

Plano

Municipal de Saúde

2008 - 2011

Arte capa: Marcelo Ribeiro Máximo - DDT/PML - Fotos: SMS - Nov/2008



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2008 - 2011

LONDRINA - PARANÁ

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Nedson Luiz Micheleti - Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlene Zucoli – Secretária Municipal de saúde

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlene Zucoli - Diretora Superintendente

Sonia Regina Nery - Diretora Executiva

Antonio César Marson - Diretoria de Serviços Especiais de Saúde

Cláudia Rozabel de Souza Hildebrando - Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Zandira Batista - Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria

José Carlos Salvador - Diretoria de Serviços de Apoio

Maria Terezinha Punhagui Carvalho – Diretoria de Planejamento e Logística em Saúde

Rogério Prudêncio Lampe – Diretoria de Saúde Ambiental

Simone Rodrigues Gonçalves - Diretoria de Ações em Saúde

Sônia Fernandes - Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde

Ubirajara Zanette Mariani - Diretoria Financeira

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlene Zucoli – Presidente

Sônia Maria Anselmo– Secretária Administrativa

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlene Zucoli – Presidente

Ubirajara Zanette Mariani – Coordenador

Louise Bolzani – Secretário

Fláida Cristina F. Santos – Tesoureiro

Valcir Miguel da Silva - Contador

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Composição de acordo com a Lei nº 4.911 , de 27 de dezembro de 1991, acrescida das alterações constantes das Leis Municipais n°s 8.445, de 04 de julho de 2001 e 9.806, de 19 de outubro de 2005.

SEGMENTO DE GESTOR

Marlene Zucoli – Titular / Sonia Regina Nery – Suplente
Adilson Castro – Titular / Sonia Maria de Almeida Petris – Suplente

SEGMENTO DE TRABALHADOR EM SAÚDE

Rubens Martins Junior – Titular / José Luiz de Oliveira Camargo – Suplente
Marcos Rogério Ratto – Titular / Maldissulei Correa – Suplente
Isaltina Pires Cardoso – Titular / Júlio César Muniz Miranda – Suplente
Bett Claidh Nascimento – Titular / Manoel Nivaldo da Cruz – Suplente
Alberto Duran Gonzáles – Titular / Márcia Cristina Rodrigues Marengo – Suplente

SEGMENTO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS

Mara Rossival Fernandes – Titular / Artemizia Martins – Suplente
Fahd Haddad – Titular / Ana Paula Cantelmo Luz – Suplente
Paulo Fernando Moraes Nicolau – Titular / Nobuaki Hasegawa – Suplente
Francisco Eugênio Alves de Souza – Titular / Jeremias Béquer Brizola – Suplente
Ogle Beatriz Bacchi de Souza – Titular / Andreza Daher Delfino Sentoni – Suplente

SEGMENTO DE USUÁRIOS

Maria Osvaldina Mello de Oliveira – Titular / Antonia Aparecida Strick – Suplente
Natal de Oliveira – Titular / Hélio Domingos Ferreira – Suplente
Wanda Dobrucki Kasprovics – Titular / Rita de Cássia Rosa – Suplente
Reinaldo Gonçalves – Titular / Jurema de Jesus Correa Santos – Suplente
Dulcelina Aparecida Silveira – Titular / Cícero da Silva – Suplente
Paulo Roberto Vicente – Titular / Quitéria Nunes Martins – Suplente
Ana Maria Figueiredo – Titular / Acácio dos Santos – Suplente
Maria Ângela Magro – Titular / Neusa Maria dos Santos - Suplente
Joel Tadeu Correa – Titular / Custódio Rodrigues do Amaral – Suplente
Cícero Cipriano Pinto – Titular / Rosalina Batista – Suplente
Josefa Ferreira de Oliveira – Titular / Elizabeth Bueno Candido – Suplente
Gioconda Pereira da Silva Ferreira – Titular

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlene Zucoli – Presidente
Sônia Maria Anselmo – Secretária Administrativa

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO CONSELHO

Liziane Lopes Rejan
Rosângela Corrêa de Oliveira Campiolo
Sônia Maria Anselmo

ELABORAÇÃO

. COMISSÃO TÉCNICA DO CONSELHO

Alberto Durán Gonzalez, Ana Paula Cantelmo Luz, Dulcelina Aparecida Silveira Oliveira, Jeremias Béquer Brizola, Márcia Cristina Rodrigues Marengo, Neusa Maria dos Santos, Rosalina Batista, Sonia Regina Nery.

. APOIO TÉCNICO

Margaret Shimiti, Maria Luiza Hiromi Iwakura, Sônia Fernandes.

. ORGANIZAÇÃO

Margaret Shimiti

. SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO CMS

Rosângela Corrêa de Oliveira Campiolo e Sônia Maria Anselmo.

. EQUIPE TÉCNICA DA SMS

Ana Paula Mrtvi, Ângela Gruener Lima, Claudia R. Hildebrando, Edvaldo de Alcântara Oliveira, Fabiana Daher, Joelma Teixeira Borian, Márcia Alcântara, Márcia Brizola, Margaret Shimiti, Maria Luiza H. Iwakura, Marilda Kohatsu, Mary Mishima Okano, Sonia Fernandes, Sonia Regina Nery, Luiz Fernando Rodrigues, Simone Rodrigues Gonçalves, Ubirajara Zanette Mariani.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

I. INTRODUÇÃO

II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

III. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

- 3.1. Aspectos demográficos e sócio-econômicos
- 3.2. Perfil epidemiológico

IV. ATENÇÃO À SAÚDE

- 4.1. Atenção básica à saúde
- 4.2. Atenção à saúde em média e alta complexidade
- 4.3. Programas especiais
- 4.4. Assistência farmacêutica

V. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- 5.1. Vigilância Sanitária
- 5.2. Vigilância Epidemiológica

VI. GESTÃO EM SAÚDE

- 6.1. Educação em Saúde
- 6.2. Gestão do Trabalho
- 6.3. Informações em saúde
- 6.4. Infra-estrutura
- 6.5. Financiamento
- 6.6. Participação social
- 6.7. Planejamento e programação
- 6.8. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

VII. COMPROMISSOS PRIORITÁRIOS E PACTUAÇÕES DE METAS E ESTRATÉGIAS – Termo de Compromisso de Gestão Municipal

- 7.1. Responsabilidades Gerais do SUS
- 7.2. Responsabilidades na Regionalização
- 7.3. Responsabilidades no Planejamento e Programação
- 7.4. Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
- 7.5. Responsabilidades na Gestão do Trabalho
- 7.6. Responsabilidades na Educação Permanente
- 7.7. Responsabilidade na Participação e Controle Social
- 7.8. Termo de Limite Financeiro Global do Município
- 7.9. Termo de Cooperação entre Entes Públicos
- 7.10. Objetivos e Metas dos Pactos pela Vida e de Gestão

VIII. PACTO PELA SAÚDE – PACTO PELA VIDA E DE GESTÃO

IX. PROPOSTAS DA 10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

X. CONCLUSÃO

ANEXOS

Organograma da A.M.S.

Portaria Termo de Compromisso da Gestão Municipal

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de estabelece as diretrizes para o desenvolvimento das atividades da gestão municipal para a assistência à saúde. O presente plano se refere ao quadriênio 2008 – 2011 em cumprimento às responsabilidades legais do município.

Normatizado pela Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006, o Plano Municipal é instrumento referencial de planejamento onde a partir de análise situacional apresenta o processo de organização das estruturas existentes e a proposição dos objetivos, metas e prioridades para promover a melhoria da saúde da população. Fazem parte dos instrumentos de planejamento a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão da saúde.

No Plano Municipal de Saúde estão sistematizadas características do município e da população e o perfil epidemiológico. Está apresentada a rede de atenção à saúde destacando a atenção básica e os programas especiais, bem como os serviços de média e alta complexidade tanto ambulatorial quanto hospitalar. Também estão contempladas as áreas das vigilâncias sanitária e epidemiológica.

As ações consideradas como responsabilidade geral para gestão do SUS estão apresentadas como: Educação em Saúde, Gestão do Trabalho, Informações em Saúde, Infraestrutura, Financiamento, Participação Social, Planejamento e programação e Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

As ações referentes ao desenvolvimento e promoção da integralidade, interdisciplinariedade para a promoção de saúde, prevenção de riscos/danos e agravos, bem como mecanismos com objetivo de estabelecer a equidade estão contemplados no TERMO DE COMPROMISSO DA GESTÃO MUNICIPAL – TCGM e o PACTO PELA SAÚDE – Pacto pela Vida e de Gestão, que fazem parte central desse Plano Municipal.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2007 aprovou um conjunto de propostas que homologaram e contribuíram com o estabelecimento de diretrizes, programas e ações para o desenvolvimento da saúde no município.

A elaboração do Plano Municipal utilizou ainda dados do Plano Diretor Participativo do Município de Londrina, Perfil de Londrina 2007, Relatório de Gestão Municipal 2007, além de dados dos sistemas oficiais de informação. Contou com a participação de comissão do Conselho Municipal de Saúde, técnicos e assessores da Secretaria Municipal de Saúde.

O desafio para gestores, trabalhadores, usuários e prestadores de serviço, representados no Conselho Municipal de Saúde, está em vencer as dificuldades na execução do plano e contribuir, assim para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

I. INTRODUÇÃO

A estrutura administrativa responsável pela gestão da assistência à saúde é a Secretaria Municipal de Saúde, através da Autarquia Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

O atual regimento interno, aprovado em abril de 2007 através do Decreto Municipal nº 275 de 30 de abril de 2007, publicado no Jornal Oficial de 10 de maio de 2007, o qual confere a Autarquia a finalidade de coordenar as políticas de saúde no município de Londrina, em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular.

A Autarquia Municipal de Saúde é constituída das seguintes unidades organizacionais: Superintendência Municipal, Diretoria Executiva, Diretoria de Planejamento e Logística em Saúde, Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde, Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria, Diretoria Financeira, Diretoria de Serviços Especiais de Saúde, Diretoria de Saúde Ambiental, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Diretoria de Serviços de Apoio (Anexo I – Organograma).

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

São diretrizes da Política Municipal de Saúde:

- I - reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde;
- II - aprimorar o modelo assistencial;
- III - ampliar o acesso aos serviços de saúde, com a qualificação e humanização da atenção conforme critérios de contingente populacional, acessibilidade física e hierarquização dos equipamentos de saúde;
- IV - promover programas de educação em saúde, incluindo os de prevenção contra o consumo de bebidas alcoólicas, drogas e cigarros;
- V - executar ações de vigilância em saúde, compreendendo a epidemiológica, sanitária e ambiental, visando a redução de riscos e agravos;
- VI - promover a integralidade das ações de saúde de forma interdisciplinar, por meio de abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e laboral;
- VII - aprimorar os mecanismos de controle social garantindo a gestão participativa no sistema municipal de saúde e o funcionamento em caráter permanente e deliberativo do Conselho Municipal de Saúde;
- VIII - assegurar o cumprimento das legislações federal, estadual e municipal que definem o arcabouço político-institucional do Sistema Único de Saúde, bem como a implementação das diretrizes operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A Política Municipal de Saúde tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços na atenção básica à saúde na lógica da Estratégia da Saúde da Família, a implementação da equipe multiprofissional na atenção básica à saúde, ampliação do programa de saúde bucal e de saúde mental e implementar serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar). Dentro dessas ações está a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde e da política de educação permanente. Também

estarão sendo aprimorados os mecanismos de regulação de assistência à saúde nos diversos níveis, com implantação de um complexo regulador em saúde.

O município está na modalidade de Gestão Plena do Sistema, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 1/ NOAS-SUS 2001, gerindo os recursos do Fundo Municipal de Saúde, executando diretamente ações de saúde na atenção básica, programas prioritários, vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outras, e através de prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados principalmente nas ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Fazem parte do SUS em Londrina, hospitais estaduais e de ensino e também o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema. Londrina é sede de uma regional de saúde e tem programação de serviços pactuada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná para atender a região e em algumas referências na assistência a macrorregião.

O município de Londrina, assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal em 2007 e a partir desses compromissos estabeleceu os mecanismos para o pleno desenvolvimento de ações e serviços necessários para o alcance das metas propostas que fazem parte desse Plano Municipal.

II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1 Histórico e localização

Em 21 de agosto de 1929 chegou a primeira expedição da Companhia de Terras Norte do Paraná ao local denominado Patrimônio Três Bocas no qual o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff fincou o primeiro marco nas terras onde surgiria Londrina. O nome da cidade foi uma homenagem prestada a Londres – “pequena Londres” pelo Dr. João Domingues Sampaio, um dos primeiros diretores da Companhia de Terras Norte do Paraná. A criação do Município ocorreu cinco anos mais tarde, através do Decreto Estadual nº 2.519, assinado pelo interventor Manoel Ribas em 3 de dezembro de 1934. Sua instalação foi em 10 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade. O primeiro prefeito nomeado foi Joaquim Vicente de Castro.

A partir daí, Londrina manteve um crescimento constante, consolidando-se, pouco a pouco, como principal ponto de referência do Norte do Paraná e exercendo grande influência e atração regional.

2.2 Coordenadas geopolíticas

Situado entre 23°08'47" e 23°55'46" de Latitude Sul e entre 50°52'23" e 51°19'11" a Oeste de Greenwich, o município de Londrina ocupa, segundo o IBGE, 1.724,7 Km², cerca de 1% da área total do Estado do Paraná (figura 1).

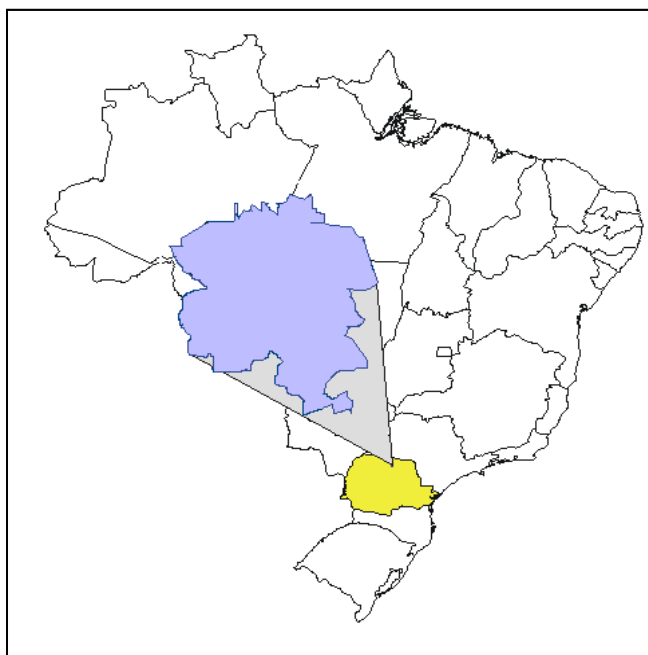
A densidade demográfica do município é de 300,51 hab/Km² (IPARDES, 2007).

A zona urbana de Londrina é de 164,33 Km² e a zona de expansão urbana é de 80,68 Km², totalizando 245,01 Km². A altitude da área urbana central da cidade é de 608 m.

O Município de Londrina é constituído pelo Distrito Sede e mais os distritos de Lerroville, Warta, Irerê, Paiquerê, Maravilha, São Luiz, Guaravera e Espírito Santo.

O clima é subtropical úmido, com chuvas em todas as estações. A pluviosidade anual é de 1254 mm (2006). A temperatura média anual foi de 21,3°C (IAPAR, 2006). O tipo de solo tem predominância de Latossolo (Terra Roxa).

LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA



DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO E MUNICÍPIOS LIMITROFES



Londrina é a sede da AMEPAR – Associação dos Municípios do Médio Paranapanema, congregando 21 municípios, com uma população estimada de 943.038 habitantes (Censo Demográfico IBGE, 2000 – Estimativa 2007).

Na área da saúde a conformação obedece a divisão administrativa do Estado correspondendo a 17ª Regional de Saúde de Londrina que abrange 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Guaraci, Florestópolis, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertãozinho e Tamarana.

A Região Metropolitana de Londrina, primeira do interior brasileiro, foi instituída pela Lei Complementar n.º 81, em 17 de junho de 1998, alterada pelas Leis n.º 86, em 07/07/2000 e n.º 91, em 05/06/2002, sancionadas pelo governador Jaime Lerner. Fazem parte de sua composição os municípios: Londrina, Bela Vista do Paraíso, Cambé, Ibiporã, Jataizinho, Rolândia, Sertãozinho e Tamarana, abrangendo uma população de 761.086 habitantes (Censo 2000. Estimativa 2007. IBGE)

População dos municípios que compõem a região metropolitana

CIDADES	1991	1996	2000	2006	2007
BELA VISTA DO PARAÍSO	(1) 15.098	(1) 14.678	(1) 15.031	(1) 14.984	(1) 14.975
CAMBÉ	73.842	80.867	88.186	97.175	100.388
IBIPORÃ	35.168	38.798	42.153	46.532	48.097
JATAIZINHO	10.428	12.096	11.327	11.888	12.093
LONDRINA	390.100	412.553	447.065	488.287	503.041
ROLÂNDIA	43.776	44.379	49.410	55.271	56.156
SERTÃOZINHO	(2)14.291	(2)14.307	15.147	15.683	15.875
TAMARANA	(3)8.756	8.790	9.713	10.263	10.461
TOTAL	582.703	626.468	678.032	740.083	761086

FONTE: Censos Demográficos 1991, 2000 (resultados do universo) – IBGE- Contagem da População – 1996 – IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários.

(1) Incluído na RML, através da Lei Complementar n.º 86, de 07/07/2000.

(2) Incluído na RML, através da Lei Complementar n.º 91, de 05/06/2002.

(3) Nos censos anteriores à criação do município de Tamarana (1995) a população do então Distrito, está incluída no município de Londrina. No ano de 1996, a população da Reserva Indígena foi computada no Município de Londrina, excluída de Tamarana

2.3 Informações Ambientais

2.3.1 Abastecimento e distribuição de água

O abastecimento de água no Município de Londrina está a cargo da Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR. A área urbana do município é abastecida pelos sistemas de captação superficial designados Tibagi e Cafezal e pelos sistemas de águas subterrâneas, através de dois poços tubulares. Os distritos de Guaravera, Irerê, Paiquerê, São Luiz, Maravilha, Lerroville, Warta, Selva, Taquaruna e Regina são supridos por poços. O Sistema Produtos Tibagi abastece as cidades de Londrina e Cambé.

Atualmente no município, há um equilíbrio entre a oferta e a demanda de água, estando os problemas relacionados às deficiências na malha de distribuição. Em 2006, o abastecimento de água potável alcançou o percentual de 99,98.

O sistema de Abastecimento de água no município de Londrina encontra-se distribuído como mostra a tabela abaixo:

Abastecimento de água, pela SANEPAR, segundo as categorias, Londrina, 2007

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS	LIGAÇÕES
Residenciais	161.313	119.338
Comerciais	17.074	10.661
Industriais	539	526
Utilidade pública	1.056	1.041
Poder público	884	629
TOTAL	180.866	132.195

FONTE: Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR

NOTA: Unidades (Economias) Atendidas é todo imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel, dotado de pelo menos um ponto de água, perfeitamente identificável, como unidade autônoma, para efeito de cadastramento e cobrança de tarifa.

