumbi e Lago Azul e bairros novos).

23. Implantação das equipes de saúde da família completa; (Faculdade).

24. Construir nova política de agendamento humanizado que atenda a demanda de todas as Unidades de Saúde para pessoas idosas e com deficiência com prazo máximo de 15 dias; (Faculdade).

25. Implantar grupos de antitabagismo nas Unidades de Saúde que estiverem interessadas no programa conforme proposta do conselho local de saúde em diálogo com a educação e sociedade civil; (Faculdade).

26. Aprimorar a prática de prevenção e promoção a saúde no município; (Faculdade).

27. Agilização e transparência através de mutirão nas filas de espera das consultas de especialidades e cirurgias eletivas que estão com demanda reprimida na média e alta complexidade; (Parque Verde e Cidade Verde).

28. Construção de Unidade Saúde da Família Cidade Verde com estrutura completa e demais bairros e distritos com a mesma necessidade, incluindo sala de reuniões e odontologia; (Parque Verde e Cidade Verde).

29. Retomada do procedimento de cirurgias de Laqueadura e Vasectomia e inserção de DIU; (Los Angeles, Floresta, XIV de Novembro e Guarujá).

30. Diminuição da fila de espera, com a garantia de acesso e agilidade em todas as especialidades e aumento do número de consultas, exames e cirurgias eletivas; (Aclimação, Palmeiras, Brasmadeira, Interlagos, Periollo, Ipanema, Rio do Salto, Espigão Azul, Los Angeles, Floresta, Santa Barbara, Santa Cruz, Santa Felicidade, São Cristóvão, Neva, XIV de Novembro e Guarujá).

31. Implantar Central de Regulação Ambulatorial em cada distrito de saúde; (Morumbi e Lago Azul).

32. Mais mutirões para atendimento de especialidade e cirurgias eletivas; (Parque São Paulo e Maria Luíza).

33. Ampliação do Centro de Atendimento Municipal de Especialidades de Cascavel (CAE) com estrutura física e recursos humanos; (Claudete, Pacaembu, Aclimação, Palmeiras, Canadá e Faculdade).

34. Aumentar os profissionais nas especialidades odontológicas do Município nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

35. Criação de um Centro de Referência em Saúde da Mulher no Município de Cascavel; (São João, Aclimação e Palmeiras).

36. Criação de Centro de Reabilitação para idosos; (Cascavel Velho).

37. Recursos adequados para o PAID, com a possibilidade de aumento do número de profissionais por equipe, ofertando um maior número de atendimentos com qualidade para a população; (Neva).

38. Garantia de agendamento de retorno de especialidades pelo CISOP; (Pacaembu).

39. Que o gestor municipal estimule a implantação de um Centro de Reabilitação Visual vinculada a uma instituição pública de acordo com as portarias ministeriais estabelecidas; (Pessoas com deficiência - patologia).

40. Implantação de um ambulatório com equipe multiprofissional para atendimento das pessoas com síndrome de Down e autismo pelo poder público; (Pessoas com deficiência - patologia).

41. Criação de fluxo para preenchimentos de laudos médicos. (Pessoas com deficiência - patologia).

42. Que a concessão de bengalas longas para pessoas com deficiência visual seja disponibilizada através de serviço público, conforme a necessidade do usuário; (Pessoas com deficiência - patologia).

43. Que se garanta através de lei um programa para distribuição de fraldas permanente para pessoas com deficiência; (Pessoas com deficiência - patologia).

44. Obrigatoriedade dos hospitais públicos e privados informarem ou encaminhar as entidades das áreas de deficiência, os pacientes congênitos ou que adquirirem deficiência; (Pessoas com deficiência - patologia).

45. Elaboração pelo gestor de uma cartilha com orientação sobre a saúde da pessoa com deficiência no SUS, com a participação das entidades das áreas de deficiência; (Pessoas com deficiência - patologia).

46. Que a gestão promova informações acessíveis para pessoas com deficiência sobre DST/AIDS; (Pessoas com deficiência - patologia).

47. Ampliar recursos que possibilitem o diagnóstico precoce de doenças que causam maior morbimortalidade; (Prestador de Serviço).

48. Rever método de aquisição de laudo de especialista para garantir

benefícios permanentes; (Faculdade).

GESTÃO DE INVESTIMENTOS

49. Ampliação do transporte linha da saúde - dois horários, todos os dias; (Juvinópolis e Rio do Salto).

50. Implantação da Linha da Saúde; (Navegantes e São Francisco).

51. Disponibilizar meio de transporte para que as comunidades possam acessar a Unidade de Saúde, caso haja possibilidade firmar convenio com a Secretaria de Educação com finalidade de utilizar transporte escolar de forma conjunta, desde que seja formalizado cadastro das pessoas que necessitam do transporte; (São Salvador).

52. Viabilizar a linha da saúde para transporte dos pacientes aos serviços de saúde especializados; (Santa Bárbara).

53. Implantação da Linha da Saúde de Espigão Azul, duas vezes por semana e viabilização de transporte coletivo até a divisa de Tupãssi e/ou linhas metropolitanas na PR 486; (Espigão Azul).

54. Climatização dos ambientes na unidade de saúde; (Juvinópolis).

55. Climatização e Ampliação da Unidade Básica de Saúde; (São Cristóvão).

56. Construir Unidade nova em Navegantes de forma centralizada; (Navegantes).

57. Construção de unidade de saúde da família, garantindo todas as adequações de acessibilidade e academia ao ar livre; (Santa Bárbara).

58. Ampliação reforma e construção de uma nova Unidade de Saúde

da Família que atenda os bairros Interlagos, Tarumã e Brasmadeira; (Brasmadeira e Interlagos).

59. Construção de uma nova unidade de saúde com disponibilidade de todos os serviços; (Aclimação, Palmeiras).

60. Construção da UBS Cancelli, utilizando o terreno da Casa Pop e com estrutura adequada para atendimento de toda a área de abrangência que lhe compete; (Cancelli).

61. Implantação de outra Unidade de Saúde da Família por meio de locação (adequadas à legislação sanitária e de acessibilidade) no Jardim Universitário com 2 equipes para atender Universitário fundos (Jardim. Jaçanã); (Faculdade).

62. Construção de nova Unidade de Saúde do Bairro Floresta e Los Angeles; (Los Angeles e Floresta).

63. Construção de nova unidade de saúde do Morumbi; (Morumbi e Lago Azul).

64. Construção de uma unidade para o Ipanema (Sede própria); (Periollo e Ipanema).

65. Construção de uma Nova Unidade no Turisparque; (Faculdade).

66. Garantir a construção na Unidade de Saúde do Rio do Salto; (Rio do Salto).

67. Construção da USF Guarujá e da USF XIV de Novembro; (XIV de Novembro e Guarujá).

68. Nova Unidade de Saúde da Família, com equipe de saúde bucal que atenda os Bairros: Paulo Godoy, Angra Dos Reis e Parque dos Ipês; (Santos Dumont, Santa Cruz e Santo Onofre).

69. Construção de uma unidade de saúde nova na área de abrangência do Santa Felicidade, com capacidade física e recursos

humanos suficiente para atender a população crescente da área; (Santa Felicidade).

70. Implantar Unidade Básica de Saúde no Veneza; (Cascavel Velho).

71. Construção da nova Unidade de Saúde, no Bairro Claudete garantindo recursos humanos e materiais necessários para o atendimento; (Claudete).