2.3.2 Sistema de esgoto

O sistema de esgoto no Município de Londrina é administrado pela SANEPAR e atende a cerca de 72,12% (2006) dos domicílios urbanos sendo que parte destes não recebe tratamento. A capacidade de tratamento de esgoto é de 92.440 m³/dia e a vazão coletada é de 51.000 m³ numa extensão de rede de 1.274.216 metros.

Atendimento de esgoto, pela SANEPAR, segundo as categorias, município de Londrina, 2007

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS	LIGAÇÕES
Residenciais	118.471	77.753
Comerciais	14.742	8.410
Industriais	292	283
Utilidade pública	656	642
Poder público	409	394
TOTAL	134.570	87.482

FONTE: Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR

NOTA: Unidades (Economias) Atendidas é todo imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel, dotado de pelo menos um ponto de água, perfeitamente identificável, como unidade autônoma, para efeito de cadastramento e cobrança de tarifa.

2.3.3 Coleta e disposição do lixo, 2006

Discrim Tipo	DOMÉSTICO	HOSPITALAR	REICLÁVEL
Volume coletado anual	115.440 (t)	187,2 (t)	29.040 (t)
Volume diário produzido (t)	370	0,6	110
Nº funcion. na coleta	94	10	18
Nº veículos na coleta	12	5	6 caminhões
Nº ONG's na coleta	-	-	30
Destino final do lixo	Aterro controlado Área : 192.200 m ²	Responsabilidade da empresa contratada	ONG's de reciclagem

Fonte PML/Companhia Municipal de Trânsito e Urbanização CMTU-LD

Varrição no município de Londrina, 2006

DISCRIMINAÇÃO	VALORES
Extensão de vias atendidas (Km lineares/mês)	5.000
Número de bairros atendidos	100
Frequência por setor	segunda a sábado
Número de funcionários ⁽¹⁾	140

FONTE: PML/Companhia Municipal de Trânsito e Urbanização CMTU-LD

(1) Funcionários da empresa terceirizada que executa os serviços de varrição.

2.3.4 Energia elétrica

O Município de Londrina está interligado ao sistema de transmissão estadual, a cargo da Companhia Paranaense de Energia Elétrica - COPEL e integrado às fontes de energia da Eletrobrás.

No consumo de energia elétrica, em números absolutos, destaca-se o consumo das áreas residenciais, seguido pelo segmento comercial e industrial.

Consumo e número de consumidores de energia elétrica, Município de Londrina, 2007

CATEGORIAS	CONSUMO (Mwh)	CONSUMIDORES
Residencial	345.297	159.228
Setor secundário	286.325	3.964
Setor comercial	272.253	19.034
Rural	21.506	3.165
Outras classes	158.546	1.282
TOTAL	1.083.927	186.673

Fonte: COPEL

III. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

3.1.1. POPULAÇÃO

Evolução da população residente do município de Londrina

Ano	URBANA		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1950	34.230	47,93	37.182	52,07	71.412	100,00
1960	77.382	57,40	57.439	42,60	134.821	100,00
1970	163.528	71,69	64.573	28,31	228.101	100,00
1980	266.940	88,48	34.771	11,52	301.711	100,00
1991	366.676	94,00	23.424	6,00	390.100	100,00
1996	396.121	96,02	16.432	3,98	412.553	100,00
1997	-	-	-	-	420.180	100,00
1998	-	-	-	-	426.607	100,00
1999	-	-	-	-	432.257	100,00
2000	433.369	96,93	13.696	3,07	447.065	100,00
2001	436.302	95,91	18.568	4,09	454.870	100,00
2002	442.090	95,91	18.820	4,09	460.910	100,00
2003	445.217	95,27	22.115	4,73	467.332	100,00
2004	459.223	96,94	14.518	3,06	473.741	100,00
2005	473.322	96,94	14.965	3,06	488.287	100,00
2006	480.511	96,93	15.187	3,06	495.698	100,00
2007	487.630	96,93	15.411	3,06	503.041	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

Crescimento da população – município de Londrina

ANO	URBANA	RURAL	VARIAÇÃO (%)
1950/60	126,06	54,48	88,79
1960/70	111,32	12,42	69,19
1970/80	63,24	-85,71	32,27
1980/91	37,36	-32,63	29,30
1991/96	8,03	-29,85	5,75
1996/00	9,40	-16,65	8,36
2000/05	9,21	-8,48	9,22

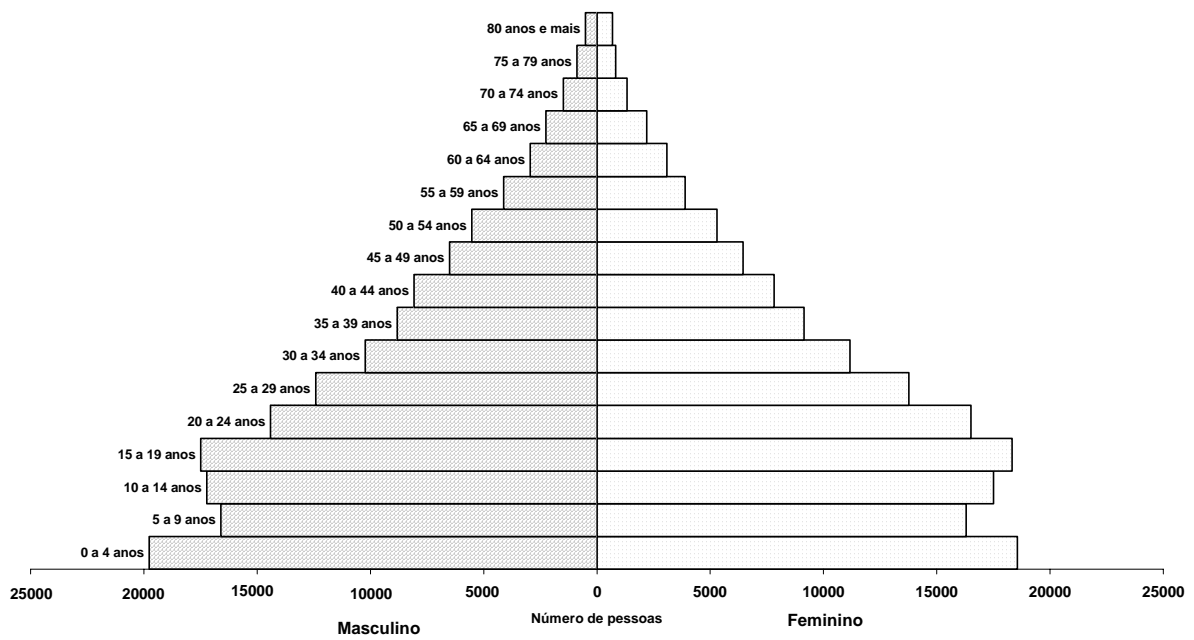
Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

População do município de Londrina, segundo faixa etária e sexo, 2007

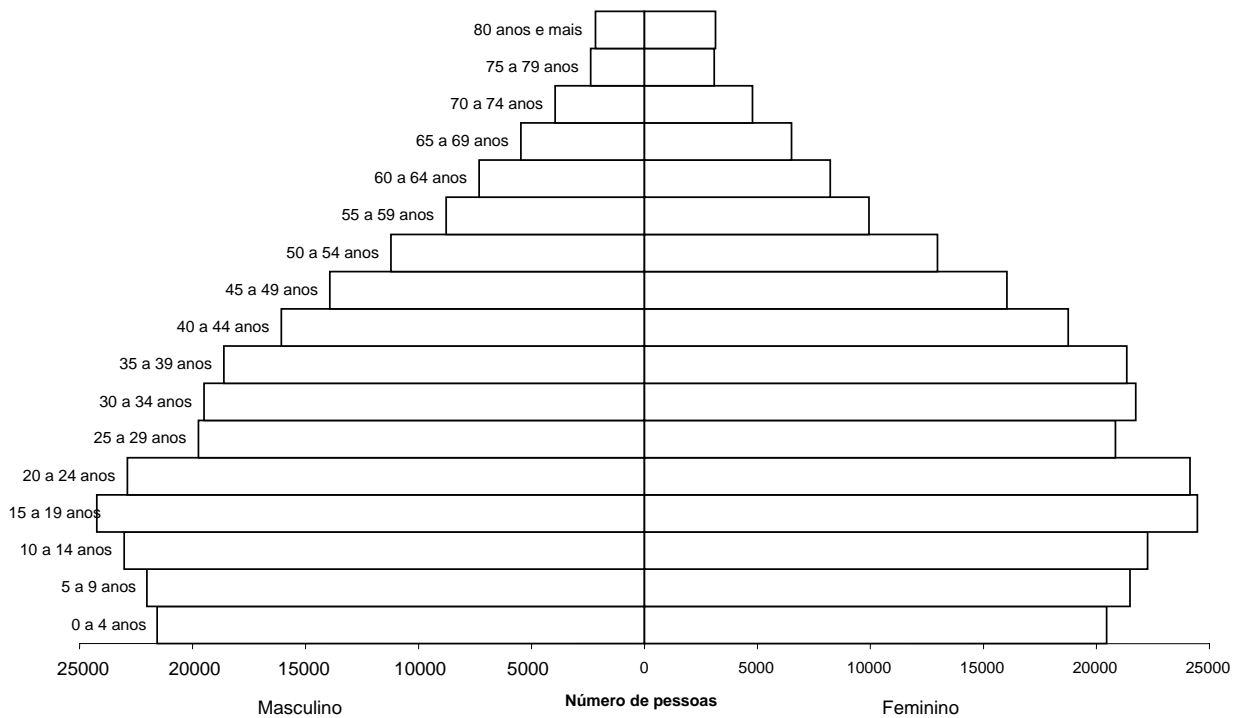
Faixa etária detalhada	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	4300	4054	8354
1 ano	4163	4041	8204
2 anos	4336	4113	8449
3 anos	4326	4067	8393
4 anos	4441	4181	8622
5 anos	4486	4462	8948
6 anos	4310	4226	8536
7 anos	4434	4188	8622
8 anos	4285	4237	8522
9 anos	4502	4371	8873
10 anos	4509	4439	8948
11 anos	4663	4468	9131
12 anos	4633	4481	9114
13 anos	4614	4330	8944
14 anos	4610	4554	9164
15 anos	4400	4458	8858
16 anos	4637	4576	9213
17 anos	5070	5105	10175
18 anos	5191	5293	10484
19 anos	4940	5041	9981
20 a 24 anos	22891	24152	47043
25 a 29 anos	19739	20842	40581
30 a 34 anos	19489	21745	41234
35 a 39 anos	18613	21342	39955
40 a 44 anos	16072	18750	34822
45 a 49 anos	13915	16038	29953
50 a 54 anos	11223	12972	24195
55 a 59 anos	8778	9934	18712
60 a 64 anos	7316	8229	15545
65 a 69 anos	5468	6504	11972
70 a 74 anos	3948	4778	8726
75 a 79 anos	2374	3089	5463
80 anos e mais	2160	3145	5305
Total	242.836	260.205	503.041

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

População segundo faixa etária e sexo, Londrina, 1980



População segundo faixa etária e sexo, Londrina, 2007



3.1.2. OUTROS DADOS

- Índice de Envelhecimento da população de Londrina: 15% (1991) e 24% (2000) (IBGE Censos Demográficos de 1991 e 2000)
- Taxa de Analfabetismo = 6,42 % (10 anos e mais) (IBGE 2000)
- Esperança de Vida ao Nascer = 71,37 anos
- Renda per capita R\$ 439,35

3.1.3. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E SEUS COMPONENTES. LONDRINA, 1991 E 2000

	1991	2000
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,766	0,824
Educação	0,831	0,910
Renda	0,741	0,789
Longevidade	0,725	0,773

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro)

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Londrina cresceu 7.57%, passando de 0.766 em 1991 para 0.824 em 2000.

A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 45.1%, seguida pela Longevidade, com 27.4% e pela Renda, com 27.4%.

Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1) foi reduzido em 24.8%.

Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 13.0 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0.919), e 4.5 anos para alcançar Curitiba (PR), o município com o melhor IDH-M do Estado (0.856).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Londrina é 0.824. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8).

Em relação aos outros municípios do Brasil, Londrina apresenta uma situação boa ocupando a 189ª posição, sendo que 188 municípios (3.4%) estão em situação melhor e 5318 municípios (96.6%) estão em situação pior ou igual.

Em relação aos outros municípios do Estado, Londrina ocupa a 10ª posição, tendo 389 municípios (97.7%) estão em situação pior ou igual.

3.1.4. POPULAÇÃO DE ALTO-RISCO

Dados da Companhia de Habitação de Londrina (COHAB) indicam a existência na cidade de pelo menos 65 bolsões de pobreza. Nesses locais, vivem 9.439 famílias, algo em torno de 47 mil pessoas, praticamente 10% da população de Londrina. São apresentados na tabela a seguir a discriminação das áreas mais populosas e a respectiva localização.

A situação mais complicada, no entanto, é a das 8.730 pessoas que residem em ocupações irregulares. Das 33 áreas, 63% são fundos de vale, que por serem áreas de preservação permanente não podem ser regularizadas, embora contem com fornecimento de água e luz.

Locais de Maior Concentração de Famílias em Situação de Risco

LOCALIDADE	NUMERO DE FAMÍLIAS	REGIÃO DA CIDADE
União da Vitória I,II,II e IV	1956	Sul
Jd. João Turquino	851	Oeste
Jd. São Jorge	748	Norte
Jd. Maracanã	606	Oeste
Jd. Monte Cristo	471	Leste
Jd. Santa Fé	356	Leste
Jd. Nossa Senhora da Paz	280	Oeste
Jd. Novo Perobal	246	Sul
Jd. dos Campos	210	Norte
Jd. Franciscato	202	Sul
Jd. Leste-Oeste	197	Oeste
Jd. São Marcos	160	Sul
Jd. Nova Conquista	151	Sul
Fundo de Vale Rua Ana C.Piacentini	149	Norte
Jd. Rosa Branca I	140	Leste
Fundo de Vale Jd. Primavera	107	Norte
Jd. San Rafael	106	Leste
OUTROS	2503	
TOTAL	9439	Aproximadamente 47 mil pessoas

Apesar da concentração da população classificada como de maior vulnerabilidade social principalmente nas áreas apresentadas, o Programa Municipal de transferência de renda atinge 26 mil famílias distribuídas também nas demais áreas da cidade e que são identificadas e acompanhadas pelas equipes do Programa Saúde da Família com a devida prioridade no planejamento e execução das atividades.

Ocupações Irregulares em Áreas Particulares no Município de Londrina – Dezembro 2006

LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE PESSOAS	REGIÃO	ANO DE OCUPAÇÃO	ANO DE URBANIZAÇÃO
Favela Colosso	80	400	Oeste	1975	-
Fundo de Vale Abussafe (Vila Feliz)	45	225	Sul	2001	-
Jardim Cristal	23	115	Sul	1997	-
Nossa Senhora Aparecida (ao lado do Jardim São Jorge)	98	490	Norte	2001	-
TOTAL	246	1230	-	-	-

FONTES: Companhia de Habitação de Londrina - COHAB-LD
 Habitação de Baixa Renda no Âmbito Municipal – IPPUL/1996
 Organização dos dados: PML/SEPLAN/DP/Gerência de Pesquisas e Informações

Ocupações Irregulares no Município de Londrina – dez./ 2006

LOCALIZAÇÃO	NUMERO DE FAMILIAS	NUMERO DE PESSOAS	REGIÃO	ANO DE OCUPAÇÃO
Área do Centro Comunitário do Jardim Santa Fé	20	70	Leste	1994
Área do DER	11	39	Sul	1993
Cilo III	64	224	Oeste	1990
Fazenda Refúgio	17	60	Sul	1997
Fundo de Vale da Av. Santa Mônica	6	21	Leste	1996
Fundo de Vale C. H. José Belinati	64	224	Norte	1988
Fundo de Vale da Favela Marizia	102	357	Centro	1995
Fundo de Vale da Favela Santa Inês	43	151	Leste	1996
Fundo de Vale do Jardim das Bananeiras	13	46	Leste	1996
Fundo de Vale Jardim dos Campos	10	35	Norte	2000
Fundo de Vale Fazenda Primavera	107	375	Norte	1996
Fundo de Vale do Jardim Marieta	66	231	Norte	2002
Fundo de Vale do Jardim Novo Perobal	39	137	Sul	1998
Fundo de Vale do Jardim Paulista – Cantinho do Céu	68	238	Norte	1988
Fundo de Vale do Jardim Rosa Branca	36	126	Leste	2000
Fundo de Vale do Jd. Santa Fé/Horta Comunitária	91	319	Leste	1994
Fundo de Vale da Rua Ana C. Piacentini	149	522	Norte	1995
Fundo de Vale da Rua Bélgica – próximo à Cativa	40	168	Sul	1975
Fundo de Vale da Rua Café Árabe	38	133	Norte	1989
Fundo de Vale da Rua Zircônio	22	77	Leste	1975
Fundo de Vale do Resid. Santa Mônica (Chácara)	86	301	Norte	1989
Fundo de vale do Jd. Beleville	18	63	Norte	1989
Fundo de Vale do Fransiscato	9	32	Sul	1997
Jardim San Rafael	106	371	Leste	1998
Fundo de Vale do Jd. Quadra Norte	12	46	Norte	1999
Fundo de Vale da Rua Sérgio Antônio	26	91	Leste	1973
Jardim União da Vitória (VI, t do posto e dos Médicos)	330	1155	Sul	1998
Jardim Londrville	43	151	Oeste	1998
Jardim Morar Melhor	21	74	Norte	2001
Lixão Esquina (ao lado da Av. Teodoro Victorelli)	12	42	Leste	1992
Rua Rosa Branca (Luiz Victorelli)	24	84	Leste	2001
Vila Ricardo (próximo à Escola)	21	74	Leste	1992
TOTAL	1714	6037	-	-

FONTES: Companhia de Habitação de Londrina - COHAB-LD

Organização dos dados: PMU/SEPLAN/DR/Gerência de Pesquisas e Informações

3.1.2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes e Produto Interno Bruto *per capita* de Londrina – 2001/2005

ANO	A Preços Correntes (R\$ 1 000)	Per Capita (R\$)
2001	3 236 672	7 058
2002	3 552 518	7 624
2003	4 079 438	8 617
2004	4 237 121	8 812
2005	6 217 351	12 733

FONTE: IBGE – Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2004

NOTA: Segundo o IBGE, os dados de 2003 estão sujeitos a revisão.

Organização dos dados: PML/SEPLAN/DP/Gerência de Pesquisas e Informações

Produto Interno Bruto (PIB) de Londrina (R\$ 1.000,00)

ANO	AGROPECUÁRIA	INDÚSTRIA	SERVIÇOS
2001	87 370	1 242 271	1 701 265
2002	128 925	1 376 835	1 927 187
2003	207 714	1 670 802	2 061 050
2004	190 729	1 712 829	2 294 325
2005	75 424	1 212 547	4 144 811

FONTE: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES

População Economicamente Ativa (PEA) e Percentual da PEA Sobre a População Total do Município de Londrina
-- 1991/2006

ANO	POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICÍPIO*	POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA)	% DA PEA SOBRE A POPULAÇÃO TOTAL
1991	390 100	168 562*	43,21
2000	447 065	231 145*	51,70
2003	467 334	232 153**	49,68
2004	480 822	235 160**	48,91
2005	488 287	237 960**	48,73
2006	495 656	240 641**	48,54

FONTE: *IBGE – Censos Demográficos 1991, 2000 e Estimativas da População para Estados e Municípios 2003, 2004, 2005 e 2006

** Projeção da População Economicamente Ativa (PEA) Paraná e Municípios 2003-2006, Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social – SETP

NOTA: População Economicamente Ativa: pessoas com 10 anos ou mais de idade, ocupadas e desocupadas na semana de referência, ou seja, pessoas com 10 anos ou mais de idade que tinham trabalho durante toda ou uma parte da semana de referência, ainda que afastadas por motivo de férias, licença, falta, greve, etc, e as pessoas com 10 anos ou mais de idade sem trabalho na semana de referência, mas que haviam tomado alguma providência efetiva para conseguir trabalho no período de referência de 30 dias. (IBGE – Censo Demográfico 2000)

A Projeção da População Economicamente Ativa (PEA), Paraná e Municípios 2003-2006 da Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social – SETP, utiliza o mesmo conceito de PEA adotado pelo IBGE, que inclui as pessoas que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.

Organização dos dados: PML/SEPLAN/DP/Gerência de Pesquisas e Informações

AGROPECUÁRIA (Censo Agropecuário, IBGE, 2006)

Estabelecimentos Agrícolas: 3.154

- Área - Estabelecimentos Agropecuários: 138.240 ha.
- Uso de Energia Elétrica - no de informantes: 2.727

Principais Produtos: milho, soja, trigo, café, cana-de-açúcar, arroz, algodão, feijão, mandioca, tomate: 219.819 toneladas

- Área de lavouras temporárias: 58.330 ha
- Área de lavouras permanentes: 8.570 ha
- Área de Pastagens Naturais: 45.033 ha

Rebanho Bovino: 90.439 Suíno : 20.260

- Efetivo Avícola: 2.039.200
- Produção de ovos: 13.700.000 dz
- Produção de Leite: 20.443.752 litros
- Pessoal ocupado na agropecuária: 12.203

INDÚSTRIA (2006)

- Estabelecimentos Industriais: 2.208
- Nº de projetos aprovados para Construção Civil: 2.115
- Total da área dos projetos aprovados para construção: 213.696,23 m²

COMÉRCIO E SERVIÇOS (2006)

- Estabelecimentos Comerciais: 10.263
- Estabelecimentos de Serviços: 10.689
- Bancos: 29 (70 agências)
- Hotéis: 36
- Restaurantes: 253
- Estabelecimentos de Ensino Fundamental: 183. Matrículas Iniciais: 70.632
- Estabelecimentos de Ensino Médio: 51. Matrículas Iniciais: 22.389
- Estabelecimentos de Ensino Superior: 17. Matrículas Iniciais: 27.461
- Matrículas Iniciais na Educação Especial: 1.361
- Estabelecimentos de Pós-Graduação: 11. Matrículas Iniciais: 5.657
- Matrículas Iniciais na Educação Infantil: Pré-Escola: 14.917
Creche: 4.998
- Matrículas Iniciais na Educação Profissionalizante Técnico: 3.861
- Total Geral de Estudantes: 159.987

HOSPITAIS - MUNICÍPIO DE LONDRINA - 2007

NOME / ENDEREÇO	ESPECIALIDADE	LEITOS	
		TOTAL	SUS
Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Av. Jacob Bartolomeu Minatti 350	OBSTETRÍCIA	39	39
Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Av : Robert Koch 60	GERAL	311	305
Hospital Dr. Anísio Figueiredo (ZONA NORTE) R da Cegonha 200	GERAL	56	56
Hospital Eulalino de Andrade (ZONA SUL) R das Orquídeas 75	GERAL	41	41
Hospital Evangélico de Londrina (HEL) Av: Bandeirantes 618	GERAL	217	124
Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL) R : Espírito Santo 523	GERAL	255	172
Instituto do Câncer de Londrina (ICL) R: Lucilla Balallai 212	ONCOLOGIA	112	104
Hospital Infantil Sagrada Família* R: Pernambuco 1264	PEDIATRIA	*	*
Hospital de Olhos- Hoftalon Av: Senador Souza Naves 648	OFTALMOLOGIA	9	6
Hospital Ortopédico Av: Duque de Caxias 2575	ORTOPEDIA	16	5
Clínica Psiquiátrica de Londrina Av: Universo 92	PSIQUIATRIA	240	200
Maxwell – Hospital Dia de Psiquiatria R: Piauí 1104	PSIQUIATRIA	40	30
Clínica Psiquiátrica Vila Normanda R: Castro Alves 745	PSIQUIATRIA	65	65
Hospital Mater Dei R Senador Souza Naves 1681	GERAL	86	0
Hospital do coração Rua : Paes Leme 1351	CARDIOLOGIA	30	0
Instituto da Visão R : Senador Souza Naves 751	OFTALMOLOGIA	6	0
Hospital Mafalda Kallas Av : Bandeirantes 1200	CIRURGIA PLÁSTICA	6	0
Hospital de Otorrino de Londrina R Senador Souza Naves 1110	OTORRINOLARINGOLOGIA	18	0
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS R: Alba Bortoletti Clivati 186	PSIQUIATRIA	5	5
Clínica das Palmeiras Rua das Açucenas 700	PSIQUIATRIA	40	0
Hospital da mulher R: Mato Grosso 1114	Ginecologia/Obstetria/ Cirurgia Plástica	11	0
TOTAL		1642	1191

Fonte : CNES – MS em 17 04 2008 *Os leitos constam do cadastro da ISCAL

LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Hospital	Neo-natal		Infantil		Adulto		Unidade interm	TOTAL*	
	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS		Tot	SUS
Evangélico	5	4	4	3	22	12	-	31	19
Materdei	-	-	-	-	10	-	-	10	-
Universitário	7	7	5	5	23	17	15*	55	49
Coração	-	-	-	-	6	-	-	6	-
ISCAL - Infantil	10	10	10	5	28	28	-	48	43
TOTAL	22	21	19	13	89	57	15	150	111

Fonte: CNES MS em 17 04 2008

* Os leitos de tratamento intensivo estão incluídos na relação de leitos dos hospitais.

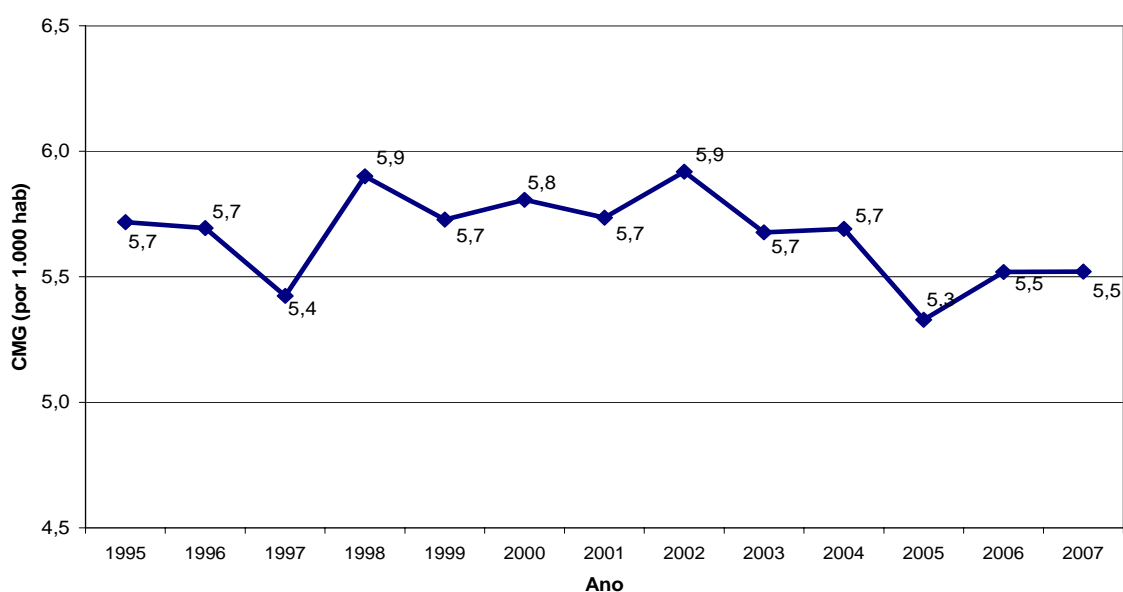
3.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE, LONDRINA, 2007

Em 2007 foram registrados 2.709 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, de ocorrência e residência em Londrina.

O Coeficiente de Mortalidade Geral (expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes) foi de 5,52/1000 habitantes, valor que não tem apresentado muitas variações nos últimos anos (figura 1).

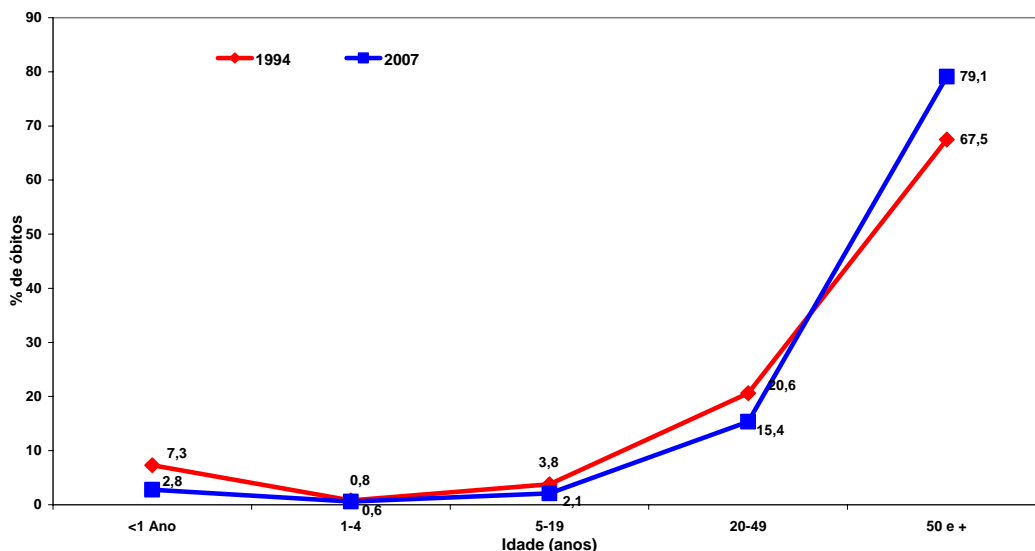
Figura 1 - Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 habitantes), residentes em Londrina, 1995 a 2007



Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML. 2007 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

A Mortalidade Proporcional por faixa etária, que constitui uma representação segundo grupos etários prefixados, inclui os óbitos infantis (menor de 1 ano), crianças e adolescentes de 1 a 4 anos e 5 a 19 anos, adultos jovens (20 a 49 anos) e pessoas acima de 50 anos. Em 2007, 77,17% das pessoas que morreram tinham mais de 50 anos, o que indica um bom nível de saúde, segundo o índice proposto por Moraes. O percentual atingido pelo município para os óbitos ocorridos com pessoas com 50 anos ou mais é comparável a países como Suécia, Estados Unidos e Japão (Figura 2)

Figura 2 -Mortalidade Proporcional, segundo faixa etária, Londrina, 1994 e 2007.



Fonte: SIM/NIM/DEPIS/AMS/PML.

Em relação as causas de óbitos de 2007, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 30,9% do total das mortes, seguido pelas neoplasias (21,6%) e causas externas de morbidade e mortalidade (11,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Óbitos segundo grupos de causas (Cap CID10), ocorrência e residência em Londrina, 2007

Causa (Cap CID10)	Frequência	%
Doenças do aparelho circulatório	837	30,9
Neoplasias (tumores)	584	21,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	321	11,8
Doenças do aparelho respiratório	277	10,2
Doenças do aparelho digestivo	159	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	104	3,8
Doenças do sistema nervoso	101	3,7
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	90	3,3
Algumas afec originadas no período perinatal	55	2,0
Doenças do aparelho geniturinário	54	2,0
Transtornos mentais e comportamentais	53	2,0
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	32	1,2
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	0,8
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10	0,4
Demais causas	10	0,4
Total	2.709	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

Mortalidade por Causas Externas, ocorridos em Londrina em 2007.

A taxa de mortalidade por homicídios em Londrina, no ano de 2007 foi de 23,4 por 100.000 habitantes.

Em 2007 ocorreram 452 óbitos por causas externas em Londrina, sendo 360 do sexo masculino (79,6%) e 92 do sexo feminino (20,4%).

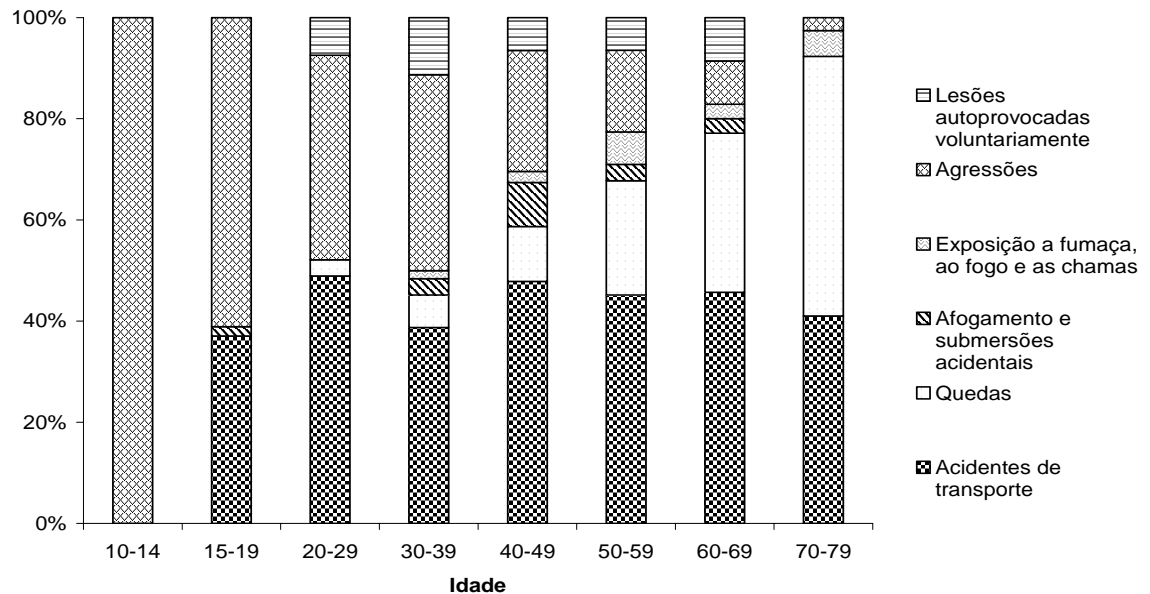
Figuras 1 a 5.

Dos 452 óbitos do grupo das causas externas, 118 (26,1%) foram codificados como homicídios (agressões), sendo 111 do sexo masculino (94,0%) e 7 do sexo feminino (6,0%). Das 118 mortes por homicídio, 89,8% (106 indivíduos) tinham entre 15 e 49 anos.

Dos 118 óbitos por homicídio, 102 foram provocados por arma de fogo (86,4%), sendo 97 homens e 5 mulheres.

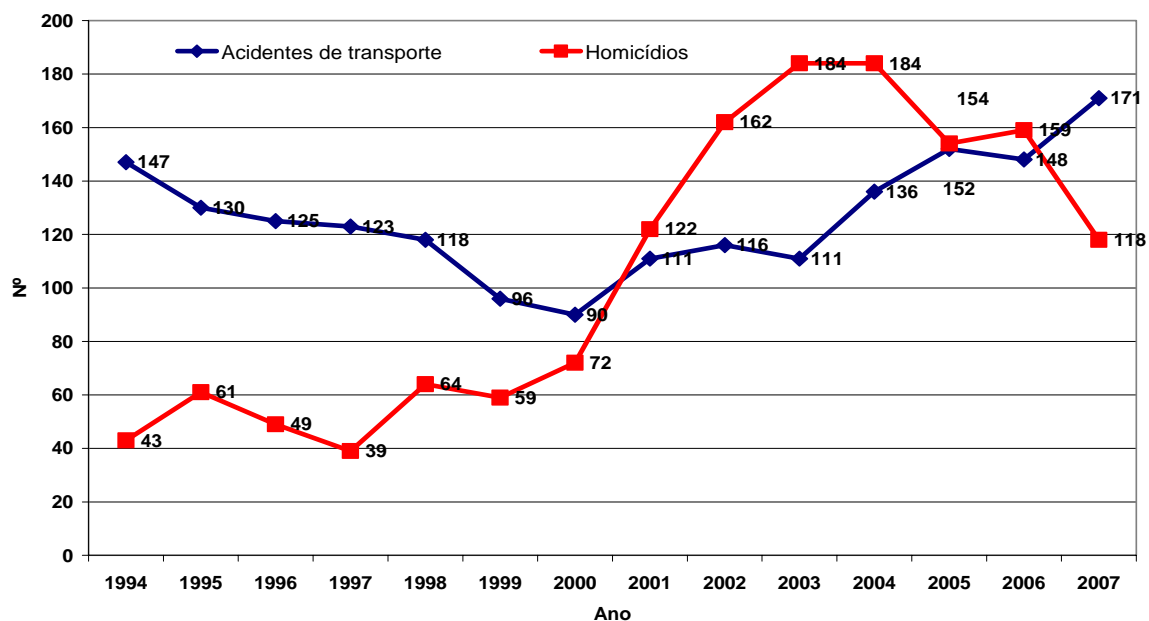
Ocorreram 22 óbitos por suicídio, sendo 9 provocados por enforcamento, estrangulamento ou sufocação e 14 indivíduos com idades entre 20 e 39 anos de idade. Quanto ao sexo, 18 indivíduos eram do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

Figura 1 - Mortalidade proporcional por idade de 10 a 79 anos, segundo principais causas externas, ocorrência em Londrina, 2007*



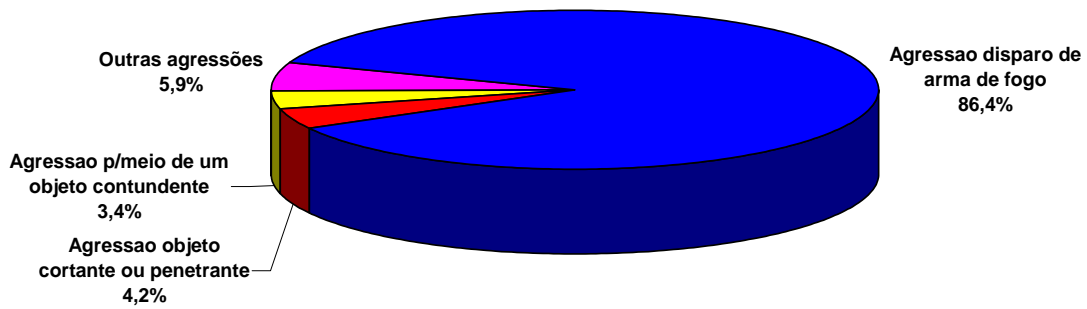
* Dados preliminares, sujeitos a alterações.
Fonte: SIM/DEPIS/GIS/AMS/PML