GESTÃO DE INVESTIMENTOS

72. Que seja garantido acessibilidade física e de comunicação em todas as UBS's, USF's e espaços públicos de saúde do município; (São Salvador, Neva e Sede Alvorada).

73. Construção e integração de academias ao ar livre próximo em todas as unidades de saúde e ao sistema de prevenção, em especial com os grupos da terceira idade, com disponibilização de profissional especializado; (Colméia, Cataratas, Pioneiros Catarinenses, Neva, Santos Dumont, Santo Onofre, Aclimação e Palmeiras).

74. Construção e implantação do Hospital Municipal com garantia de atendimento de baixa, média complexidade e atendimento psiquiátrico; (Periollo, Palmeiras, Parque São Paulo, Maria Luiza e Pioneiros Catarinenses).

75. Construção de USF no Bairro Pioneiros Catarinenses, Neva (área central), Itaipu/Caravelli e demais bairros que apresente demanda, garantindo equipes necessárias para atendimento de toda a área de abrangência.

76. Reforma e ampliação das Unidades de Saúde da Neva, Colméia/ Cataratas, Sede Alvorada, Juvinópolis, Santa Cruz, Pacaembu e demais Unidades que apresentarem necessidades.

77. Adquirir, disponibilizar e manter veículos em todas as Unidades de Saúde que necessitam, permitindo a efetivação completa e irrestrita dos atendimentos às pessoas da comunidade; (Rio do Salto, Cancelli/ Claudete, Lago Azul e São Francisco).

78. Instalação e manutenção de sistemas eletrônicos de segurança nas Unidades de Saúde; (Santa Barbara)

79. Manter previsão orçamentária na LDO para manutenção de equipamentos e prédios das Unidades de Saúde, com efetiva participação da comunidade organizada na gestão e gerenciamento das Unidades; (Faculdade, Neva e Pioneiros Catarinenses).

80. Garantir aparelho de eletrocardiograma e desfibrilador permanente nas unidades do interior, com o devido treinamento da utilização dos mesmos; (Rio do Salto e Juvinópolis).

GESTÃO DE PESSOAS

81. Abertura de concurso público para médico neuropediatra; (Juvinópolis).

82. Ampliar a equipe (ginecologista e atendente de farmácia); (Aclimação e Palmeiras).

83. Estruturar e ampliar os recursos humanos de todas as Equipes de ESF's e UBS's para atendimento de 100 % de sua área de abrangência; (Cancelli).

84. Lotar um técnico de farmácia, exclusivo para dispensação de medicamentos na farmácia para todas as ESF's do interior; 01 (um) guarda patrimonial (USF's, Sub Prefeitura e Escola) e estrutura coberta na frente da USF Espigão Azul; (Espigão Azul).

85. Elaborar um planejamento para a substituição imediata de todos os profissionais de saúde na ausência destes; (Morumbi e Lago Azul).

86. Reposição de servidores em todas as Unidades e Serviços da

SESAU; (Santa Bárbara).

87. Permanência de dois motoristas para serviço na USF Santa Bárbara e nas demais Unidades de Saúde da Família do interior; (Santa Bárbara).

88. Garantir o número de profissionais médicos adequados nas UBS's, USF's e nas UPA's; (Santa Bárbara).

89. Atendimento de Pediatria e Ginecologista e Generalista com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais em todas as Unidades Básicas de Saúde; (Pacaembu).

90. Solicitação de guarda patrimonial e atendente de farmácia na Unidade de Saúde Santos Dumont; (Santos Dumont e Santo Onofre).

91. Reposição do quadro de servidores (03 agentes comunitários de saúde, 01 técnico de enfermagem, 01 técnico em saúde bucal) da Unidade XIV de Novembro e ampliação de mais uma equipe de Saúde da Família para a USF XIV de Novembro e USF Guarujá; (XIV de Novembro e Guarujá).

92. Garantir a presença do profissional de Educação Física para trabalhar nos diversos grupos da unidade de saúde, praça, rua, salão comunitário e outros; (Claudete, Parque São Paulo e Maria Luíza).

93. Profissionais para programas de promoção à saúde (nutricionistas, educador físico, fisioterapeuta, com o objetivo prevenção de agravos NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família); (Sede Alvorada).

94. Capacitação permanente dos profissionais que atuam na área de saúde; (Los Angeles e Floresta).

95. Oferecer curso de libras para os atendentes das Unidades e Serviços da SESA; (Pacaembu).

96. Que a gestão ofereça curso de capacitação para os servidores lotados na secretaria municipal de saúde sobre como se relacionar

com as pessoas com deficiência; (Pessoas com deficiência - patologia).

97. Adicional de Saúde a todos os servidores que estão lotados nos serviços e não são contemplados por lei com o adicional de insalubridade; (Trabalhadores de Saúde).

98. Adequar o salário dos servidores de acordo com o piso salarial nacional de cada categoria; (Trabalhadores de Saúde).

99. Garantir que todas as categorias de profissionais que ocupem cargo de coordenação de unidades e/ou serviços recebam gratificação de dedicação exclusiva; (Trabalhadores de Saúde).

100. Garantir o pagamento das horas que excedem a carga horária de concurso juntamente com o Adicional de PSF para todos os servidores lotados em Estratégia de Saúde da Família; (Trabalhadores de Saúde).

101. Regulamentar o cargo de Instrutor de Informática junto a Secretaria de Saúde; (Trabalhadores de Saúde).

102. Criação do plano de cargos, carreiras e vencimentos exclusivo para os servidores da Secretaria Municipal de Saúde; (Trabalhadores de Saúde).

103. Revisar o cargo de Agente Comunitário de Saúde - ACS para que eles tenham a possibilidade de movimentação dentro do Distrito Sanitário à área correspondente; (Faculdade).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

104. Análise de ampliação da REMUME; (Colméia e Cataratas).

105. A Secretaria de Saúde disponibilizará os itens anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos para as unidades dos distritos (área rural); (Rio do Salto).

106. Garantir a disponibilidade de protocolos de medicamentos especiais e insumos para as unidades dos distritos; (São Salvador).

107. Garantir a participação do farmacêutico junto ao serviço de controle de infecção do município; (trabalhadores de saúde).

108. Que a coordenação da CAFI - Central de Abastecimentos Farmacêuticos e Insumos seja realizada exclusivamente pelo Farmacêutico; (Trabalhadores de Saúde).

109. Que as Farmácias Básicas realizem atendimento em regime de plantão nos finais de semana e feriados; (Trabalhadores de Saúde).

110. Ressarcir os custos ou fornecer medicamentos de alto custo, essencial, durante o internamento hospitalar; (Prestador de Serviço).

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

111. Reestruturar todas as UPA's de Cascavel para atendimento misto, conforme portarias do Ministério da Saúde.

112. Continuar o processo de implantação da rede de urgência e emergência com ênfase para as UPA's de acordo com critérios do Ministério da Saúde com prioridade para as regiões norte e oeste; (Santa Cruz, Santos Dumont, Santo Onofre, Brasmadeira e Interlagos).

113. Construção de Uma Unidade de Pronto Atendimento no Bairro Sanga Funda; (Brasmadeira e Interlagos).

114. Contratação de mais profissionais nas UPA's e melhoria da acomodação e alimentação dos acompanhantes, especialmente as lactantes; (Morumbi e Lago Azul).

115. Atenção ao fornecimento de atestado do dia para paciente que permanecer mais do que 3 horas no atendimento da UPA e que não necessite de repouso, a critério do médico assistente.