Figura 2 - Total de óbitos por acidentes de transporte e homicídios, ocorridos em Londrina, 1994 a 2007*



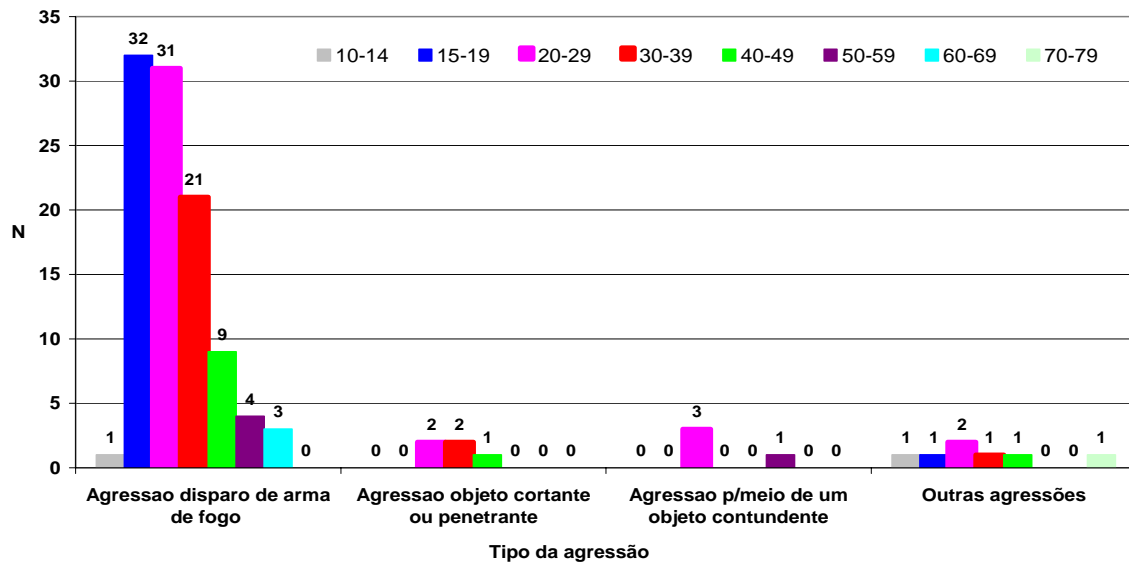
* Dados preliminares, sujeitos a alterações.
Fonte: SIM/DEPIS/GIS/AMS/PML

Figura 3 - Óbitos por homicídios, segundo o tipo de agressão, ocorrência em Londrina, 2007*



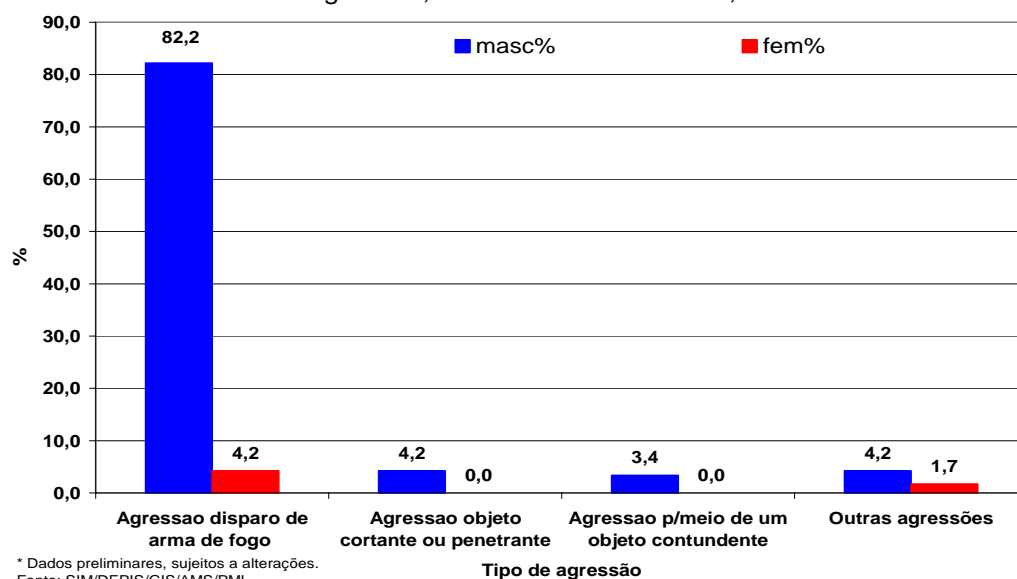
* Dados preliminares, sujeitos a alterações.
 Fonte: SIM/DEPIS/GIS/AMS/PML

Figura 4 - Total de óbitos por tipo da agressão e faixa etária, ocorrência em Londrina, 2007*



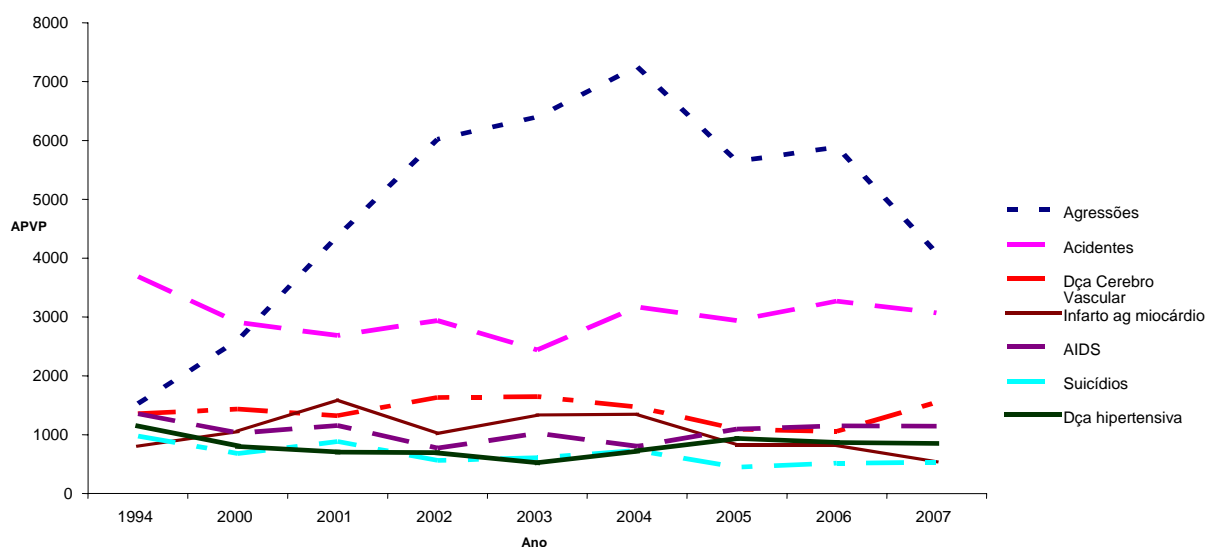
* Dados preliminares, sujeitos a alterações.
 Fonte: SIM/DEPIS/GIS/AMS/PML

Figura 5 - Percentual de homicídios segundo o sexo da vítima e tipo de agressão, ocorrência em Londrina, 2007*



Para analisar a magnitude da mortalidade por causas externas e por sexo, um dos indicadores utilizados para este fim, é o indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que expressa o total de anos de vida em potencial perdidos por um grupo populacional. Esse tipo de medida permite avaliar a importância da mortalidade prematura por violências e acidentes como expressão do valor social da morte. Em Londrina, entre os anos de 1994 e 2000 prevaleceram como principais causas de APVP, os acidentes de transporte e os homicídios. Para o ano de 2001, houve inversão das duas primeiras causas, elevando os homicídios como principal causa de APVP, comportamento semelhante observado para os anos seguintes. De 2006 a 2007, houve uma ligeira redução para as mortes por homicídios (agressões) e acidentes e aumento dos óbitos por doença cerebrovascular (Figura 6).

Figura 6 - ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP)*, CAUSAS SELECIONADAS, RESIDENTES EM LONDRINA, 1994 A 2007.



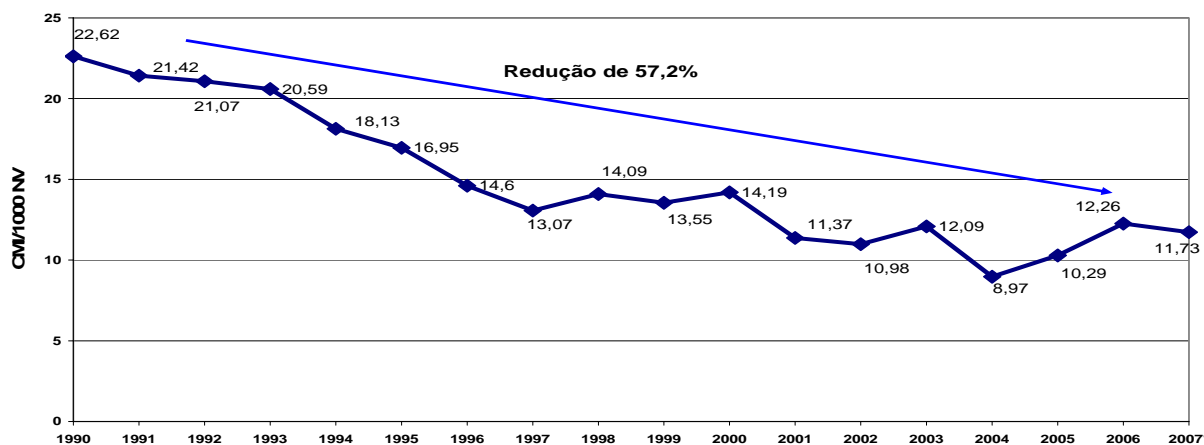
Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML. * Anos potenciais de vida perdidos entre as idade de 1 a 70 anos. 2007 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

Mortalidade Infantil de Londrina, 2007

No ano de 2007 ocorreram 77 óbitos de crianças menores de 1 ano de residentes em Londrina. Em 2 casos, os óbitos ocorreram em outros municípios. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para 2007 foi de 11,73 óbitos por 1000 nascidos vivos. Em 1990, esse valor era de 22,62 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos. A redução para o período de 1990 a 2007 foi de 57,2%.

Nos últimos 10 anos o CMI de Londrina tem apresentado valores entre 10 e 14 óbitos por cada grupo de 1000 nascidos vivos, sendo que em 2004 registrou-se o menor valor para o município, que foi de 8,97/1000 NV (Figura 1).

Figura 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, série histórica de Londrina, 1990 a 2007*

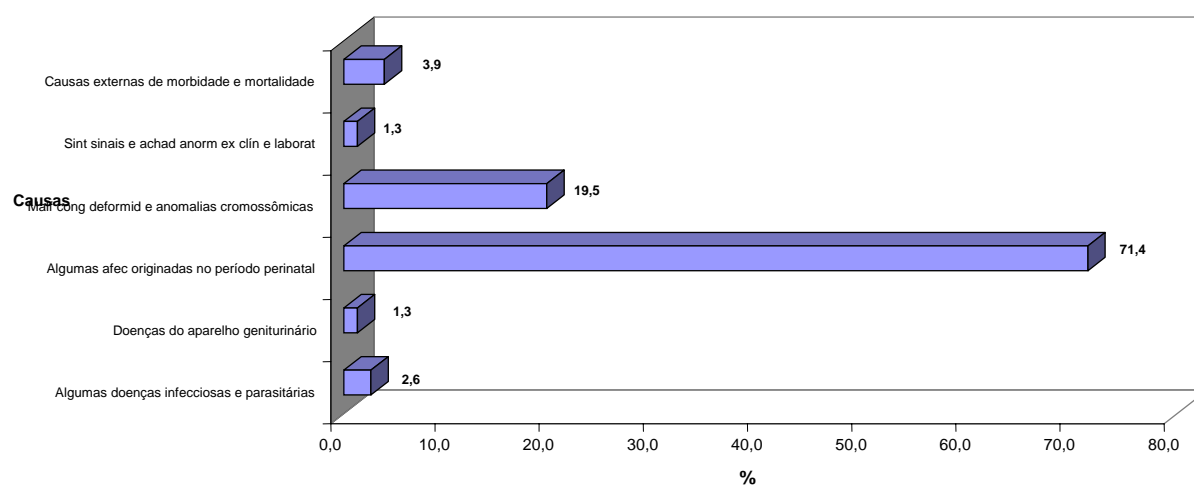


* 2007 - Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Fonte: 1990 a 2006 - Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Paraná/Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde/Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. 2007 - PML/AMS/DEPIS/GIS/NIM/SIM.

Do total de mortes de crianças menores de 1 ano, as afecções do período perinatal foram responsáveis por 71,4% (55 casos) do total de óbitos. As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas foram a segunda causa mais frequente, com 19,5% (15 casos) e as mortes por causas externas foram responsáveis por 3 óbitos (3,9%). As demais causas (4 óbitos) foram por doenças infecciosas e parasitárias (2 casos), doenças do aparelho geniturinário (1 caso) e outras causas (1 caso) (Figura 2).

Figura 2 - Mortalidade infantil (%), segundo grupos de causas, residentes em Londrina, 2007



* 2007 - Dados preliminares, sujeitos a alterações.
 Fonte: PML/AMS/DEPIS/GIS/NIM/SIM.

De 2000 a 2007, as duas principais causas de mortes infantis permaneceram inalteradas, sendo a principal as afecções do período perinatal e a segunda causa as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. A terceira causa oscilou entre as causas externas de mortalidade, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório (Tabela 1).

Tabela 1 - Óbitos Infantis, distribuição percentual segundo causas (cap. CID10), residentes em Londrina, 2000 a 2007

CAUSA (Cap CID10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Algumas afec originadas no período perinatal	59,8	51,3	58,2	62,2	53,2	52,1	69,0	71,4
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20,5	26,3	20,9	8,5	29,0	32,4	14,3	19,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	8,9	5,3	1,5	3,7	3,2	7,0	7,1	3,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,7	3,9	7,5	3,7	3,2	2,8	3,6	2,6
Doenças do aparelho respiratório	3,6	1,3	3,0	4,9	3,2	2,8	3,6	0,0
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,9	5,3	1,5	4,9	3,2	1,4	2,4	1,3
Neoplasias (tumores)	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,0	0,0	1,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,8	1,3	1,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Doenças do aparelho circulatório	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	1,4	0,0	0,0
Doenças do sistema nervoso	0,9	2,6	0,0	6,1	1,6	0,0	0,0	0,0
Doenças do aparelho digestivo	0,9	2,6	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0
Doenças do aparelho geniturinário	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Total	100,0	100	100	100	100	100	100	100,0

Fonte: AMS/DEPIS/GIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade

Do total de óbitos infantis, 63 (81,8%) ocorreram no período neonatal, que compreende do nascimento até o 28º dia de vida. Entre as mortes deste período, 49 foram no período neonatal precoce, que vai do nascimento até 7º dia de vida e, 14 foram no período neonatal tardio, que é do 7º dia de vida até o 27º dia. No período pós neonatal morreram 14 crianças (18,2%), ou seja, acima de 28 dias até um ano de idade. Os Coeficientes de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós Neonatal de 1995 a 2007 estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Coeficientes de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-neonatal (por 1000 nascidos vivos), residentes em Londrina, 1995 a 2007*.

Ano	C.M.I. Neonatal	C.M.I. Pós-neonat.	C.M. Infantil
1995	11,51	5,44	16,95
1996	8,98	5,62	14,6
1997	7,33	5,74	13,07
1998	9,65	4,44	14,09
1999	9,7	3,85	13,55
2000	9,79	4,4	14,19
2001	6,52	4,85	11,37
2002	7,42	3,57	10,98
2003	7,72	4,23	12,19
2004	5,76	2,95	8,99
2005	6,56	3,71	10,29
2006	8,76	3,5	12,26
2007*	9,6	2,13	11,73

Fonte: AMS/DEPIS/GIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade

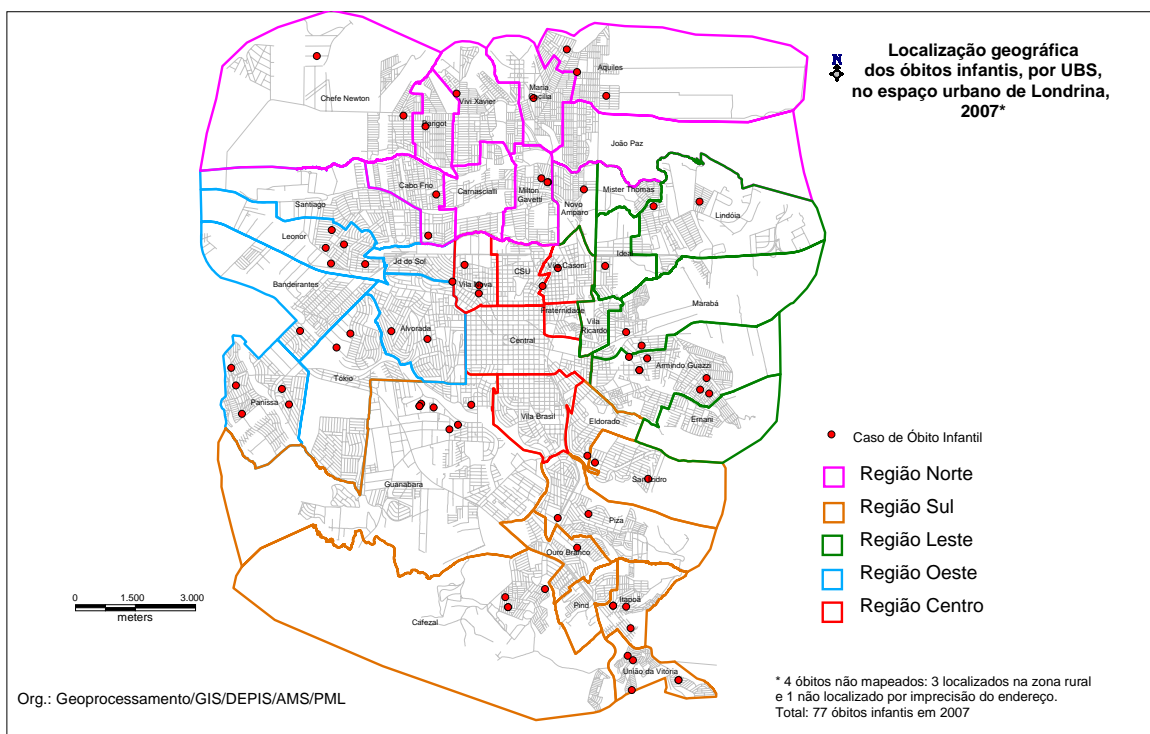
2007* Dados preliminares

Londrina tem um índice de mortalidade considerado baixo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que classifica mortalidade infantil alta quando ocorre uma média de 50 mortes de criança de até um ano de idade ou mais por mil nascidos vivos; média quando fica entre 20 a 49 por mil nascidos e baixo quando o índice fica em menos de 20 mortes.

Tabela 3 - Total de óbitos fetais, perinatais e infantis e Coeficientes de Mortalidade Perinatal e Infantil (por 1000 NV), 2000 a 2007, residentes em Londrina.

Ano	Fetal	Até 7 dias	Perinatal	CM perinatal	Infantil	CMI
2000	60	59	119	14,45	112	14,19
2001	53	34	87	11,98	80	11,37
2002	56	36	92	13,02	75	10,98
2003	63	40	103	14,87	83	12,09
2004	40	32	72	10,03	64	8,97
2005	43	32	75	10,65	72	10,29
2006	46	41	87	12,62	84	12,26
2007	46	49	95	14,37	77	11,73

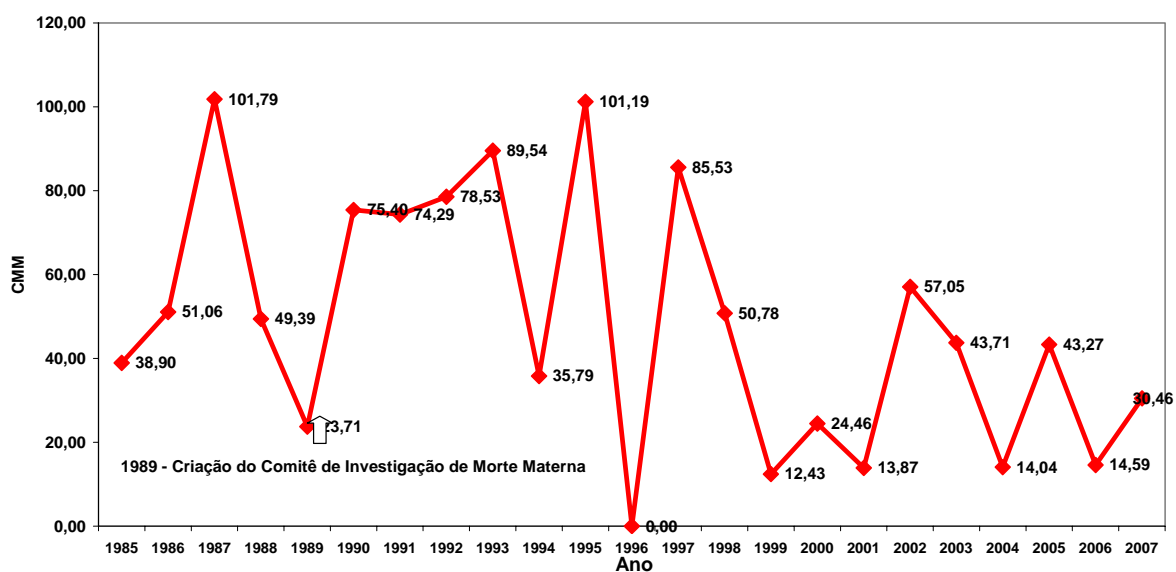
Fonte: AMS/DEPIS/GIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade



Mortalidade Materna, Londrina, 2007

O Coeficiente de Mortalidade Materna de Londrina no ano de 2007 foi de 30,46/100.000 nascidos vivos (incluindo óbitos maternos diretos e indiretos). Ocorreram dois óbitos maternos de mulheres residentes em Londrina (Figura 3).

Figura 3 - Coeficiente de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), Londrina, 1985 a 2007*.

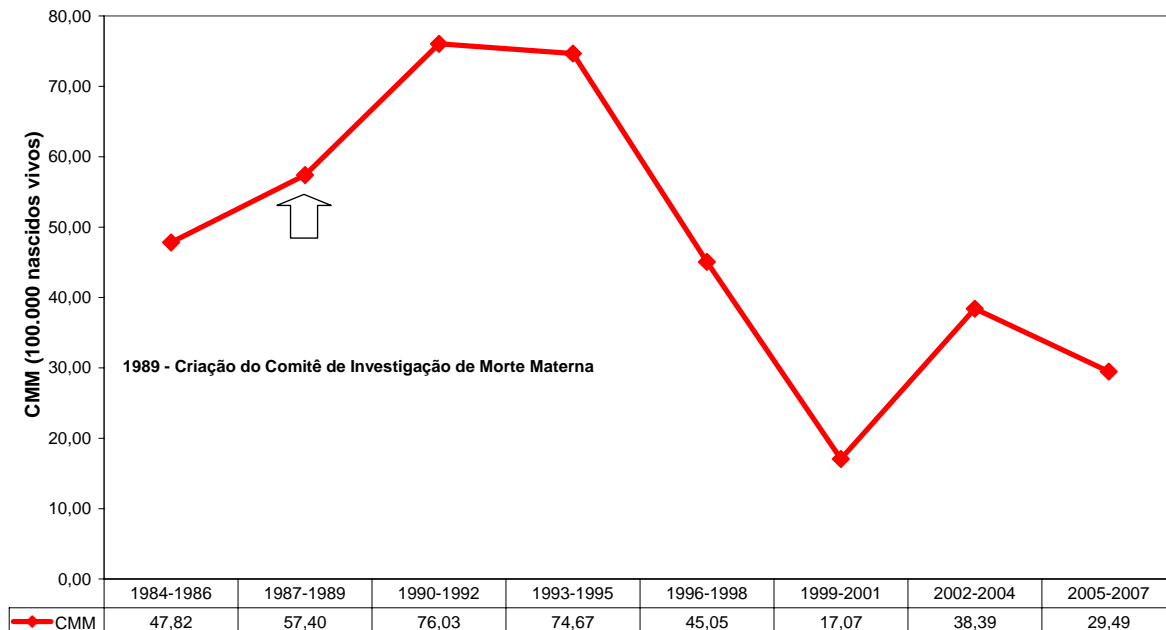


Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

*2007 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

O município de Londrina apresenta um bom sistema de estatísticas vitais, sendo possível analisar a tendência da mortalidade materna. Para esta análise, os coeficientes foram agrupados por triênios, pois a análise anual poderia levar a interpretações errôneas em função de variações aleatórias. A Figura 4 mostra a evolução destes valores de 1984 a 2007, sendo o maior valor de 76,03/100.000 nascidos vivos e o menor de 17,07/100.000 nascidos vivos, para os triênios 1990/1992 e 1999/2001, respectivamente.

Figura 4 - Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM/por 100.000 nascidos vivos), Londrina, por triênios, de 1984 a 2007*



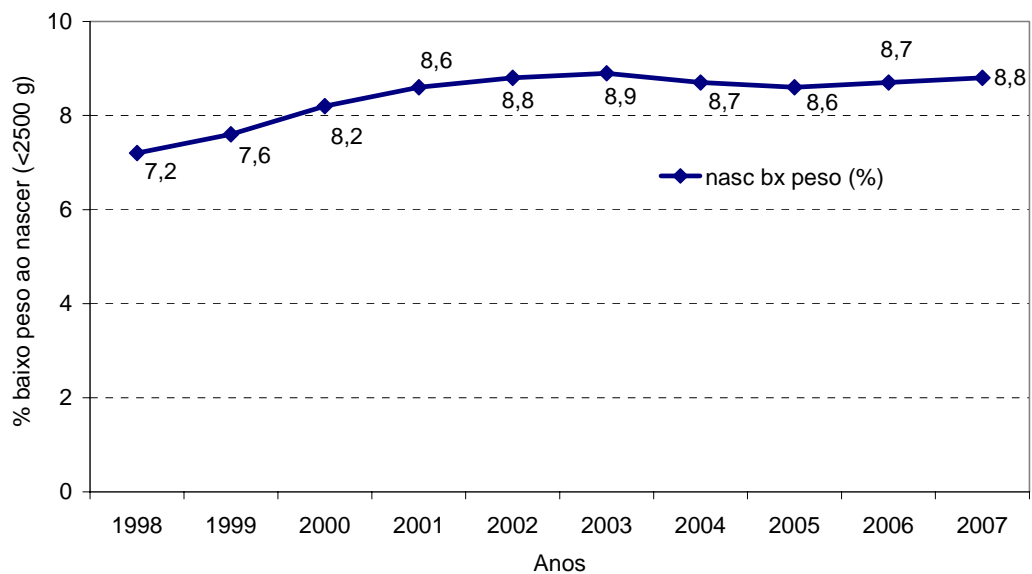
Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.
*2007 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

3.2.2. PERFIL DE NASCIDOS VIVOS, LONDRINA, 2007

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um importante instrumento para o conhecimento do perfil epidemiológico dos nascidos vivos. Este Sistema foi implantado no município em setembro de 1993 e, desde então, vem fornecendo subsídios para o planejamento das ações de saúde. Tem como um de seus principais objetivos a detecção precoce de recém-nascidos em situação de risco, como os nascidos prematuramente, de baixo peso, de mães adolescentes, entre outros.

A Figura 1 apresenta a tendência da taxa de baixo peso ao nascer para o município de Londrina de 1998 a 2007. A taxa média brasileira para baixo peso ao nascer em 2005 foi de 8,0% e para os estados da Região Sul esse valor foi de 8,4%. Para o município de Londrina em 2007, esse valor foi de 8,8%. O baixo peso ao nascer pode sinalizar risco de óbito infantil.

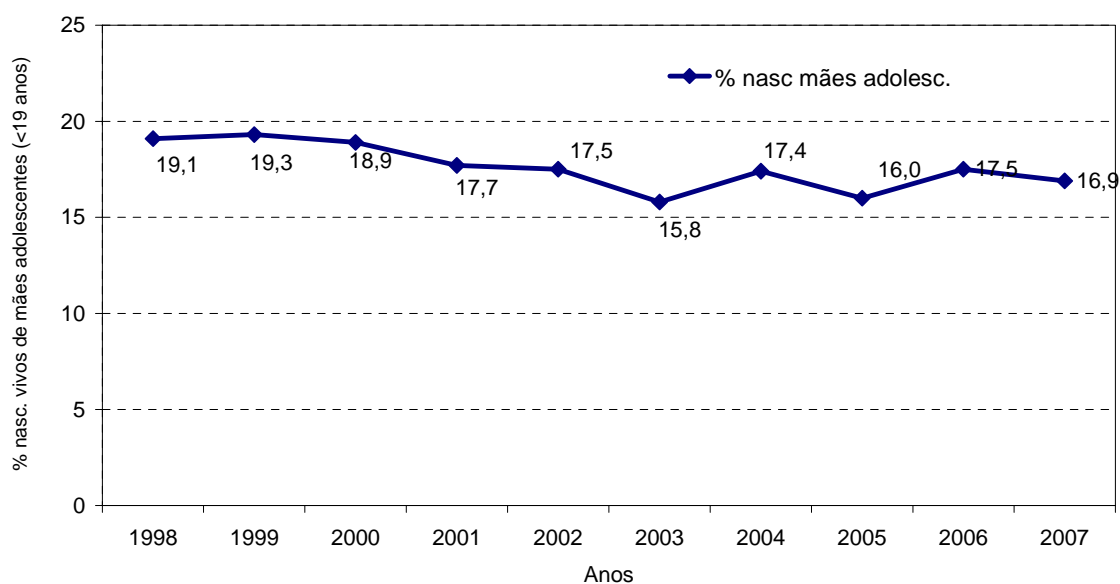
Figura 1 - Taxa (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer (<2500 g), residentes em Londrina, 1998 a 2007



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

A Figura 2 indica que a taxa de mães adolescentes (idade menor que 19 anos) para o ano de 2007 foi de 16,9%. O Estado do Paraná apresentou um percentual de 20,7% em 2005.

Figura 2 - Taxa (%) de nascidos vivos de mães adolescentes (< 19 anos), residentes em Londrina, 1998 a 2007

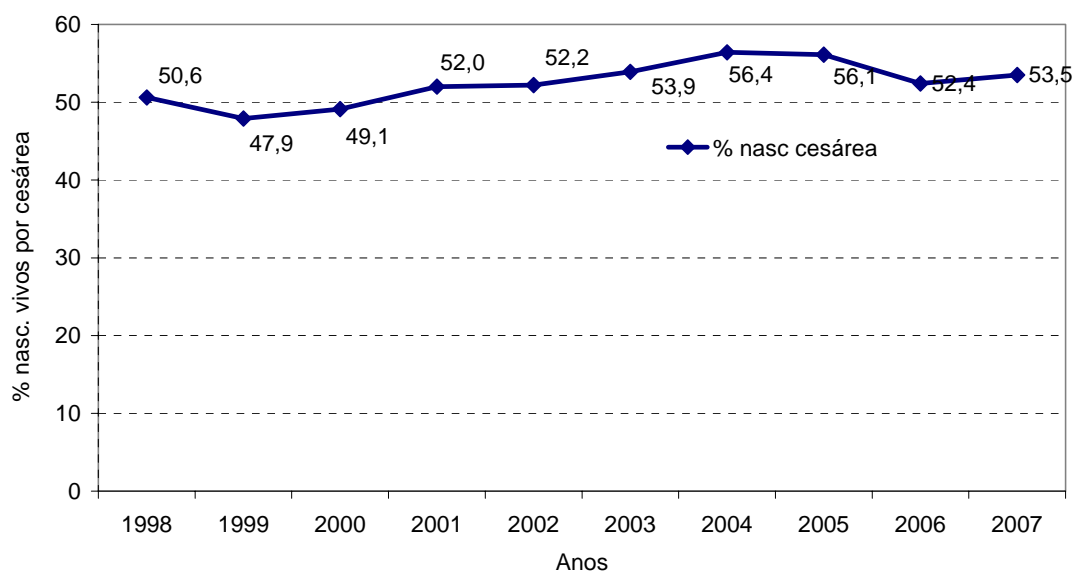


Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

Em Londrina a taxa dos partos realizados por procedimento cirúrgico tem mantido percentuais acima de 50,0% desde 2001, sendo que para 2007 esse valor foi de 53,5% (Figura 3). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que essa taxa seja, no máximo, de 25%.

A média brasileira em 2005 para nascimentos por parto cesáreo foi de 43,2%.

Figura 3 - Taxa (%) de nascidos vivos por cesárea, residentes em Londrina, 1998 a 2007.



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

Quanto à escolaridade materna (em anos de estudo), observou-se um aumento na quantidade de mães que referiram ter de 8 a 11 anos de estudo, que variou de 49,2% a 53,6% para os anos de 2002 e 2007, respectivamente (Tabela 1).

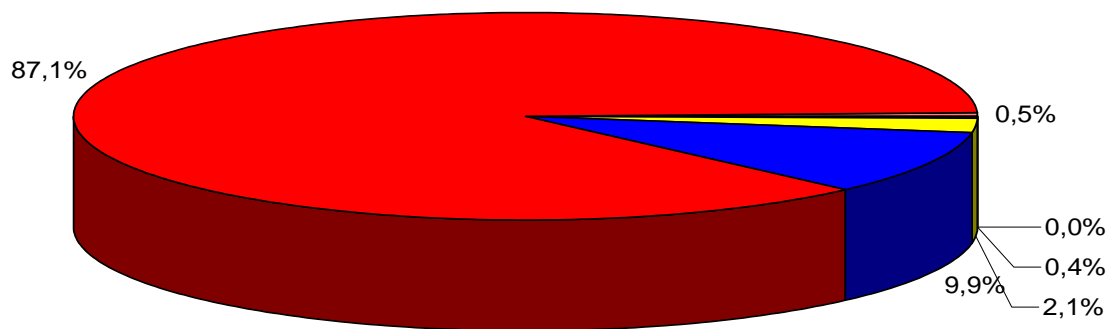
Tabela 1 - Distribuição de nascidos vivos quanto à escolaridade materna em anos de estudo, residentes em Londrina, 2002 a 2007.

Anos de estudo	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhuma	61	0,9	50	0,7	46	0,7	34	0,5	36	0,6	34	0,6
1-3 anos	284	4,1	308	4,5	476	6,7	315	4,5	208	3,3	171	2,8
4-7 anos	1.990	28,8	1.805	26,5	1.832	25,9	1.675	24,2	1.588	25,0	1.382	22,4
8-11 anos	3.399	49,2	3.533	51,9	3.447	48,7	3.581	51,7	3.266	51,4	3.307	53,6
12 e+	1.134	16,4	1.107	16,3	1.255	17,7	1.273	18,4	1.221	19,2	1.256	20,4
Ignorado	34	0,5	1	0	6	0,1	45	0,6	15	0,2	5	0,1
Não informado	2	0	4	0,1	11	0,2	10	0,1	20	0,3	11	0,2
Total	6.904	100	6.808	100	7.073	100	6.933	100	6.354	100	6.166	100

A proporção de mães que referiram ter feito 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 87,1%, conforme mostra a Figura 4. A média brasileira em 2005 foi de 52,7%, abaixo do valor mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde considera como elevada taxa superior a 80% de cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal.

Figura 4 - Nascidos vivos, segundo número de consultas pré-natal, residentes em Londrina, 2007

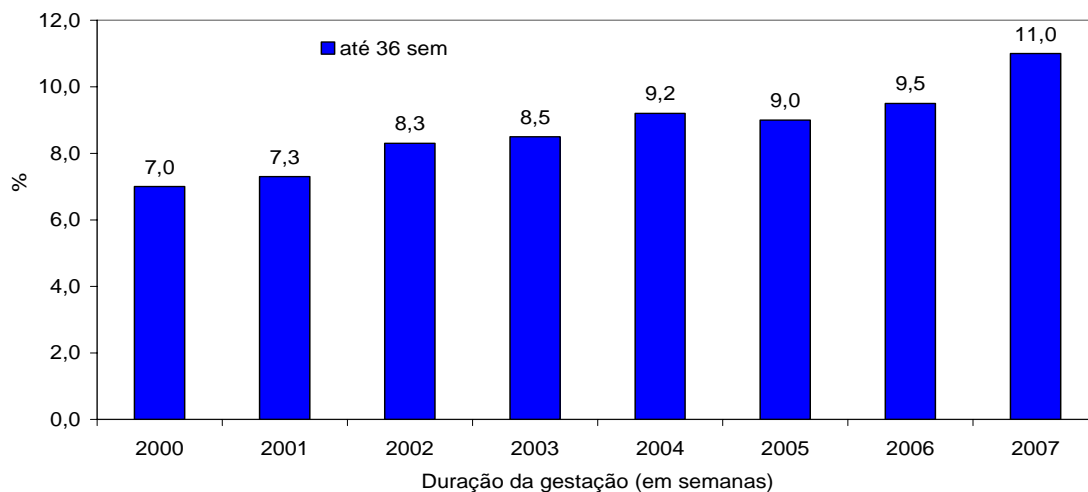


Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

■ Cons Pré-Natal ■ Nenhuma ■ 1-3 vezes ■ 4-6 vezes ■ 7 e + ■ Não inf/Ign

Em relação a duração da gestação, os partos prematuros representaram 11% do total de nascimentos em 2007 (Figura 5). Esse valor ficou acima da média do Brasil e do Estado do Paraná, em 2005, que apresentaram taxas de 6,5% e 6,2%, respectivamente.

Figura 5 - Nascidos vivos residentes em Londrina, segundo proporção de duração da gestação até 36 semanas, 2000 a 2007



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

3.2.3. INTERNAÇÕES HOSPITALARES, LONDRINA, 2007

As internações hospitalares de residentes em Londrina, no ano de 2007 totalizaram 29628 casos. Observa-se que a primeira causa, se considerado o número total, foi de internações por gravidez e parto (4277 internações), porém, é específico do sexo feminino. As internações por doenças do aparelho respiratório representaram 14,1% (4173 casos) do total de internações e por doenças do aparelho circulatório esse percentual foi de 12,3 (3630) (Tabela 1).