116. Melhoria da qualidade do atendimento realizado nas UPA;

(Santa Felicidade)

117. Encaminhar para comitê estadual de urgência e emergência reavaliar o fluxo do SAMU, para que, quando necessário, as urgências e emergências sejam deslocadas diretamente para o hospital; (Parque São Paulo e Maria Luíza).

118. Implantar Assistência Farmacêutica 24 horas nas Unidades de Pronto Atendimento, respeitando as legislações vigentes e plantão odontológico 24 horas nas UPA's; (Trabalhadores de Saúde).

SAÚDE MENTAL

119. Ampliação no número de oferta de atendimentos em saúde mental no CASM e ampliação da cobertura do matriciamento em saúde mental para todas as unidades básicas de saúde; (Los Angeles e Floresta).

120. Aumentar o número de equipe multiprofissional e de apoio e criação de equipes de NASFs para atender à demanda de saúde mental do município de Cascavel; (Rio do Salto).

121. Atendimento psicológico e psicopedagógico de crianças e adolescentes e criação de grupo para atendimento dos pais nas escolas e nas unidades básicas de saúde do Município de Cascavel; (São Salvador).

122. Implementação de programas de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas e tabaco, e coibir propagandas que incentivam o uso indiscriminado de drogas lícitas; (Prestador de Serviço, Aclimação e Palmeiras).

123. Destinar recursos para implementação de programas de prevenção e tratamento do uso drogas, bem como a capacitação dos profissionais; (Prestador de Serviço).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

124. Trabalho intersetorial entre Secretaria de Saúde por meio da vigilância em saúde, Secretaria de Obras, Agricultura, Meio Ambiente e demais secretarias responsáveis para diagnóstico e intervenção sobre a grande incidência do mosquito borrachudo, propondo formas de combate continuado, fornecendo os recursos necessários (recursos humanos e insumos) e orientando toda comunidade do Distrito para resolver o problema; (Sede Alvorada).

125. Regularizar a legislação municipal propondo a criação do Departamento de proteção e bem estar animal na estrutura da Secretaria Municipal de Meio Ambiente para efetivação do Centro de Zoonoses; (Santa Felicidade e Espigão Azul).

126. Ampliação e divulgação do Setor de Zoonose da Secretaria Municipal de Saúde para todo o município de Cascavel; (Canadá e São Salvador).

127. Criar o núcleo de saúde do trabalhador na Secretaria Municipal de Saúde; (Trabalhadores de Saúde).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

128. A Secretaria Municipal de Saúde por meio da Divisão de Saúde Bucal garanta a manutenção e compra de insumos, equipamentos e constante oferta de materiais em quantidade e qualidade para que o atendimento continuado; (Lago Azul, Morumbi e Santa Bárbara).

129. Implantação de Clínica Odontológica e Equipe de Saúde Bucal (ESB) na USF Cataratas; (Colméia e Cataratas).

130. A Secretaria Municipal de Saúde por meio da Divisão de Saúde Bucal viabilize a implantação garantia de atendimento do CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, para que não haja demanda reprimida; (Rio do Salto, Morumbi e Lago Azul).

131. Ampliação do setor odontológico com adequação e/ou

construção de escovário e espaço adequado para realização de raio-x; (São Francisco).

132. Oferta de atendimento odontológico de urgência e emergência no período noturno, finais de semana e feriados na UPA; (Morumbi e Lago Azul).

133. Disponibilizar cirurgião dentista conforme demanda da USF Maria Luíza; (Parque São Paulo e Maria Luíza).

134. Contemplar os cirurgiões dentistas lotados no CEO - Centro de Especialidades Odontológicas no Adicional de Especialidades, de acordo com a legislação vigente; (Trabalhadores de Saúde).

SERVIÇO DE APOIO

135. Melhorar a qualidade das linhas telefônicas das unidades de saúde, priorizando as unidades do interior.

136. Ampliação do transporte de pacientes para hemodiálise, fisioterapia e outros casos para todo município.

137. Planejamento e investimento em insumos para todas as unidades de saúde.

138. Aquisição de Equipamento/computador com acesso à internet para melhorar atendimento dos profissionais da USF Espigão Azul em quantidade suficiente para cada setor e mais uma linha telefônica na USF; (Espigão Azul).

139. Computadores e impressoras para todos os profissionais que atendem o usuário nas Unidades de Saúde em todas as unidades e serviços.

140. Ampliar o horário de atendimento da Central de Transporte Eletivo.

141. Realizar e agilizar a interligação dos sistemas de consulta e exames do CISOP e Unidades Básicas, para que a entrega das requisições e autorizações especialidades sejam realizadas exclusivamente pela unidade básica de referência; (Cancelli e Canadá).

142. Intensificar a fiscalização e avaliação dos atendimentos das especialidades, através de Comissões Específicas instituída no âmbito do Conselho Municipal de Saúde garantindo transparência; (São Salvador).

143. Otimizar a gestão dos recursos públicos e a fiscalização dos recursos disponíveis, através do controle e avaliação e aumento dos procedimentos executados, e solicitar aumento do reajuste da tabela SUS; (Neva).

144. Avançar no processo de descentralização de autorizações de exames para as unidades de saúde considerando o nível de gestão municipal; (Parque São Paulo e Maria Luíza).

145. Garantir que o acesso ao serviço de oncologia seja realizado pelo Sistema MV, respeitando a aplicação da Lei n.º 8.080 de 19/09/1990, sendo que os atendimentos devem ser prioritariamente prestados pelo estado não havendo condições poderá ser realizado pela filantropia e posteriormente a isso pela iniciativa privada; (Prestador de Serviço).

146. Intensificar as parcerias através de convênios entre o município de Cascavel e as Instituições de Ensino Superior a partir dos cursos na área de saúde no sentido de melhoria do atendimento e aproveitamento do capital humano das instituições; (Prestador de Serviço).

147. Revisão pelo Ministério da Saúde da tabela SIGTAP, para inclusão e/ou habilitação de procedimentos preventivos também aos prestadores da área especializada; (Prestador de Serviço).

148. Instituir pelo Ministério da Saúde o Programa de Melhoria do

Acesso e da Qualidade (PMAQ) para os prestadores de serviços credenciados ao SUS, com instituição de Selo de Qualidade; (Prestador de Serviço).

149. Viabilizar e incentivar a criação dos conselhos locais de saúde, garantir o seu pleno funcionamento.

ANEXOS

SISPACTO 2017 - CASCAVEL (PRELIMINAR)

Nº	INDICADOR	META 2017
1	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);	400,00
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) Investigado;	100%
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;	95,00%
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada;	100,00%
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	80,00%
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;	90,00%
7	Número de casos autóctones de malária;	N/A
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;	15
9	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos;	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;	90,00%
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;	0,67
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária;	0,62
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar;	43,00%
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos;	37,00%
15	Taxa de mortalidade infantil;	9,51%
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;	61,00%

18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF);	80,00%
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica;	45,00%
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano;	100%
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica;	100%
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue;	04
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação notificações de agravos relacionados ao trabalho".	100%

INDICADORES PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS) - PORTARIA Nº 2984/2016.

N.º	META	INDICADOR
1	90% (noventa por cento) de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.
2	90% (noventa por cento) de registros de nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.
3	80% (oitenta por cento) das salas de vacina do Município com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) por município.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no SI-PNI
4	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríple viral (1ª dose)	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríple viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
5	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante	Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)
6	50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.	Número de semanas epidemiológicas com informações no SINAN.
7	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.
8	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.
9	4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
10	80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.
11	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
12	2 testes de sífilis por gestante.	Número de testes de sífilis por gestante.
13	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	Número de testes de HIV realizado.