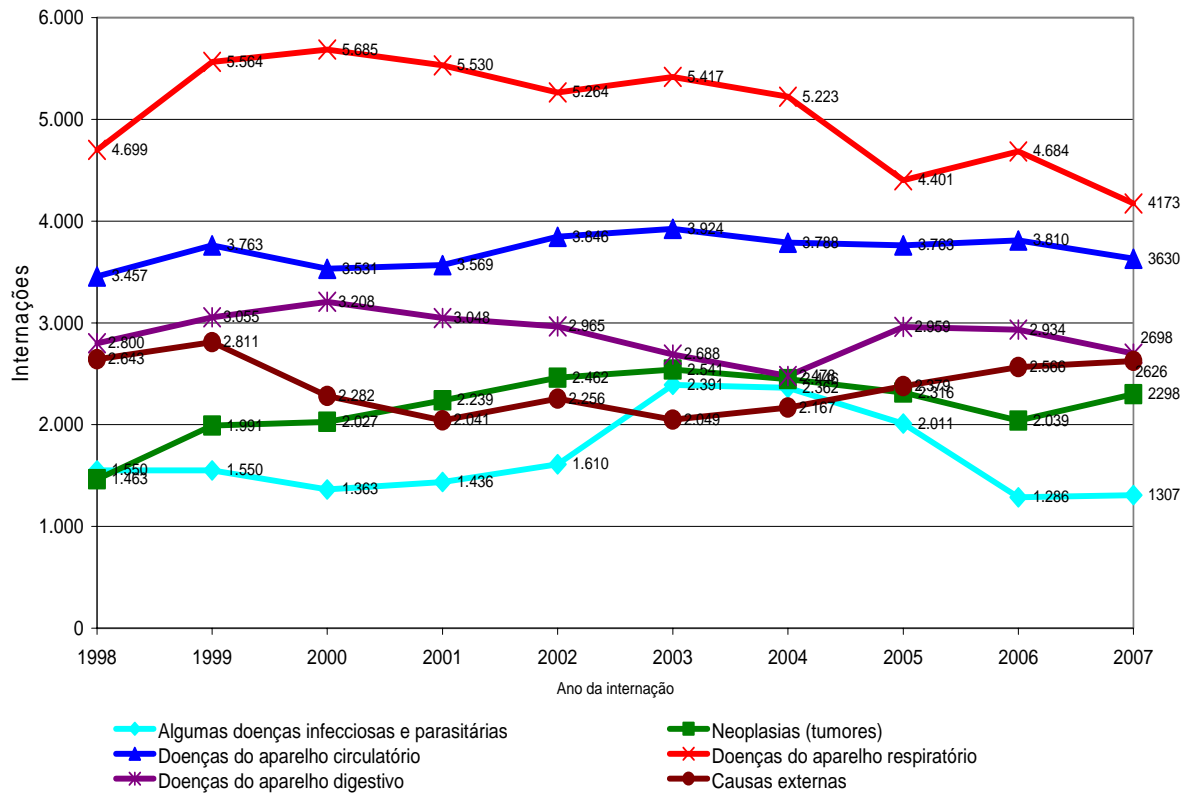
Tabela 1 - Internações por Faixa Etária segundo Capítulo CID-10, residentes em Londrina, 2007

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	55	131	75	61	51	102	150	159	125	145	139	114	1.307
Neoplasias (tumores)	5	68	27	44	53	121	174	386	444	492	339	145	2.298
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	15	14	10	10	12	24	19	27	33	21	29	217
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10	23	13	11	10	32	33	48	68	65	52	30	395
Transtornos mentais e comportamentais	0	1	2	2	40	332	458	464	256	70	7	3	1.635
Doenças do sistema nervoso	31	53	54	38	26	61	63	67	70	52	44	19	578
Doenças do olho e anexos	3	7	10	4	3	11	5	10	13	16	9	6	97
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7	20	29	8	2	3	6	7	6	3	1	0	92
Doenças do aparelho circulatório	2	14	9	4	15	122	260	513	722	860	732	377	3.630
Doenças do aparelho respiratório	504	934	520	187	95	184	155	196	232	329	436	401	4.173
Doenças do aparelho digestivo	48	137	132	79	101	229	344	407	424	377	279	141	2.698
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	47	40	22	33	83	57	79	53	51	45	31	547
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	17	45	38	52	182	182	177	181	89	86	48	1.099
Doenças do aparelho geniturinário	78	75	69	55	82	278	311	319	246	238	166	121	2.038
Gravidez parto e puerpério	0	0	0	37	1.023	2.339	773	100	5	0	0	0	4.277
Algumas afec originadas no período perinatal	422	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	427
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	47	41	45	24	26	21	16	15	16	15	11	3	280
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	18	29	24	17	17	49	66	61	49	46	40	34	450
Lesões enven e alg out conseq causas externas	29	84	122	112	225	581	366	344	248	208	179	128	2.626
Contatos com serviços de saúde	0	1	4	3	7	218	382	121	19	8	0	1	764
Total	1.270	1.699	1.236	756	1.871	4.960	3.826	3.492	3.204	3.097	2.586	1.631	29.628

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

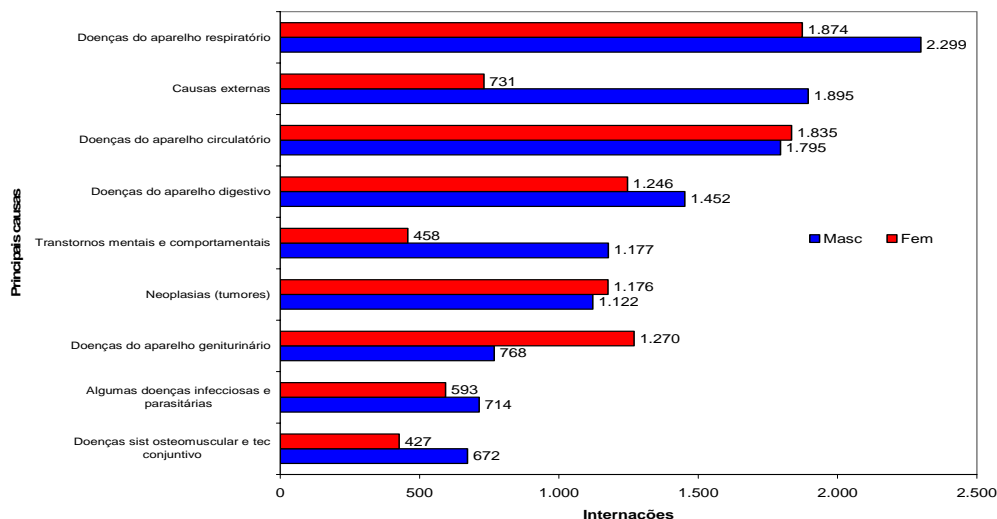
As internações por doenças do aparelho respiratório de residentes em Londrina, têm sido a principal causa desde 1998, apresentando uma pequena queda em relação a 2007 (4699 internações em 1998 e 4173 em 2007). O grupo das doenças do aparelho circulatório aparecem como segunda causa, no mesmo período analisado, evidenciando tendência ascendente ao longo dos anos (figura 1). As causas externas apresentaram um aumento importante de 2003 a 2007, fato que aponta para um aumento da violência.

Figura 1 - Internações por causas selecionadas (CID10), residentes em Londrina, 1998 a 2007



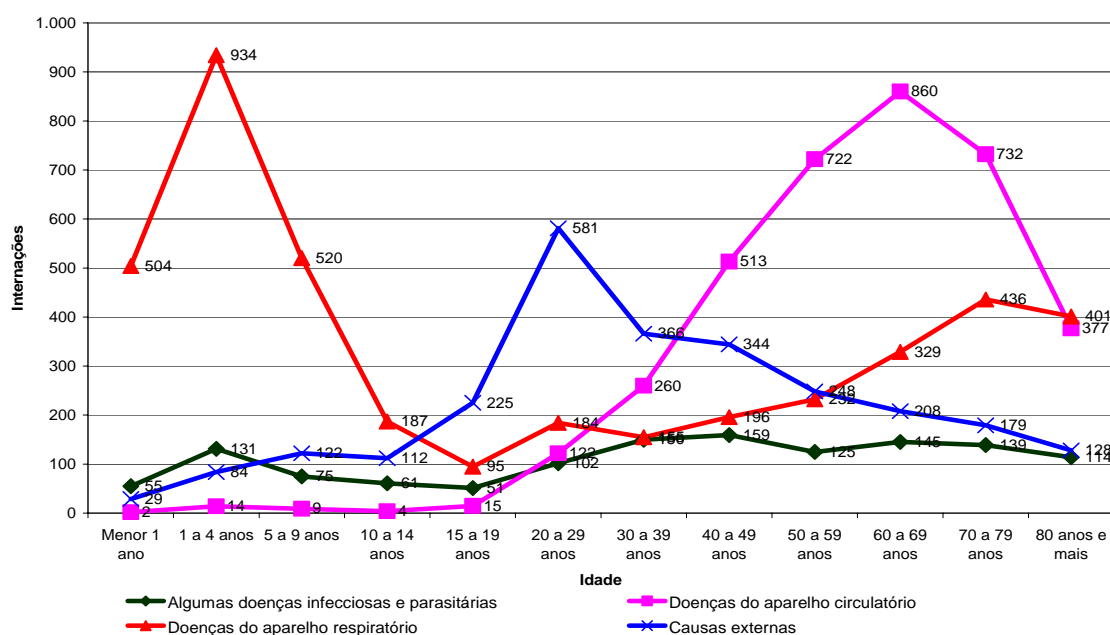
Em relação a distribuição por sexo, para os homens prevaleceram as internações por doenças do aparelho respiratório e causas externas. Já, para as mulheres, as internações decorrentes de doenças do aparelho circulatório e neoplasias apresentaram valores superiores aos dos homens (figura 2).

Figura 2- Internações por causas selecionadas e sexo, residentes em Londrina, 2007



Quanto à idade nas internações, as doenças do aparelho respiratório foram mais freqüentes em crianças até 9 anos de idade, e as internações por doenças do aparelho circulatório foram predominantes em pessoas de 60 a 69 anos. Já as complicações por causas externas tiveram o ápice das internações em indivíduos de 20 a 29 anos.

Figura 3 - Internações por causas selecionadas e idade, residentes em Londrina, 2007



No grupo das internações por doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração representaram 25% do total do grupo e as internações por acidente vascular cerebral não hemorrágico ou isquêmico foram responsáveis por 10,9%.

As pneumonias foram responsáveis por 52,2% das internações por doenças do aparelho respiratório.

As neoplasias malignas de mama responderam por 12,9% do total de internações entre as mulheres e a neoplasia maligna do colo do útero 6,6%.

Entre os homens, as neoplasias malignas de próstata representaram 8,3% e as neoplasias malignas de traquéia, brônquios e pulmões, 6,3%.

3.2.4. MORBIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis apresentam situação complexa nas últimas três décadas e estão sendo classificadas da seguinte forma: com tendência declinante, com quadro persistente e os emergentes e re-emergentes.

Nas doenças com tendência **declinantes** estão as doenças imunopreveníveis. O último caso de **Paralisia Infantil** no município foi registrado no ano de 1980. O último caso de **Raiva Humana** ocorreu na década de 70 embora se registre anualmente em torno de três mil notificações de pessoas expostas ao risco de adquirir a doença, em sua grande maioria em virtude de agressões por cães ou gatos. Em relação à **Coqueluche**, em 2007 não foi registrado caso da doença. No entanto, no período de 2002 a 2006 foram registrados casos da doença, sendo a incidência em 2006 de 2/100.000. Foram registrados dois casos de tétano acidental sendo um em 2003 e outro em 2006. Em 1997 e em 2005 foi registrado apenas um caso de **Difteria** em cada ano. Com relação ao **Sarampo**, não foi registrada a ocorrência de caso desde 1999. Em 2007 foram registrados cinco casos de **Rubéola** (incidência de 0,89/100.000) depois de quatro anos sem registro de casos. Não se tem registro da ocorrência de casos de **Síndrome da Rubéola Congênita**. Apesar da redução e até da não ocorrência de doenças imunopreveníveis é necessário ter cautela sobre seu controle, uma vez que o declínio da cobertura vacinal nos últimos anos pode ocasionar o ressurgimento destas doenças.

Com relação à **Hanseníase**, doença também tida como declinante, a incidência em 2003 era de 1,37 para 10.000 e, em 2007 de 1,07. Apesar da redução do número de casos, os pacientes têm demorado a ter a suspeita diagnóstica de Hanseníase, visto que estão chegando ao serviço com grau de incapacidade já instalado, o que não ocorria anteriormente.

No quadro das doenças **persistentes** têm-se as **meningites, hepatites virais, tuberculose, leishmaniose, leptospirose** e a **sífilis congênita**. Na Tabela 1 estão apresentados casos das meningites no período de 2000 a 2007.

Tabela 1 – Número de casos de Meningite por Tipo em residentes de Londrina, 2000 a 2007.

Tipo	Ano							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bacteriana Não Identificada	4	43	39	32	30	41	33	23
Haemophilus Influenza B	0	1	1	1	1	1	0	0
Pneumococo	10	9	7	6	6	4	3	8
Viral	98	210	327	275	256	186	278	403
Meningococo*	9	5	11	7	11	10	3	8

* Inclui Menigococemia. Fonte: SINAN

Pode-se observar no quadro que houve diminuição do número de casos de **Meningite** causada pelo Haemophilus Influenza tipo B, que é imunoprevenível. Com relação às meningites virais, ocorre predominantemente em crianças. Por sua vez, em relação às meningites por meningococo, tem se observada a baixa letalidade.

Com relação às **Hepatites Virais**, somente em 1992 é que se iniciou o diagnóstico etiológico das mesmas, sendo as Hepatites B e C, devido à sua cronicidade, de importância para a saúde pública. No ano de 2007 houve um ligeiro aumento da notificação dos casos de Hepatite C com incidência de 12,13 (por 100.000), enquanto que nos anos anteriores (2003 a 2006) a incidência permaneceu ao redor de 10. No caso da Hepatite B, em 2006 foram 49 casos e em 2007 foram 42 casos. Já com relação à Hepatite A, a incidência em 2007 foi de 44,33 (por 100.000), menor que a incidência de 2006 (59,71) e de 2005 (68,40).

Outra doença situada no quadro das doenças persistentes é a **Tuberculose**. Nos anos de 2006 e 2007 teve uma incidência de casos novos de 20,87 e 17,32 (por 100.000), respectivamente, porém, a taxa de cura nos mesmos anos foram, respectivamente de 45,61% e 59,50%, muito abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 75%. A situação desta doença causa preocupação não só pela baixa taxa de cura, mas também pela ocorrência de casos em menores de 5 anos e pelo baixo percentual de sintomáticos respiratórios examinados (aproximadamente 30% em 2007).

Na **Leishmaniose**, a maioria dos casos é autóctone e ocorre na região rural do município, com predominância para o tipo cutâneo. A incidência nos três últimos anos permanece em torno de 6 (por 100.000).

Na **Esquistossomose**, embora ocorra a presença do vetor hospedeiro intermediário em todas as regiões de Londrina, as regiões Centro, Leste e Rural, principalmente o distrito de Maravilha apresentam maior risco. É realizado sistematicamente o inquérito coprocópico e a pesquisa malacológica. Em 2006 foram diagnosticados 26 casos e em 2007 foram 13 casos com incidência de 5,32 e 2,58 (por 100.000) respectivamente.

Em 2007 houve aumento no número de casos de **Leptospirose**, cuja incidência chegou a 1,79 (por 100.000), valor este que era de 0,64 em 2003. Há predominância dos casos na zona rural, na faixa etária de 20 a 29 anos e, com relação à situação de risco, destaca-se a criação de animais, locais com presença de roedores e coleções hídricas.

Com relação à **Sífilis Congênita**, há persistência nos últimos 5 anos de 5 casos/ano. A grande maioria dos casos se confirma pela falta de tratamento do parceiro.

Finalmente, nas doenças **emergentes** e **re-emergentes**, aparecem a **Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida – Aids, Dengue, Hantavirose e Febre Maculosa**.

Com relação à **Hantavirose** e **Febre Maculosa**, o município de Londrina mantém a vigilância sobre os mesmos, porém sem registro de casos. A vigilância se faz necessária por haver registro de casos no Paraná.

Com relação à **Aids**, a Tabela 2 apresenta o número de casos novos diagnosticados por ano e a razão por sexo. Pode-se observar que há diminuição dos casos notificados nos dois últimos anos e que a feminilização da Aids já vinha ocorrendo desde 1998, apesar de que em 2003 e em 2007 haver um aumento na razão por sexo. Nos últimos 5 anos não se registra casos de transmissão vertical da Aids.

Tabela 2 – Casos de Aids adulto por ano de diagnóstico, segundo sexo e razão por sexo. Londrina, 1985 a 2007.

Ano do Diagnóstico	Masculino	Feminino	Total	Razão por Sexo
1985	1	0	1	0,0
1986	1	0	1	0,0
1987	4	1	5	4,0
1988	9	2	11	4,5
1989	10	2	12	5,0
1990	22	6	28	3,7
1991	28	9	37	3,1
1992	47	14	61	3,4
1993	69	22	91	3,1
1994	50	13	63	3,8
1995	55	26	81	2,1
1996	67	32	99	2,1
1997	74	37	111	2,0
1998	75	41	116	1,8
1999	76	40	116	1,9
2000	66	46	112	1,4
2001	81	54	135	1,5
2002	88	66	154	1,3
2003	83	35	118	2,4
2004	78	49	127	1,6
2005	75	47	122	1,6
2006	50	31	81	1,6
2007	62	27	89	2,3
Total	1171	600	1771	1,9

Fonte: DEPI/AMS/PML

Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Das doenças re-emergentes a de maior importância é a **Dengue**. Até 1967, a doença era considerada erradicada pela ausência do *Aedes aegypti* no país. A presença do *Aedes aegypti* foi registrada no município em 1986. Os primeiros casos da doença foram registrados em 1994 (2 casos importados). A Tabela 3 apresenta os casos de Dengue de 2001 a 2007 e o coeficiente de incidência.

Tabela 3 – Número de casos de Dengue, por classificação, total de casos e incidência por 100.000, de residentes em Londrina, de 2001 a 2007.

Ano	Tipo				Incidência
	Dengue Clássica	Dengue com Complicação	F.H.D.	Total	
2001	190	0	0	190	41,80
2002	498	0	1	499	108,30
2003	7.172	31	4	7.207	1.541,10
2004	15	0	0	15	3,20
2005	10	0	0	10	2,00
2006	80	0	6	80	16,10
2007	818	10	0	828	164,60

Fonte: SINAN

Observa-se que a ocorrência da doença é cíclica, ou seja, ocorre um aumento de casos a cada 3 ou 4 anos ou quando ocorre a chegada de um novo sorotipo viral. Em todos os anos, a grande maioria dos casos é autóctone e há predominância de casos nos meses de janeiro a março e, no segundo semestre, nos meses de novembro e dezembro. Apesar de todo trabalho desenvolvido para o controle do *Aedes aegypti* a perpetuação de focos em vasos de plantas e recipientes descartáveis tem mantido o índice de infestação no município. Em 2006 foram realizados cinco Levantamentos de Índice Amostral com resultados de 4,7; 1,94; 0,3; 0,1; 0,5 respectivamente. Já em 2007 foram realizados 4 levantamentos com resultados de 1,1 ; 0,2; 0,1 0,5.

IV. ATENÇÃO À SAÚDE

4.1. Atenção Básica

A atenção básica na assistência à saúde em Londrina está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 52 unidades básicas de saúde (UBS) sendo 13 em área rural e as demais na área urbana. A implantação dessas unidades ocorreu nas regiões periféricas com características da Atenção Primária à Saúde, cuja expansão se deu, principalmente em função da construção dos Conjuntos Habitacionais na década de 80. O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família em 2001 atingindo a cobertura de 70% da população do município sendo priorizadas as regiões e agrupamentos populacionais de maior vulnerabilidade social. As experiências acumuladas, muitas dessas apresentadas nas Mostras de Experiências promovidas pelo município, demonstram a ampliação da capacidade de absorção das demandas nos territórios da abrangência das equipes, a incorporação de novas tecnologias e disciplinas possibilitando a melhoria do processo de trabalho e aumentando o vínculo com as famílias e comunidade.

As UBSs se constituem porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, promover ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Nas Unidades são desenvolvidas ações em diferentes áreas. No atendimento realizado pelo profissional médico são ofertadas consultas nas áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de baixo risco, exames ginecológicos, inserção de DIU, pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura, avaliação e encaminhamento para as especialidades se necessário, entre outros.

A equipe de enfermagem oferece, além da consulta de enfermagem e acolhimento do paciente, vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames, dispensação de

medicamentos. A enfermeira apresenta ainda atuação específica realizando consulta de pré-natal e coleta da citologia oncológica, sendo responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da Unidade.

Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo agente comunitário de Saúde ou para levantamento de uma determinada situação. É através da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc. podendo ser realizadas desde uma consulta médica, odontológica, fisioterapêutica ou de enfermagem até procedimentos como um curativo, controle de PA, etc. Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: auto-cuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, etc.

O trabalho realizado pela equipe da Unidade de Saúde visa, além do atendimento a demanda espontânea e o atendimento ao seu território de responsabilidade, a unidade organiza a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico através de programas. O objetivo destes programas é de possibilitar adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de Hipertensão e Diabetes, saúde da Mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da Criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia comunitária, fitoterapia, saúde indígena, saúde do idoso, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social.

A atenção odontológica é desenvolvida em 41 unidades básicas de saúde priorizando a faixa etária infanto-juvenil e as gestantes. Em 16 unidades básicas estão sendo desenvolvidas atividades do PSF-Saúde Bucal oferecendo atenção básica integral à população (Unidades do Aquiles, Armindo Guazzi, CH Newton/Paraty, Cabo Frio/Imagawa, Eldorado, Itapoã, União da Vitória, Vila Nova, Centro, Tóquio, Novo Amparo, Ideal, Lerroville, Guaravera, Panissa /Maracanã e Jardim do Sol). A referência de casos mais complexos é feita para o Centro de Especialidades Odontológicas CEO. Os casos de urgência são encaminhados ao pronto socorro da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina.

Os exames de patologia clínica solicitados e coletados pelas UBSs são realizados pelo laboratório municipal CENTROLAB e prestadores credenciados do SUS que fazem os exames de bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, hormônios, líquido, urinalise, parasitológico de fezes. Alguns exames de maior complexidade e/ou justificados por fazerem parte de protocolos de programas prioritários são ofertados pelos serviços contratados. Os exames de radiologia são feitos em serviços credenciados do município, e os de maior urgência são realizados no Pronto Atendimento Municipal.

Com o objetivo de ampliar as possibilidades das equipes saúde da família no que se refere a resolubilidade e integralidade das ações na atenção básica estão sendo implantados dez Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Entre as principais atividades a serem desenvolvidas pelos núcleos estão atuar junto às equipes saúde da família buscando ampliar as ações de forma multiprofissional para melhora dos indicadores de saúde da população. Além disto deverão atuar em projetos terapêuticos individuais por meio de gestão de casos clínicos e atendimentos aos usuários em conjunto com as unidades e equipes de saúde visando a redução de agravos à saúde da população. Os núcleos serão compostos por profissionais nas áreas de nutrição, farmácia, psicologia, fisioterapia e educador físico. Fazem parte das diretrizes a ampliação do programa de saúde bucal e de saúde mental. Dentro dessas ações também está a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde e da política de educação permanente.

Região	UNIDADES DE SAÚDE	Equipe Saúde da Família	Odontologia Saúde Bucal	Odontologia Crian/adoles gest	População abrangência 2007	População - SIAB*
O 1	Alvorada "Dr Carlos da Costa Branco"	01	-	01	23702	8.278
N 2	Aquiles Stenghel "Maria Anideje de Mello"	03	01	01	17616	7.733
L 3	Armindo Guazzi "Dr Paulo Roberto Moita"	03	01	01	15975	12.218
O 4	Bandeirantes "Dr Rui Viana Júnior"	03	-	01	15113	12.909
N 5	C.H. Newton/Paraty "Dr Bruno Piancastelli Fº."	03	02	-	8286	8.429
S 6	Cafezal "Aníbal Siqueira Cabral"	03	-	01	17905	9.069
N 7	Carnascialli "Ruy Viermond Carnascialli"	02	-	01	9937	5.573
C 8	CENTRO "Clair A. Pavan"	02	02	-	39477	4.113
C 9	Centro Social Urbano "Dr Ody Silveira"	02	-	01	9761	5.748
S10	Eldorado	02	01	-	9256	6.848
L11	Ernani Moura Lima "Dom Elder Câmara"	01	-	01	7221	2.623
C12	Fraternidade	01	-	-	4894	3.323
C13	Guanabara "Dr Ibrahim Soubhia"	01	-	-	16332	5.799
N14	Imagawa/Cabo Frio "Padre Pedro Jorda Sureda"	03	01	-	10976	9.080
L15	Ideal / PIL "Armando Porto Alegre"	01	01	-	3768	2.482
S16	Itapoã "M.W.K. Kellog"	02	01	01	11772	9.820
O17	Jardim do Sol "Dr Anísio Figueiredo"	02	01	01	9553	7.131
N18	João Paz "Márcia Andreoni Der Bedrossian"	02	-	01	11926	6.540
O19	Leonor "Hebert de Souza, Betinho"	03	-	01	15444	7.707
L20	Lindóia "Irmã Maria Osvalda Kneer"	02	-	01	10069	7.829
L21	Marabá "Dr Eugênio Molim"	03	-	01	14327	10.973
N22	Maria Cecília "Dr Orlando Vicentini"	02	-	01	18865	8.660
N23	Milton Gavetti	01	-	01	7961	4.670
L24	Mister Thomas	01	-	-	3879	2.213
L25	Novo Amparo "Moema"	01	01	-	4306	3.491
S26	Ouro Branco "Dr Luiz Carlos Jeolás"	02	-	01	9280	9.120
O27	Panissa "Avelino Antonio Vieira"	03	02	01	13722	7.834
N28	Parigot de Souza "Dr Mauro R R. Bergonse"	02	-	01	12242	8.770
S29	Parque das Indústrias-"Dr Walter Zamarian"	02	-	01	7646	4.129
S30	Piza/Roseira "Dra Maria do Socorro N. Brito"	03	-	01	13857	10.656
S31	San Izidro "Julinda F. da Cunha Pereira"	01	-	-	5916	6.564
O32	Santiago "Dr Edgard B. Valente"	03	-	01	14279	10.300
O33	Tóquio "Carlos Augusto Mungo Genéz"	01	01	01	11470	4.286
S34	União da Vitória "Orlando Cestari"	03	02	-	10358	8.976
C35	Vila Brasil/Flórida "Dr Aroldo M. Sardenberg"	02	-	-	19331	5.470
C36	Vila Casoni "Dr Newton Leopoldo da Câmara"	01	-	01	11243	8.808
C37	Vila Nova "Luiz Marques de Mendonça"	02	01	-	8458	6.622
L38	Vila Ricardo	01	-	-	8760	4.093
N39	Vivi Xavier "Dr Justiniano Climaco da Silva"	03	-	01	13548	6.797
R40	Guairacá	-	-	-	Pop incl em Paiquerê	893
R41	Guaravera	01	01	-	4386	4.316
R42	Irerê "Dr Isao Udihara"	01	-	01	2442	1.840
R43	Lerrovilla "João Nicolau"	02	01	-	4260	3.703
R44	Maravilha	01	-	01	1037	990
R45	Paiquerê	01	-	01	2954	1.377
R46	Patrimônio Regina	01	-	-	2278	2.375
R47	São Luiz "Waldomiro Pereira Dutra"	01	-	01	1539	1.488
R48	Patrimônio Selva	01	-	-	2182	1.147
R49	Taquaruna	-	-	-	Pop incluída em Irerê	548
R50	Três Bocas	-	-	-	Pop incluída em Selva	978
R51	Warta "Gertrudes Stappassoli Herek"	01	-	01	1712	1.712
R52	Reserva indígena Apucarantina "Maria Vaganh"	01	-	01	1450	0
R52a	Posto Avançado "Barreiro"*	-	-	-	Pop incluída na ResApucarantina	0

4.2. Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde serviços de pronto-atendimento que contam com apoio de um complexo regulador que está em implementação.

As unidades de saúde estão sendo qualificadas para gestão do cuidado e os casos de maior complexidade são encaminhados para os serviços ambulatoriais de referência secundária, Policlínica Municipal, consultórios credenciados e ambulatórios contratados, prestadores de serviços sendo o ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema o principal deles. Estão incluídos os serviços estaduais, filantrópicos e particulares que compõem a rede de atenção à saúde.

No ano de 2007 houve um avanço significativo no acesso aos procedimentos especializados (consultas, exames, terapias entre outros), nos diversos pontos de atenção à saúde. O município implementou as ações de regulação da atenção à saúde, desde à unidade básica de saúde até os serviços hospitalares.

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existente no município é referência regional e macro-regional para os serviços de média e alta complexidade com a oferta atendimento integral nas diversas áreas, incluindo oncologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, dermatologia, pequenas cirurgias, hemodiálise, vascular, hematologia, oftalmologia, transplantes e reabilitação funcional global. A incorporação tecnológica na área ambulatorial especializada tem sido significativa principalmente na área de cirurgias ambulatoriais como urologia, gastroenterologia, vasectomia, oftalmologia, vascular e saúde auditiva(próteses) entre outros.

Para dar respostas as necessidades identificadas pelas equipes de Saúde da Família que, desenvolveram maior conhecimento da clientela sob sua responsabilidade e identificaram grupos de pacientes/agravos prioritários foi implantada a Policlínica Municipal. As especialidades que foram organizadas na Policlínica dentro dessa perspectiva foram: cardiologia, endocrinologia, pneumologia (programa de Asma), neurologia, dermatologia, acupuntura para dores crônicas, fisioterapia e nutrição. Atualmente também estão ofertados atendimentos em Moléstias Infecciosas da Infância, Hanseníase, e referência para o Programa de Saúde do Idoso, Programa de Atendimento ao Adolescente e ambulatório de controle do Tabagismo e a referência para o Programa de Saúde do Idoso e atendimento a Portadores de Alzheimer.

O Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR) foi criado em 1995, pelos municípios para descentralizar a gestão de serviços de média complexidade para oferecer atendimentos nas áreas de maior necessidade e maior dificuldade de acesso do paciente por não existência destes no município, como por exemplo a disponibilização de exames de broncoscopia, espirometria, endoscopia, colonoscopia e retossigmoidoscopia, eletroencefalograma, ultrassonografia, Doppler de vasos, nasolaringofibrosopia, audiometria, bera, emissões otoacústicas e impedanciometria, estudo urodinâmico. Oferta também os exames na área de cardiologia como ecocardiograma, eletrocardiograma e ergometria. São ofertados os serviços de fisioterapia, ações e órtese e prótese, coleta de material para exames, Programa de Saúde Auditiva e ambulatório de pequenas cirurgias.

O atendimento em fisioterapia é demandado desde a atenção básica até hospitalar, sendo este acesso regulado através da Central de Regulação Ambulatorial, por profissional fisioterapeuta, que avalia cada caso, identificando a necessidade e o melhor lugar da rede para o atendimento, garantindo o acesso no tempo adequado, para que não haja prejuízo a reabilitação.

Atenção a Saúde Mental está organizada a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contemplando o atendimento ao usuário nos diversos momentos de seu sofrimento psíquico de forma a buscar a integralidade do cuidado. Os CAPS, obedecendo a Port. GM 336/2002, são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental com enfoque comunitário, territorial, com atividades de inserção social e reabilitadoras em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As equipes de saúde mental realizam ações matriciais e capacitações para atenção básica buscando ampliar o olhar e os cuidados aos portadores de transtornos mentais desde suas manifestações mais precoces. Os CAPS realizam

atendimento somente para residentes de Londrina através de procura direta ou encaminhados pela rede municipal em suas diversas estruturas. O atendimento ao adulto (CAPS III) é ofertado em regime eletivo e de urgência 24 h, o atendimento para dependência química (álcool e drogas) pode ter procura direta em horário comercial e o atendimento à criança é triado e agendado na própria sede do CAPS-i.

Além dos serviços acima citados, é ofertado atendimento ambulatorial no Ambulatório de Psiquiatria, através de procura direta ou referenciada de outros serviços. Anexo a este serviço funciona o Hospital-Dia Maxwell que realiza internações em regime hospital-dia. Ambos atendem o município de Londrina e outros da 17ª Regional de Saúde.

As perspectivas para implementação na área de saúde mental apontam para ampliação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental aumentando a resolutividade e qualidade das ações e ampliação da integralidade da assistência estendendo as ações de saúde mental nos serviços de urgência, emergência e hospital geral com objetivo de reduzir internações psiquiátricas.

O município dispõe de serviço de internação domiciliar, implantado em 1996, que é destinado a pacientes que devem ficar internados, mas podem receber esse atendimento em sua própria casa na área urbana de Londrina. Respeitando-se os critérios estabelecidos para admissão do paciente para internação domiciliar, o médico do Hospital ou da unidade de Saúde encaminha o paciente ao SID, onde será assistido por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicóloga até a alta. As equipes estão organizadas para cuidados paliativos oncológicos (1), assistência e antibioticoterapia endovenosa (3) e assistência domiciliar terapêutica (ADT) (1) a pacientes com AIDS. Desde o ano de 2006 o SID passou a atender pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com necessidade do uso de oxigênio domiciliar. A família é capacitada para os cuidados durante o tratamento e pós alta por melhora ou outros motivos. O SID tem como objetivo reduzir riscos de infecção hospitalar em internações prolongadas, humanizar o atendimento e melhorar a qualidade de vida de pacientes inclusive os fora de possibilidade terapêutica e estimular a adesão ao tratamento com antiretrovirais. Conforme dados de 2007, quase metade dos pacientes atendidos foi portadores de neoplasias e doenças do aparelho respiratório e a média de permanência foi de 71 dias.

O atendimento em urgência/emergência pré-hospitalar móvel é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMÚ – 192 e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência SIATE – 193. O SAMU abrange a região metropolitana incluindo Cambé e Ibiporã através de unidades de Suporte Básico (6) e de Suporte Avançado (2) e ainda de ambulâncias para transporte de pacientes regulados através de Central de atendimento telefônico e orientação. Num total de 106.915 atendimentos telefônicos em 2007 foram geradas 2.746 orientações médicas, 54.471 atendimentos com unidade móvel, 32.960 orientações, transferências e outras condutas além de 16.738 trotes. Do total de atendimentos por unidades móveis apenas 4 % são atendimentos por unidades de suporte avançado.

O SIATE presta atendimentos ao trauma em parceria com a Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Saúde. Em 2007 foram 4.721 (66,4 %) acidentes de trânsito, 1303 (18,3%) quedas, 204 (2,8 %) ferimentos por arma de fogo, 93 (1,3 %) ferimento por arma branca e 793 (11,2 %) atendimentos de outras causas.

O município presta atendimento pré-hospitalar fixo em urgência/emergência em quatro unidades de saúde sendo uma na região Sul a UBS União da Vitória (16 h diariamente), na região norte a UBS Maria Cecília (16 h diariamente) temporariamente transferido para a Unidade de Saúde Vivi Xavier por motivo de reforma da unidade, na região Oeste a UBS Leonor (24 h) e na região central o PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL (adulto e infantil) 24h. O PAM atendeu aproximadamente 170.000 consultas em 2007.

O atendimento de urgência/emergência hospitalar é feito através dos pronto-socorros da cidade que se diferenciam pela complexidade. Os Hospitais da Zona Norte e da Zona Sul são hospitais gerais e atendem a procura espontânea e também atendimentos referenciados pelas unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos e SAMU/SIATE.

Os hospitais gerais terciários (Santa Casa, Evangélico e Universitário) recebem preferencialmente pacientes encaminhados pelos SIATE/SAMU e pronto-atendimentos evitando a sobrecarga dessas unidades hospitalares e as distorções da procura espontânea.

Na área de saúde mental existe o pronto atendimento psiquiátrico 24 horas que está instalado junto ao Caps III e é responsável pelo atendimento de urgência e emergência para a macro-região e faz a regulação das internações psiquiátricas para os dois Hospitais Psiquiátricos de Londrina.

Produção Ambulatorial por estabelecimento com cod.CNES segundo frequência, valor aprovado e médio por grupo de procedimentos em Londrina, 2007

Grupo Procedimento	Qte Paga	VI.Aprovado	VI Médio
01-AÇÕES EXECUT.ENFERMAGEM E OUTROS DESNIVEL MEDIO	2.718.522	0,00	0,00
02-AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS	1.069.035	0,00	0,00
03-AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA	764.637	0,00	0,00
04-AÇÕES EXEC. P/ OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	232.784	0,00	0,00
05-PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	9.451	0,00	0,00
07-PROC.REAL.MEDICOS,OTROS NIVEL SUPERIOR E MEDIO	798.118	5.781.490,67	7,24
08-CIRURGIAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS	28.018	1.738.102,32	62,04
09-PROCEDIMENTOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS	14.825	482.470,22	32,54
10-AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA	40.639	162.980,61	4,01
11-PATOLOGIA CLÍNICA	1.397.789	6.198.634,93	4,43
12-ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA	17.053	445.674,06	26,13
13-RADIODIAGNÓSTICO	194.338	2.247.679,00	11,57
14-EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	53.246	927.207,63	17,41
17-DIAGNOSE	196.413	1.529.909,29	7,79
18-FISIOTERAPIA (POR SESSÃO)	171.164	451.458,15	2,64
19-TERAPIAS ESPECIALIZADAS (POR TERAPIA)	124.356	2.048.068,77	16,47
20-INSTALACAO DE CATETER	26	3.120,00	120,00
21-PRÓTESES E ÓRTESES	21.586	502.190,23	23,26
22-ANESTESIA	279	4.140,36	14,84
26-HEMODINÂMICA	444	238.525,20	537,22
27-TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	56.015	8.858.650,20	158,15
28-RADIOTERAPIA (POR ESPECIFICAÇÃO)	74.146	1.262.694,27	17,03
29-QUIMIOTERAPIA - CUSTO MENSAL	14.322	6.905.840,29	482,18
30-BUSCA DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE	1.281	248.526,11	194,01
31-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	234	62.980,00	269,15
32-MEDICINA NUCLEAR - IN VIVO	1.101	184.129,29	167,24
33-RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	457	36.931,63	80,81
35-TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA	5.276	558.178,52	105,80
38-ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	167.862	2.640.610,33	15,73
39-ATENÇÃO À SAÚDE	10.613	1.973.185,58	185,92
Total	8.184.030	45.493.377,66	5,56

Fonte:DACA/SAI e SIH/apmm

Os procedimentos hospitalares que não são realizados na urgência são considerados eletivos e são agendados pelos setores de internação dos respectivos hospitais com a documentação e indicação feita pelo médico responsável e autorizado pelo gestor municipal (Diretoria de Avaliação , Controle e Auditoria – DACA) na Vila da Saúde.