14	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
15	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

VIGIASUS

Item	Ação	Descrição da Ação
1.1	Número de Semanas Epidemiológicas com informação no SINAN	Digitar e transferir, pelo menos uma informação das doenças e agravos de notificação compulsória (Individual, Epizootia, Surto ou Negativa) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em no mínimo 50 semanas epidemiológicas (SE) por ano pelo município de notificação
1.2	Proporção de registros de doenças de notificação imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Investigar e encerrar no mínimo 80% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) em até 60 dias após a notificação, do total registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por município de residência e período.
1.3	Proporção de óbitos fetais investigados.	Investigar no mínimo 95% dos óbitos fetais registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e digitar os dados no módulo de investigação do SIM-Web em até 120 dias após a ocorrência do evento, por município de residência e período.
1.4	Proporção de óbitos infantis investigados.	Investigar no mínimo 93% dos óbitos infantis registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e digitar os dados no módulo de investigação do SIM-Web em até 120 dias após a ocorrência do evento, por município de residência e período.
1.5	Proporção de óbitos maternos investigados.	Investigar 100% dos óbitos maternos declarados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e digitar no módulo de investigação do SIM-Web em até 120 dias após a ocorrência do evento por município de residência e período.
1.6	Proporção de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF) investigados.	Investigar no mínimo 97% dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF) registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e digitar no módulo de investigação do SIM-Web em até 120 dias após a ocorrência do evento, por município de residência e período.
1.7	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Definir no mínimo 96% da Causa Básica dos óbitos não fetais registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em até 120 dias após a ocorrência do evento, por município de residência e período.
1.8	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Digitar e transferir no mínimo 90% dos registros de óbitos não fetais no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em até 60 dias após o final do mês de ocorrência em relação aos esperados, segundo município de residência e período.
1.9	Proporção de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Digitar e transferir no mínimo 90% dos registros de nascimentos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em relação aos esperados, em até 60 dias após o final do mês de ocorrência segundo município de residência e período.
1.10	Notificar, investigar e encerrar todo caso suspeito de Doença Exantemática (Sarampo ou Rubéola), por critério laboratorial.	Notificar no SINAN - NET todo caso suspeito de Sarampo ou Rubéola realizando coletas de amostras para sorologia e swab de nasofaringe e/ou urina através do Lacen/ FIOCRUZ, para encerramento dos casos por critério laboratorial.

1.11	Notificar, investigar e encerrar oportunamente no SINAN - NET todo caso suspeito de Coqueluche conforme portaria vigente.	Notificar, investigar e encerrar oportunamente os casos suspeitos de coqueluche notificados conforme portaria vigente.
1.12	Informar semanalmente no SIVEP DDA a ocorrência ou não de casos de doença diarreica aguda (DDA), atendidos nas Unidades Sentinela de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA).	Registrar semanalmente no SIVEP DDA a ocorrência ou não de DDA nas Unidades Sentinela, possibilitando assim a detecção de alteração do perfil epidemiológico das doenças diarreicas agudas no município.
1.13	Coletar amostra de swab de oro e nasofaringe combinado ou de lavado broncoalveolar, de todo caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados (leito regular e/ou UTI) ou de óbitos, com notificação no SINAN Influenza Web.	Coletar amostras biológicas (swab combinado de naso e orofaringe ou lavado bronco-alveolar) de pacientes internados em leitos regulares e/ou UTI ou nos casos de óbitos por SRAG, as quais devem ser encaminhadas ao Lacen. Notificar o caso no SINAN Influenza Web.
1.14	Realizar exames dermatoneurológicos dos contatos domiciliares de casos novos de hanseníase, diagnosticados no ano vigente e registrados no SINAN - NET.	Realizar exame dermatoneurológico (pele e nervos periféricos) dos contatos domiciliares de casos novos de hanseníase no ano vigente e atualizar os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - NET).
1.15	Realizar avaliação do grau de incapacidade física do paciente, na alta por cura, dos casos de hanseníase registrados no SINAN - NET no ano vigente.	Realizar exame dermatoneurológico do paciente para avaliação do grau de incapacidade física, no momento da alta por cura de hanseníase, do ano vigente, registrados no SINAN - NET. Atualizar os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - NET).
1.16	Cobertura vacinal para todos os grupos etários contemplados no calendário de vacinação nacional e de Campanhas.	Avaliar quadrimestralmente as coberturas vacinais propostas por meio dos Relatórios de Acompanhamento mensal do SIPNI/ Web
1.17	Monitorar os serviços de saúde que realizam vacinas (sala de vacina) quanto às boas práticas de vacinação.	Supervisionar periodicamente - Epidemiologia e VISA - na rede de imunização local - rede de frio, salas de vacinação - observando as condições da área física, armazenamento dos Imunobiológicos, técnica de aplicação das vacinas.
1.18	Digitar e transmitir mensalmente os dados de vacinação (Registro de Vacinado e Movimentação de imunobiológico) no SIPNI.	Registrar nominalmente o procedimento de vacinação (registro do vacinado) e transmitir os dados mensalmente assim como a movimentação de imunobiológicos. A digitação dos dados permite a avaliação da dinâmica da cobertura vacinal, a partir do registro dos vacinados e movimentação de imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional de vacinados, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Além de possibilitar o controle do estoque de imunobiológicos e programar sua aquisição e distribuição.

1.19	Notificar e investigar qualquer evento adverso pós-vacinação categorizado como leves, moderados, grave, segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós vacinação - EAPV.	Notificar a ocorrência de qualquer evento adverso pós-vacinação categorizado de acordo com o Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) e ou notas técnicas do PNI/MS. A investigação proporciona a elucidação do EAPV, mediante o acompanhamento do paciente, para a confirmação ou descarte do caso. Obs.: Notificar: é a comunicação da ocorrência de determinado agravo à saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Qualquer EAPV grave e ou óbito deve-se informar, imediatamente, por telefone, fax ou e-mail, e notificar no SI-EAPV online. Investigar: é um método de trabalho utilizado para esclarecer a ocorrência de agravos, tendo como objetivo confirmar o diagnóstico, determinar as características epidemiológicas do agravo, identificar as causas para orientar condutas e medidas de prevenção e controle.
1.20	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade.	Monitorar e acompanhar os casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade por meio do SINAN-NET. OBS: Essa ação corresponde a um indicador do SISPACTO e do PQA-VS, com relevância nas ações de controle e monitoramento para a redução transmissão vertical da sífilis congênita.
1.21	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 05 anos.	Diagnosticar HIV na gestante e iniciar a terapia Anti retroviral (TARV) segundo protocolo do MS, com objetivo de evitar a transmissão vertical do HIV.
1.22	Aumentar o número de testes de HIV realizados.	Intensificar a testagem rápida e/ou convencional do HIV, por meio do teste rápido ou convencional, facilitando o acesso ao diagnóstico do HIV.
1.23	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite B na população geral.	A ocorrência de casos confirmados de Hepatite B será verificada pela taxa de detecção. O número de casos do determinado período será dividido pela população total/geral, multiplicado por 100 mil. - Obter o incremento de 1% na taxa de detecção de Hepatite B em relação à taxa obtida no ano anterior, com o objetivo de conhecer o cenário epidemiológico, qualificar as ações da vigilância e ampliar a capacidade diagnóstica de cada região, por meio da implementação das estratégias recomendadas pelo Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDAHV/MS).
1.24	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite C na população geral.	A ocorrência de casos confirmados de Hepatite C será verificada pela taxa de detecção. O número de casos do determinado período será dividido pela população total/geral, multiplicado por 100 mil. - Obter o incremento de 1% na taxa de detecção de Hepatite C em relação à taxa obtida no ano anterior, com o objetivo de conhecer o cenário epidemiológico, qualificar as ações da vigilância e ampliar a capacidade diagnóstica de cada região, por meio da implementação das estratégias recomendadas pelo Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDAHV/MS).

1.25	Aumentar a proporção de Sintomáticos Respiratórios (SR) identificados e examinados com o objetivo da detecção precoce de casos de tuberculose.	O sintomático respiratório é todo usuário com tosse por 2* a 3 semanas ou mais. Estima-se que 1% da população da área de abrangência seja SR durante um ano. O SR - usuário com tosse por 2* a 3 semanas ou mais - é um dos grupos de maior probabilidade diagnóstica para tuberculose pulmonar. Serão considerados SR examinados os indivíduos que forem avaliados clinicamente e por exames laboratoriais: baciloscopia, e/ ou teste rápido molecular (TRM) e/ou cultura para BAAR no escarro. * Considerar 2 semanas de tosse para as seguintes populações especiais: crianças, idosos, institucionalizados, profissionais de saúde, indígenas, População Privada de Liberdade (PPL); Considerar qualquer tempo de tosse: moradores em situação de rua e HIV positivos.
1.26	Aumentar a proporção de contatos examinados, de casos novos de tuberculose, com o objetivo da detecção precoce de casos da doença.	Realizar investigação dos contatos identificados, conforme norma vigente, para diagnóstico precoce de casos de doença ativa ou latente. Contato: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da tuberculose. Esse convívio pode acontecer em casa ou em ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola e outros
1.27	Aumentar a proporção de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose.	Realização do teste rápido ou sorologia anti-HIV para todo caso novo de tuberculose. Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. OBS: A Tuberculose é a primeira causa de óbito em pacientes portadores de HIV/AIDS. Sua identificação precoce associado ao tratamento para Tuberculose e o início do tratamento antiretroviral para os casos HIV positivos, tornam-se importantes para que o aumento da cura e diminuição da letalidade sejam alcançados (SISPACTO).
1.28	Aumentar a proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial.	Realizar baciloskopias de controle mensal para acompanhamento do paciente diagnosticado para TB por confirmação laboratorial, para garantia de encerramento dos casos por critério de cura.
1.29	Aumentar a proporção de realização de cultura para BAAR nas situações indicadas.	Solicitar cultura para BAAR nos serviços de saúde e encaminhar a amostra para o laboratório que se submete ao controle de qualidade do Lacen PR e registra os exames no GAL, conforme normas vigentes. Para avaliação desta ação serão consideradas as culturas realizadas no momento do diagnóstico para os seguintes pacientes: Em retratamento (recidiva ou reingresso após abandono); Pessoas HIV positivas; Pessoas privadas de liberdade; Profissionais de saúde; com baciloscopia de escarro negativa no momento do diagnóstico. Imigrantes População em situação de Rua, pacientes com resultado de Teste Rápido Molecular (TRM) detectável – Cultura é Padrão ouro no diagnóstico, visto que o TRM detecta o DNA do bacilo vivo ou morto (somente para os locais que possuem o TRM - GENEXPERT).
1.30	Reduzir 0,25% ao ano, em relação ao ano anterior, a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Monitorar os dados de mortalidade das DCNT e realizar intervenções no grupo das DCNT e seus fatores de risco para redução de mortes prematuras.

1.31	Unidade de Saúde com serviço de notificação contínua da Violência Interpessoal e Autoprovocada.	Ampliar o número de Unidades de Saúde com serviços de notificação contínua da violência interpessoal e autoprovocada.
1.32	Realizar coleta de Líquor para todo caso suspeito de Meningite ou Doença Meningocócica.	Coletar Líquor de todo caso suspeito de Meningite ou Doença Meningocócica, para identificação do agente etiológico e adoção de medidas de controle e prevenção adequadas e em tempo hábil. OBS: Esta ação refere-se somente a coleta do líquor e é de responsabilidade do município/serviço de internação do paciente. Os municípios que tiveram caso de meningite, porém o paciente foi internado/atendido em outro município, devem informar Ausência de Caso - A/C, referindo-se a "coleta de líquor".
1.33	Realizar a vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) a partir da detecção precoce dos casos suspeitos.	Subsidiar os processos de planejamento, execução e avaliação das ações relacionadas à vigilância e controle da LVH no âmbito municipal com vistas à captação de casos novos e redução da letalidade por Leishmaniose Visceral no Estado. Tornar os serviços de saúde dos municípios de residência sensíveis à detecção precoce de casos, por meio das Unidades de Saúde, com vistas a conduzir o diagnóstico laboratorial e o tratamento oportuno e adequado. Trata-se de notificar - pela esfera municipal - e submeter precocemente ao diagnóstico laboratorial 100% dos casos suspeitos de LV em até 15 dias de início dos sintomas.
1.34	Encerrar os casos de Leishmaniose Tegumentar (LTA) por critério Laboratorial.	Ampliar o encerramento dos casos de LTA por critério laboratorial é de grande importância, pois se trata de doença que possui diagnóstico diferencial com outras numerosas dermatoses e o medicamento disponível para seu tratamento pode causar sérios efeitos colaterais.
1.35	Realizar investigação entomológica das unidades domiciliares notificadas quanto à presença de triatomíneos.	Realizar investigação entomológica nas unidades domiciliares notificadas quanto à presença de triatomíneos, comunicação feita por vigilância passiva ou ativa, conforme Nota Técnica MS nº 36 ou outra que a substituir.
1.36	Realização exame para pesquisa de Malária	Realizar exame laboratorial para pesquisa de Malária nos casos suspeitos desta doença.
1.37	Investigar óbitos suspeitos de dengue	Investigar óbitos suspeitos de dengue. A investigação adequada dos óbitos suspeitos de dengue pela vigilância epidemiológica municipal subsidia a reorganização da rede assistencial Recomenda-se o preenchimento de 100% das variáveis da ficha de investigação de dengue do SINAN (campos de 56 a 68) para todos os casos que evoluíram para óbito. Exemplo: Unidade de medida: Óbitos investigados. Quantitativo programado: Proporção. Capacitar Assistência para implantação de classificação de risco no manejo do paciente de dengue atendendo a Nota Técnica à Vigilância Epidemiológica e Atenção à Saúde (Assistência) dos Municípios do Paraná para atendimento aos pacientes com dengue e os manuais do Ministério da Saúde sobre manejo clínico da dengue e algoritmo de classificação de risco e manejo do paciente com dengue.
1.38	Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue nos municípios infestados.	Dos ciclos de visita domiciliares/ano realizar pelo menos 04 ciclos com 80% de cobertura em cada ciclo Realizar visitas domiciliares para eliminação de criadouros de Aedes Aegypti, conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais de Controle da Dengue.
1.39	Realizar Levantamento de Índice de Infestação.	Realizar levantamento de Índice de Infestação a fim de monitorar a introdução vetorial e infestação, conforme as Diretrizes do MS.

1.40	Envio de amostras para a Pesquisa de Arbovirus (tipificação da Dengue).	Coletar e encaminhar amostras em tempo oportuno para pesquisa de Arbovirus, de acordo com o Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen/PR e Nota Técnica - NT 01/2016 CEVA/DVDTV - Lacen/PR
1.41	Realizar vigilância das taxas de colinesterase plasmática em trabalhadores expostos a inseticidas	Realizar exames de sangue para pesquisa de inibidores de acetilcolinesterase em 100% de trabalhadores que manipulam inseticidas no combate a dengue. Deve ser realizado exame admissional para parâmetro basal do profissional.
1.42	Realizar o monitoramento do vírus rábico em cães	Encaminhar amostras de cães, com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial, de acordo com o Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen/PR.
1.43	Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos e outras espécies de mamíferos enviando amostra do animal, com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	O monitoramento de circulação viral em morcegos, gatos e mamíferos silvestres é importante para realizar as ações de controle e prevenção. Considera-se como suspeito para raiva, todo morcego encontrado em situação não habitual, tais como: encontrado caído no chão, em cortinas, nas paredes ou em teto durante o dia. Considera-se como suspeito para raiva, gatos que morreram com sintomatologia neurológica ou mamíferos silvestres encontrados mortos em seu ambiente natural ou não.
1.44	Realizar ações de vigilância epidemiológica e ambiental Hantavirose e/ou Leptospirose.	Todas as notificações de Hantavirose e/ou Leptospirose deverão ser investigadas quanto à qualidade da notificação em relação à completude e inconsistência.
1.45	Realizar ações de vigilância epidemiológica e ambiental dos acidentes causados por animais peçonhentos.	Toda notificação de acidentes por animais peçonhentos deverá ser investigada quanto à qualidade da notificação em relação à completude e inconsistência
1.46	Realizar monitoramento de animais peçonhentos de importância médica.	Encaminhar sistematicamente amostras para identificação de animais peçonhentos, causadores ou não de acidentes. Elaborar plano de ação visando à divulgação das medidas de prevenção de acidentes e controle quando necessário.
1.47	Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA, com atividades de amostragem e envio para o laboratório de referência e análise de campo para os parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Realizar de forma contínua a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde relacionados ao consumo de água fora dos padrões de potabilidade, exigidos pela Portaria MS nº 2914/2011. Trata-se do percentual de amostragem de análises realizadas para o parâmetro "coliformes totais", e medição/análise em campo para os parâmetros de "cloro residual livre" e "turbidez" objetivando alcançar o preconizado na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem.
1.48	Alimentar os dados referentes ao controle da qualidade da água para consumo humano no SISAGUA.	Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à vigilância em saúde ambiental, visando à prevenção de riscos à saúde decorrente do consumo de água. Trata-se do percentual de meses em que os dados foram inseridos dentro do prazo estabelecido, sobre o Controle da qualidade da água para consumo humano, no ano de referência. Dados estes recebidos dos responsáveis pelo Controle de SAA e SAC. Avaliar o percentual de dados do Controle alimentados no SISAGUA relativos aos CADASTROS existentes de SAA e SAC, considerando o respectivo prazo estabelecido para o quadrimestre, bem como avaliação da execução do Plano de Amostragem do Controle, submetido anualmente para apreciação da Vigilância.

1.49	Alimentar os dados referentes à vigilância da qualidade da água para consumo humano no SISAGUA.	Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à vigilância em saúde ambiental, visando à prevenção de riscos à saúde decorrente do consumo de água. Trata-se do percentual de meses em que os dados foram inseridos dentro do prazo estabelecido, sobre a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, no ano de referência. Avaliar o percentual de dados de Vigilância alimentados no SISAGUA relativos aos CADASTROS existentes de SAA, SAC e SAI, considerando o respectivo prazo estabelecido para o quadrimestre, bem como avaliação da execução do Plano de Amostragem da Vigilância seguindo o quantitativo obrigatório (Diretriz Nacional) de acordo com o porte populacional do município.
1.50	Cadastramento de áreas suspeitas com solo contaminado e alimentação das informações no SISSOLO.	Disponibilizar de profissional capacitado para realizar ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a áreas Contaminadas - VIGISOLO com cadastramento de áreas suspeitas com solos contaminados e alimentação das informações no Sistema SISSOLO.
VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL - ELENCO 2		
2.1	Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA, com Inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água - SAA.	Efetuar a inspeção/vistoria com o intuito de verificar nos Sistemas de Abastecimento de Água, a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo a saúde individual ou coletiva e/ou meio ambiente, devendo o Setor de Vigilância utilizar de roteiro específico e os instrumentos legais pertinentes a cada situação, estabelecendo medidas corretivas e de prevenção junto aos responsáveis.
2.2	Realizar ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a áreas Contaminadas - VIGISOLO, com atividades de qualificação das áreas cadastradas com propostas de intervenção.	Planejar, desenvolver e definir ações estratégicas e prioritárias objetivando propor ações para intervenção do setor saúde nas áreas a serem selecionadas como crítica, com confirmação da suspeita da população exposta ao contaminante.
VIGILÂNCIA AMBIENTAL - ELENCO 3		
3.1	Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA, com suporte próprio para análise de água através de laboratório municipal, intermunicipal ou contratado.	Realizar a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde relacionados ao consumo de água fora dos padrões de potabilidade, exigidos pela Portaria MS nº 2914/2011, através de análises laboratoriais de forma suplementar ao que é disponibilizado pela rede estadual de laboratórios. O município com recursos próprios buscará a estruturação da Referência Laboratorial complementar (municipal, intermunicipal ou contratado), laboratório este devidamente cadastrado pelo Lacen, visando atingir 100% da meta preconizada pelo quantitativo da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, minimamente para o parâmetro Coliforme Total, e o cumprimento da meta do PQAVS / MS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde).
3.2	Realizar Plano de Contingência em Saúde para atendimento a situação de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos.	Plano de Contingência em Saúde para atendimento a situação de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos, que aborda todas as situações de competência da Vigilância em Saúde.
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ELENCO 1		

1.51	Inserir ações de Vigilância Sanitária no Plano Municipal de Saúde, com base no diagnóstico situacional local e explicitar sua operacionalização na Programação Anual de Saúde.	Desenvolver um diagnóstico situacional com base na realidade local, elaborar e executar um Plano de Ação de Vigilância Sanitária.
1.52	Cadastrar os estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária.	Cadastro dos estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária consiste no levantamento mediante busca ativa de todos os estabelecimentos sob ação da vigilância sanitária no município.
1.53	Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos do GRUPO 1.	Inspeção sanitária consiste em verificar, no estabelecimento, a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, devendo o Setor de VISA utilizar a legislação sanitária vigente, pertinente a cada estabelecimento
1.54	Realizar o registro dos procedimentos de Vigilância Sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, conforme legislação vigente.	Realizar atividades educativas e ações de informação em Vigilância Sanitária.
1.55	Receber, atender e documentar as denúncias, reclamações e demandas relacionadas à Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.	Consiste em receber, atender e documentar notificações de eventos adversos e queixas técnicas, bem como atender pedidos de informações e reclamações referentes a temas de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, oriundos do usuário ou de órgãos externos, como o Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde, ANVISA, Conselhos de Classe, órgãos de fiscalização, outros.
1.56	Receber, atender e documentar as denúncias, reclamações e demandas relacionadas à Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.	Consiste em receber, atender e documentar notificações de eventos adversos e queixas técnicas, bem como atender pedidos de informações e reclamações referentes a temas de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, oriundos do usuário ou de órgãos externos, como o Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde, ANVISA, Conselhos de Classe, órgãos de fiscalização, outros.
1.57	Realizar coleta e envio de amostras para monitoramento da qualidade de produtos e serviços de interesse à saúde (alimentos, medicamentos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes, produtos para a saúde).	Consiste em realizar coletas de amostras de produtos de interesse a saúde para investigação de desvio de qualidade ou evento adverso relacionado a produtos e serviços, e atendimento de demandas de Programas de monitoramento da qualidade próprios estabelecidos pelo Estado ou pela ANVISA.
1.58	Executar medidas administrativo-sanitárias.	As medidas administrativo-sanitárias devem ser adotadas quando constatadas irregularidades decorrentes das ações de Vigilância Sanitária, conforme previsto no artigo 521 do Código Sanitário do Paraná (Decreto nº 5711/2002). As medidas administrativas são: Termo de Intimação, Auto de Infração, Termo de Interdição Cautelar e Termo de Apreensão Cautelar.
1.59	Instaurar Processo Administrativo Sanitário.	O Processo Administrativo Sanitário deve ser instaurado em função de lavratura de Auto de Infração, para fins de apurar e julgar a infração constatada. Deverá conter instrução, julgamento e conclusão dos processos de acordo com o rito processual estabelecido no Código Sanitário do Estado, Município.

1.60	Julgar os Processos Administrativos Sanitários instaurados.	Julgar os Processos Administrativos Sanitários instaurados seguindo o rito processual estabelecido.
1.61	Qualificar servidores da Vigilância Sanitária.	Realizar qualificação e capacitação dos servidores da Vigilância Sanitária ou oportunizar a participação dos técnicos nas capacitações oferecidas pertinentes ao tema e área de atuação
1.62	Registrar Ações de Vigilância Sanitária no SIEVISA ou em Sistema Próprio de Vigilância Sanitária.	Consiste no acesso e alimentação regular das ações de Vigilância Sanitária no SIEVISA ou Sistema Próprio de Vigilância Sanitária. O SIA-SUS não será considerado para essa ação.
1.63	Realizar ações de vigilância sanitária relacionadas à investigação de surtos por Doenças Transmissíveis por Alimentos - DTA's.	Consiste em realizar investigação de surtos de DTA's, no que se referem às atribuições da Vigilância Sanitária, tais como inspecionar o local da produção do alimento suspeito pelo surto coletar amostras relacionadas ao surto e elaborar os relatórios, preliminares e conclusivo, em conjunto com a vigilância epidemiológica
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ELENCO 2		
2.3	Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos do GRUPO 2.	Inspeção sanitária consiste em verificar, no estabelecimento, a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, devendo o Setor de VISA utilizar a legislação sanitária pertinente a cada estabelecimento.
2.4	Analisar projetos arquitetônicos em estabelecimentos do Grupo 2.	A análise de projetos arquitetônicos consiste em verificar se o projeto de instalações físicas e fluxos de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária atendem à legislação sanitária vigente. A aprovação é feita quando o projeto atende aos requisitos legais.
2.5	Fiscalizar e exigir dos hospitais a notificação das taxas de infecção hospitalar no SONIH-PR.	Consiste em monitorar os hospitais quanto à regularidade mensal da notificação das taxas de infecção hospitalar no SONIH-PR, adotando as medidas para aqueles serviços que não estão notificando
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ELENCO 3		
3.3	Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos do GRUPO 3.	Inspeção sanitária consiste em verificar, no estabelecimento, a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, devendo o Setor de VISA utilizar a legislação sanitária pertinente a cada estabelecimento.
3.4	Elaborar e enviar relatórios de inspeção ou roteiros de inspeção dos estabelecimentos do Grupo 3.	Consiste em elaborar relatórios ou roteiros de inspeção e enviá-los à Regional de Saúde/Centro de Vigilância Sanitária ou Sistema CANAIS.
3.5	Monitorar, notificar e realizar investigação de queixas técnicas.	Realizar investigação de queixas técnicas de produtos de interesse à saúde, notificados e retroalimentar as informações no NOTIVISA.
3.6	Monitorar, notificar e realizar investigação de eventos adversos.	Consiste na investigação de eventos adversos de produtos de interesse à saúde, serviços de saúde, sangue e hemocomponentes (hemovigilância do doador e receptor), no âmbito do seu território, notificados no NOTIVISA, SHTWEB da SESA/PR e também oriundos de denúncias, demandas de órgãos externos, alertas sanitários e da imprensa.

3.7	Realizar investigação, em conjunto com a vigilância epidemiológica, de surtos de infecção relacionadas à assistência à saúde.	Consiste no monitoramento e investigação de surtos de infecção nos serviços de atenção à saúde no âmbito do seu território.
3.8	Analisar projetos arquitetônicos em estabelecimentos do Grupo 1, 2 e 3.	A análise de projetos arquitetônicos consiste em verificar se o projeto de instalações físicas e fluxos de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária atendem à legislação sanitária vigente. A aprovação é feita quando o projeto atende aos requisitos legais.
3.9	Implementar Procedimentos Operacionais Padrão Pactuados em Tripartite.	Harmonizar, elaborar e executar POP de acordo com a RDC 34/2013.
INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTAS A EMERGÊNCIA DE SAÚDE - ELENCO 1		
1.64	Notificar ao CIEVS Paraná, em 24 horas, casos, surtos, ou óbitos suspeitos de doenças emergentes e reemergentes e/ou agravos inusitados em humanos e/ou em animais (epizootias); investigar e coletar amostras biológicas e/ou outras, conforme Portarias nº 204 e 205/2016 ou outra que a substitua.	Notificação ao CIEVS Paraná de casos, surtos, ou óbitos suspeitos de doenças emergentes e reemergentes; agravos inusitados; num período de 24 horas do conhecimento do evento, ao CIEVS, pelo www.saude.pr.gov.br , no banner CIEVS "Notifique aqui" ou pelo endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5376 , bem como, investigar; coletar amostras biológicas e/ou outras, e encerrar o caso oportunamente, conforme Portarias nº 204 e 205/2016 ou outra que as substitua.
1.65	Acompanhar e participar, em parceria com outros órgãos, do atendimento a situação de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos e eventos de massa, com notificação adequada.	Disponibilização de equipe multidisciplinar de vigilância em saúde preparada para desenvolver ações de vigilância em saúde no atendimento a situações de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos.
SAÚDE DO TRABALHADOR - ELENCO 1		
1.66	Inserir ações de ST no Plano Municipal de Saúde e explicitar sua operacionalização na Programação Anual de Saúde.	O município deve elencar ações prioritárias de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e inclui-las no Plano Municipal de Saúde, explicitando as Metas, Ações e Recursos na Programação Anual de Saúde (PAS). Sugere-se que as ações a serem desenvolvidas contemplem, preferencialmente, as ações do VIGIASUS e outras ações conforme a realidade local, baseadas no diagnóstico de situação em ST. Sugere-se que as ações a serem desenvolvidas contemplem, principalmente, as ações do VIGIASUS e outras ações conforme a realidade local, baseadas no diagnóstico de situação em ST.

1.67	Notificar os agravos da ST no SINAN e preencher o campo ocupação.	Os serviços de saúde deverão notificar no SINAN os seguintes agravos relacionados ao trabalho conforme a legislação vigente (Portarias nº 204 e nº 205 de 2016 e/ou de acordo com a legislação mais atual): Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; Acidente de trabalho com mutilações; Acidentes de trabalho em crianças e adolescentes; Acidente de trabalho fatal; Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho; Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; Transtornos Mentais relacionados ao trabalho; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, gases tóxicos e metais pesados). Obs: Lembrando que o estado do Paraná, por meio da Nota Técnica 001/2014, afirma que todos os estabelecimentos de saúde com Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são unidades notificadoras dos agravos da ST
1.68	Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais e envolvendo crianças e adolescentes (ATG).	Os acidentes de trabalho que resultam em óbitos, mutilações e que acometem crianças e adolescentes (ATG) deverão ser 100% investigados pela equipe de vigilância do município para a intervenção na causa que gerou o acidente. Desta forma, pode-se prevenir a ocorrência de novos acidentes.
1.69	Desenvolver ações para a erradicação do trabalho infantil e acidentes de trabalho com crianças e adolescentes.	Realizar ações de prevenção e educação, com a participação da rede de erradicação do trabalho infantil e de proteção ao trabalhador adolescente.
1.70	Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em ST.	Os gestores municipais devem proporcionar as condições necessárias à participação dos técnicos nas capacitações de Saúde do Trabalhador propostas no VIGIASUS.
1.71	Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal.	A vigilância sanitária deve observar as condições e processos de trabalho dos trabalhadores nos estabelecimentos de interesse à saúde já assumidos e inspecionados rotineiramente pela equipe da VISA.
1.72	Realizar ações de ST no ramo da construção civil.	No Paraná foi eleito o ramo da construção civil como prioritário para o desenvolvimento de ações de VISAT, conforme consta no documento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná. As ações devem prever inspeções em ambientes e processos de trabalho, a organização da assistência aos trabalhadores, ações de prevenção e a participação do controle social.
1.73	Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho dos frigoríficos/abatedouros.	Realizar inspeções de ambientes e processos de trabalho nos frigoríficos/abatedouros. No Paraná o ramo dos frigoríficos/abatedouros foi eleito como prioritário para o desenvolvimento de ações de VISAT conforme consta no documento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná.
1.74	Realizar ações de ST no trabalho rural.	No Paraná foi eleito o trabalho rural como prioritário para o desenvolvimento de ações de VISAT, conforme consta no documento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná. As ações devem prever inspeções e/ou outras ações em ambientes e processos de trabalho, a organização da assistência aos trabalhadores, ações de prevenção e a participação do controle social.

1.75	Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nas empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos.	As indústrias formuladoras e de síntese de agrotóxicos deverão ser inspecionadas devido ao grande potencial de contaminação por agrotóxicos nos trabalhadores, meio ambiente e população do entorno. Os municípios que possuem estas empresas são: Campo Largo, São José dos Pinhais, Palmeira, Cascavel, Jandaia do Sul, Arapongas, Londrina e Manoel Ribas.
SAÚDE DO TRABALHADOR - ELENCO 2		
2.6	Realizar vigilância dos ambientes de trabalho em mais dois (02) ramos/atividades a serem priorizados no território.	O município deverá elencar mais dois ramos produtivos/atividades prioritárias, além das ações do elenco 1, para realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho. A escolha dos ramos deve partir do diagnóstico da ST do município e constar na Programação Anual de Saúde - PAS.
SAÚDE DO TRABALHADOR - ELENCO 3		
3.10	Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho em mais três (03) ramos prioritários de acordo com o perfil produtivo existente no território.	Considerando que os municípios do elenco 3 devem realizar as ações previstas nos elencos 1 e 2, estes deverão escolher mais 1 ramo, para realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho, portanto os municípios deste elenco realizará ações em mais 3 ramos prioritários. A escolha dos ramos deve partir do diagnóstico da ST do município e constar no plano municipal de ST.
LABORATÓRIOS - ELENCO 1		
1.76	Preenchimento da ficha cadastral dos laboratórios clínicos, analíticos e postos de coleta de sua área de abrangência para atualização do SESLAB/LACEN/PR.	Preencher ficha de atualização cadastral dos laboratórios clínicos e analíticos e, postos de coleta e enviar à Regional de Saúde para que o Lacen/PR realize a atualização no SESLAB - Lacen/PR de acordo com a Resolução Estadual Nº 0610/2010
1.77	Participação dos profissionais dos laboratórios públicos nas capacitações ofertadas pelo Lacen/Laren/PR ou por intermédio dos seus multiplicadores.	Participação dos profissionais dos laboratórios públicos em processos de qualificação promovidos pelo Lacen/Laren/PR ou por intermédio dos seus multiplicadores.
1.78	Participação dos laboratórios municipais nos programas de Controles Externos da Qualidade.	Contratar serviços de controle externo da qualidade.
1.79	Participação dos laboratórios municipais nos programas de Controles Externos da Qualidade ofertados pelo Lacen/PR.	Encaminhar as lâminas de baciloscopia para Tuberculose, e/ou Hanseníase ao Lacen/PR.
Encaminhar lâminas de pesquisa de Malária para revisão e controle de qualidade ao Lacen/PR.		
Encaminhar amostras positivas, negativas e inconclusivas de sorologia para Chagas de acordo com os números estabelecidos pelo Ministério da Saúde		
1.80	Envio de amostras ao Lacen/PR atendendo aos requisitos de aceitação de amostras.	Encaminhar amostras ao Lacen/PR atendendo aos requisitos de aceitação de amostras segundo o Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen/PR e Manual de Coleta e Envio de Amostras de Vigilância Sanitária e Ambiental ao Lacen/PR
LABORATÓRIOS - ELENCO 2		
2.7	Monitorar a execução das recomendações realizadas pelo do Lacen/Laren junto aos laboratórios supervisionados no município.	Monitorar o atendimento às recomendações de melhorias identificadas no processo de supervisão aos laboratórios realizadas pelo Lacen/Laren.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8080, 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. Brasília, 1990.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde/ Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva : instrumentos básicos. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2. ed.. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. 1a ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 13 Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor para a Implementação dos Dispositivos do Decreto Nº 7.508/2011. Grupo Executivo Do Contrato Organizativo De Ação Pública. Aspectos sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Instrumentos para a Gestão do SUS nos municípios: Plano Municipal de Saúde - PMS Programação Anual de Saúde - PAS Relatório Anual de Gestão - RAG. Maio, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portal da Saúde. Vigilância em Saúde.

BRASIL. Portal da Saúde. Análises Epidemiológicas. Contido em: [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1587](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1587).

CASCADEL. Secretaria Municipal de Educação. Cascavel: material de apoio e pesquisa. Cascavel: Educativa, 1988.

CASCADEL. Secretaria Municipal de Planejamento. Perfil do Município 2003/2004. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/se-plan/pagina.php?>

CHIAVENATO, I. Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do município de Cascavel. Dezembro, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015. Curitiba: SESA, 2013.

PIAIA, V.. A Ocupação do Oeste Paranaense e a formação de Cascavel: as singularidades de uma cidade comum. Niterói: UFF/Programa de Pós-Graduação em História - UNIOESTE, 2004. (Tese de Doutorado em História).

SPERANÇA, A.. Cascavel: a história. Curitiba: Lagarto, 1992.

ZANATTA, L.A. Reconstituição Histórica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP (1977 – 2003). Monografia (graduação em enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003.

OBJETIVOS GLOBAIS

para o Desenvolvimento Sustentável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Pernambuco, 1900 - Centro
Cascavel/PR - CEP 85810-021
Telefones: (45) 3392-6600 / 3392-6604
gabinetesau@cascavel.pr.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Pernambuco, 1900 - Centro
Cascavel/PR - CEP 85810-021
Telefone: (45) 3902-6676
cms@cascavel.pr.gov.br



GOVERNO MUNICIPAL
CASCVEL
Secretaria de Saúde