Os hospitais Universitário Regional do Norte do Paraná, Evangélico e Santa Casa de Londrina são considerados hospitais terciários ou de alta complexidade principalmente

nas áreas de cardiologia, ortopedia, transplantes, neurologia e UTI's incorporando tecnologia avançada em procedimentos para os pacientes do SUS.

Os hospitais estaduais se caracterizam por realizarem procedimentos cirúrgicos eletivos que resultam em internações de curta permanência e internações na área de clínica médica.

O Instituto de Câncer de Londrina é Centro de Alta complexidade em Oncologia de referência para macrorregião e proporcionalmente é o que mais atende pacientes de outras localidades.

Na área de psiquiatria a capacidade instalada é de 200 leitos para pacientes de ambos os sexos com transtornos mentais severos e 06 leitos para adolescentes na Clínica Psiquiátrica de Londrina e 65 leitos para pacientes do sexo masculino com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas na Vila Normanda Clínica Psiquiátrica Comunitária.

Na atenção hospitalar, foram realizados no município de Londrina no ano de 2007, 42.917 atendimentos (internações).

Tabela: Dez maiores causas de internação no município pelo SUS em Londrina, 2007.

Causa	Nº	Valor total
35025018PARTO NORMAL EXCLUSIVAMENTE P/ HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	2.844	1.259.592,09
63001608 TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE III - RPH	2.784	2.244.533,42
76500063 PNEUMONIA EM ADULTO	1.263	849.099,06
85500879 INTERCORRENCIAS CLINICAS DE PACIENTE ONCOLOGICO	1.077	590.192,67
63001586 TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE I - RPH	985	827.060,72
35026014 CESARIANA - EXCLUSIVAMENTE HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	892	572.143,58
76300072 PNEUMONIA EM CRIANCA	829	383.718,37
72500000 DIAGNOSTICO E/OU 1º ATENDIMENTO EM CLINICA MEDICA	789	59.558,81
37003038 AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA	717	180.394,42
77500032 INSUFICIENCIA CORONARIANA AGUDA	685	569.966,38
Total	42.917	42.584.796,66

Fonte:SIHD/DACA

A Maternidade Municipal Lucilla Balallai (MMLB) atende em média 75% dos partos SUS realizados no Município, sendo referência à gestante de baixo e médio risco que fazem ou não pré-natal na rede básica de saúde. A estrutura física ocupa uma área de 3.227m², distribuídos em 40 leitos, 3 salas de parto e duas salas de cesárea e demais áreas de apoio. É responsável por média de 350 partos mensais, sendo em média de 75% de partos normais. Conta com equipe multiprofissional, constituída por médicos obstetras, pediatras, anesthesiologistas, enfermeiras obstétricas, enfermeiras, nutricionistas, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga, 01 técnico em higiene dental, técnicos e auxiliares de enfermagem e demais profissionais de apoio, treinados e comprometidos com a assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal. Durante sua internação são desenvolvidos trabalhos de orientação e manejo do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascidos como vacina de BCG e hepatite, teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e orientação odontológica. Também são proporcionados esclarecimentos sobre planejamento familiar e realizadas laqueaduras tubárias no pós-parto.

Outros serviços oferecidos na própria maternidade é o registro de nascimento, o atendimento em posto de coleta de leite humano e o atendimento à mulher vítima de violência sexual (Programa Rosa Viva).

Para atendimento a gestação de alto-risco, as pacientes são encaminhadas desde o pré-natal para o ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. Para o parto de gestantes de alto-risco estão habilitados para o SUS o Hospital Universitário (UEL) e o Hospital Evangélico.

Ainda na média complexidade, deve-se destacar as cirurgias eletivas, cuja maioria se realiza nos dois hospitais de nível secundário, Eulalino Andrade (Zona Sul) e Anísio Figueiredo (Zona Norte).

Tabela: Dez tipos de cirurgias eletivas de maior frequência na média complexidade, em 2007.

Causa	Nº	Valor total
48020095 CIRURGIA DE VARIZES BILATERAL	611	306.180,16
33004080 COLECISTECTOMIA	459	312.831,19
33011117 HERNIORRAFIA INGUINAL (UNILATERAL)	446	182.341,66
34022040 LAQUEADURA TUBARIA	332	91.760,86
33030073 HEMORROIDECTOMIA	228	59.305,94
33015082 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	220	150.317,87
37002031 ADENOIDECTOMIA	188	38.433,86
34008020 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	180	70.077,61
33015112 HERNIORRAFIA UMBILICAL	157	54.429,81
31005128 RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	153	86.507,22

FONTE: SIHD/DACA

Tabela: Dez cirurgias de alta complexidade de maior frequência pelo SUS em Londrina, 2007.

CIRURGIAS - ALTA COMPLEXIDADE	Nº	Valor total
31000002 CIRURGIA MULTIPLA	627	985.099,64
48030112 ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMARIA (INCLUSO CATETERISMO)	225	1.122.028,29
48010081 REVASCULARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPOREA, COM DOIS OU MAIS ENX	183	1.324.703,50
42705070 MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA	144	129.092,84
48030074 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE PROTESE INTRALUMINAL	113	510.060,49
48010294 IMPLANTE DE MARCAPASSO DE DUPLA CAMARA TRANSVENOSO	112	923.925,75
39009130 TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR,	111	185.618,61
39018121 ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL CIMENTADA	74	251.209,56
39013138 TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA TRANSTROCANTERIANA	71	135.633,41
31723039 RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL	68	38.712,59

FONTE: SIHD/ DACA

O Hospital de Clínicas /Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná presta assistência de alta complexidade para o SUS nas áreas de Transplantes de Rim e Córnea, Enxerto de Tecidos ósseo, Oncologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Videolaparoscopia, AIDS, Busca Ativa e Abordagem de Possível Doador de Órgãos, Obesidade Grave, Planejamento Familiar, Laboratório de Histocompatibilidade e Exames detecção de carga viral CD4/CD8 . O HU também tem serviço de Nutrição Parenteral/Enteral, UTIs neo natal, pediátrica e de adulto e Centro de Tratamento de Queimados e é Centro de Referência de Alta complexidade cardiovascular (cirurgia cardiovascular e vascular, cardiologia intervencionista, endovascular extracardiaco, eletrofisiologia).

A Santa Casa de Londrina está habilitada para serviços de alta complexidade em neurocirurgia e ortopedia além de realizar transplantes cardíaco e renal. Está habilitada

como Unidade de Referência para cirurgia cardíaca. Tem UTIs nível III para adulto, pediátrica e neo-natal.

O Hospital Evangélico está habilitado para procedimentos de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, alto risco em obstetria e transplantes renal e de córnea. Tem UTI neonatal, pediátrica e de adulto.

Tabela : Freqüência de internações realizadas pelo SUS com valores total e médio segundo Hospital em 2007, Londrina PR

Hospital	Qte	Valor Total	VI Médio
CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRINA LTDA	641	555.936,55	867,30
CLINICA PSIQUIATRICA DE LONDRINA LTDA	2.784	2.244.533,42	806,23
VILLA NORMANDA CLINICA PSIQUIATRICA COMUNITARIA SC LTDA	985	827.060,72	839,66
INSTITUTO DE SAUDE DO PARANA - HZNorte	4.480	1.632.178,68	364,33
INSTITUTO DE SAUDE DO PARANA - HZSul	3.768	1.241.037,02	329,36
HOFTALON CENTRO DE ESTUDO E PESQUISA DA VISAO	69	46.806,77	678,36
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE LONDRINA	84	13.915,00	165,65
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	4.581	6.269.966,93	1.368,69
IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	6.975	13.325.608,55	1.910,48
INSTITUTO DE CANCER DE LONDRINA	4.488	3.630.144,63	808,86
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - HURNP	13.763	12.519.060,88	909,62
MAXWELL HOSPITAL DIA DE LONDRINA SC LTDA	261	254.075,22	973,47
TOTAL	42.879	42.560.324,37	992,57

Fonte:DACA/SIA e SIH/apmm

Tabela : Valores pagos em R\$ aos Prestadores SIA E SIH de Londrina

		2006	Média/mês 2006	2007	Média/mês 2007
Alta Complexidade	Hospitalar	12.799.244,82	1.066.603,74	13.597.605,12	1.133.133,76
	Ambulatorial	7.240.279,42	603.356,62	8.183.198,65	681.933,22
Média Complexidade	Hospitalar	22.788.499,26	1.899.041,61	25.360.684,30	2.113.390,36
	Ambulatorial	17.103.641,56	1.425.303,46	18.459.618,44	1.538.301,54
Ações Estratégicas	Hospitalar	3.232.525,68	269.377,14	3.658.809,37	304.900,78
	Ambulatorial	15.671.194,74	1.305.932,90	17.196.877,78	1.433.073,15
		78.835.385,48	6.569.615,46	86.456.793,66	7.204.732,81

Fonte:DACA/SIA e SIH/apmm

O município possui uma estrutura considerável de serviços de saúde. Com o propósito de aprimorar, qualificar e garantir o acesso do usuário da assistência à saúde está sendo implementado o complexo regulador integrando as centrais de regulação de atenção às urgências, de internação e a ambulatorial.

4.3. Programas Especiais

As áreas programáticas têm sido organizadas baseadas em critérios técnicos para atender prioridades ou por serem específicos a determinado grupo da população ou localidade. Alguns desses programas propiciam a organização das ações com objetivo de alcançar metas ou indicadores estabelecidos no Pacto pela Vida como por exemplo: Programa de Prevenção de Câncer de Colo de útero e de Mama, Saúde do Idoso, Controle de Hipertensão e Diabetes, Programa de Controle das DSTs, HIV e AIDS, Programa de Controle de Dengue, Programa de controle da Asma, Programa de Pré-natal, Programa de Enfrentamento a Violência contra Crianças e Adolescentes e Programa de educação em saúde bucal em centros de educação infantil, escolas estaduais e municipais das primeiras séries do ensino fundamental.

Além desses programas estão organizados outros que contribuem de maneira indireta como o Programa de Fitoterapia, Combate ao Tabagismo, Terapia Comunitária, Programa de redução de internações psiquiátricas com uso de medicação de depósito, Programa para Planejamento Familiar, Programa de Bochecho de Flúor para escolares residentes na zona rural, Programa de Fisioterapia, Programa Rosa Viva para atenção à mulher vítima de violência, Programa de Saúde do Trabalhador e Programa de integração Serviço-Academia.

Outros programas foram implantados com objetivos específicos como o Programa de Saúde da População Indígena da Reserva Apucarantina, o Programa “Tempo de Aprender” para escolares com distúrbio de aprendizagem entre outros conforme quadro apresentado a seguir.

Os PROGRAMAS MUNICIPAIS DE DST/AIDS, CONTROLE DE DENGUE e de SAÚDE DO TRABALHADOR têm acompanhamento por comissões específicas e elaboram e submetem à aprovação do Conselho Municipal de Saúde os respectivos planos municipais anuais .

Outros programas e/ou projetos são disponíveis pelo SUS nos ambulatórios de prestadores como o CISMENPAR que desenvolve por exemplo o Programa de Saúde Auditiva para portadores de deficiência auditiva. O ambulatório do Hospital de Clínicas da UEL desenvolve projetos acadêmicos e programas como: Tratamento de Espasticidade com Toxina Botulínica em crianças com paralisia cerebral, Rede de apoio à família de recém-nascidos prematuros, Grupo Interdisciplinar de atendimento ao paciente ostomizado e ainda mantém o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE e o Centro de Informação Toxicológica no HU, entre outros.

QUADRO: DEMONSTRATIVO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM DESENVOLVIMENTO – 2008

NOME	OBJETIVO	CLIENTELA POP ALVO	UNIDADE DE SAÚDE	RESPON SÁVEL/ CONTATO	METAS	PROPOSTAS
Programa de Prevenção de Câncer de Colo de útero e de Mama	Reduzir nº casos e de mortes causadas por câncer do colo útero e melhorar a qualidade e aumentar o tempo de vida das mulheres portadoras de câncer ginecológico.	Mulheres residentes nas áreas de abrangência das US que tenham iniciado atividade sexual. Pop Risco: mulheres de 25-59 anos associado a fatores de risco	Todas as Unidades de Saúde	Maria Carla V. Pinho	Pactuado 0,25 (razão exames citopatológicas cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos).	Implementar e revisar protocolo de Detecção e Controle do Câncer Colo de Útero e de Mama. Promover Palestras Educativas. Promover campanhas Intersificação coleta CO (2xano). Busca Ativa das mulheres faltosas aos exames agendados.
Saúde do Idoso	Melhorar a assistência prestada ao idoso na atenção básica, buscando integralidade nas ações, através de desenvolvimento de uma política intersetorial e através de atuação multiprofissional.	População acima de 60 anos, incluindo suas famílias.	Todas as Unidades de Saúde	Marilda Kohatsu	Implantar a carteira do Idoso em 100% das Unidades de Saúde Capacitar 100% dos profissionais das USs na Atenção Integral ao Idoso Implantar grupos de atividades físicas em pelo menos 70% das USs, cuja população de idosos seja significativa	Organização de cursos de capacitação em Saúde do Idoso para as Equipes de Saúde da Família, tanto para implantação da carteirinha, como para atualização de temas na área. Organização através dos NASF, de ações referentes a atividades físicas/ práticas corporais para a população idosa e seus familiares.
Controle de Hipertensão e Diabetes	Melhorar índices de cadastramento e acompanhamento aos pacientes, detecção precoce das comorbidades e tratamento das complicações.	População portadora de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial; população em risco de desenvolver a doença.	Todas as Unidades de Saúde	Raquel Cristina Guapo Rocha	Reduzir taxa de internação por D M e suas complicações na população de 30 anos ou mais (pactuado 6/10.000 internações); reduzir taxa de internações por AVCi (pactuado 31,42/10.000 internações)	Atendimento integral ao diabético, realização de grupos de atividade física, palestras, capacitação das ESF; detecção precoce e tratamento das complicações por meio de consultas / exames laboratoriais de acompanhamento da doença; descentralização de insulinas para todas as Unidades de Saúde com capacitação de todos os profissionais.

Progr. de Controle das DSTs, HIV e AIDS				Plano Municipal específico		
Progr.de Controle de Dengue				Plano Municipal específico		
Programa Respira Londrina	Prestar atendimento aos asmáticos e crianças sibilantes em todas as UBSs	Todos as pessoas que tiverem diagnóstico de asma, independente da idade.	Todas as Unidades de Saúde.	Luci Kuromoto de Castro	Controlar e manejar adequadamente os asmáticos, reduzindo idas ao pronto-socorro e internações, com melhora na qualidade de vida.	Capacitação de profissionais de todas UBSs (2/ano) através de treinamento teórico-prático no manejo da crise e intercrise da asma e rinite, Introdução do tratamento de Rinite Alérgica nas UBSs, Atividades em grupos, fisioterapia respiratória, Atualização do protocolo de asma, Divulgação do PRL para outros serviços que atendem urgência em asma, Aquisição de medicação Montelukaste para asma grave e bebês sibilantes que não respondem ao corticóide inalatório;
Programa de controle da Asma						
Programa de Pré-natal	Oferecer atenção integral às mulheres no período grávido – puerperal nas unidades de saúde, garantindo o atendimento precoce, periódico e contínuo.	Gestantes e puérperas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde	Todas as Unidades de Saúde	Maira Sayuri Sakay Bortolotto	Inscrever no pré-natal 100% das gestantes usuárias do SUS. Garantir o acesso precoce ao pré-natal a 100%, com no mínimo seis consultas prénatal e uma de puerpério. . Aplicar vacina antitetânica em 100% das gestantes atendidas; . Garantir vigilância a 100% das gestantes e puérperas de risco ;	Implementação e revisão do Protocolo de Pré-Natal Inclusão do protocolo de prevenção da Infecção Neonatal pelo estreptococo do grupo B, durante o pré-natal. Atualização sobre Pré-Natal de baixo risco para todos os profissionais das equipes de PSF
Progr. de Enfrentamento a Violência contra Crianças e Adolescentes	-contribuir para a redução da vulnerabilidade infanto-juvenil, em especial quanto à violência intrafamiliar . Intervir precocemente nas situações geradoras de violênciainterrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos - oferecer atendimento necessário às vítimas, às suas famílias e aos agressores	Crianças e adolescentes vítimas de violência; agressor e a outra figura, geralmente conivente	Início na região Oeste e expansão p outrasUBSs buscando o trabalho em rede com as outras instituições que atendem crianças e	Marilda Kohatsu. Renato Mikio Moriya	Elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes; Implantação da Ficha de Notificação; Articulação do Fluxo de encaminhamentos; Capacitação continuada	Realização de Fórum Municipal de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes; Capacitação dos profissionais da Saúde no tocante à exame pericial das crianças e adolescentes vítimas de violência ; Implantação do Núcleo Municipal de Prevenção às Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura da Paz; Implantação do Sistema de Notificação de

	-produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas/projetos voltados para a prevenção da violência		adolescentes			Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Programa de educação em saúde bucal	Proporcionar mudança de comportamento da população. Propiciar maior acesso de informações sobre saúde bucal.	Centros de Educação Infantil, escolas estaduais e municipais de ensino fundamental		Ger. de Odontologia	Meta Pactuada para 2007 - 5% (meta não atingida)	Incentivar todas as equipes de saúde bucal a realizar atividades educativas nas instituições de educação de sua área de abrangência. Ativar equipes de apoio para realização de atividades educativas. Melhorar o sistema de informação das atividades realizadas
Progr. de Fitoterapia	Oferecer alternativa terapêutica diminuindo o uso de medicamentos alopáticos e seus possíveis efeitos colaterais	população em geral	UBS Centro, Eldorado, Vila Brasil, União da Vitória, Vila Fraternidade e zona rural.	Rui Diniz Sonia Hutul	Ampliação do Programa para mais 06 unidades Chefe Newton, Vila Nova, Mr.Thomas, Itapoã Bandeirantes e Lindóia. Educação permanente em fitoterapia aos servidores da AMS.	Ampliação do programa de fitoterapia para todas as unidades básicas de saúde; Designação do Comitê de Práticas Integrativas e Complementares , Simpósio Municipal de Fitoterapia
Combate ao Tabagismo	Reduzir a morbimortalidade decorrente do tabagismo, através da implementação de Programa de tabagismo nas Unidades de Saúde	Pacientes tabagistas que desejam parar de fumar	Em todas as Unidades de Saúde	Regina Amaral	Capacitar 100% dos profissionais das equipes de Saúde da Família para Abordagem Intensiva para tratamento do fumante Implementar ações de combate ao tabagismo em todas as UBS	Curso de capacitação para os profissionais das equipes de PSF e ampliação dos ambulatórios
Terapia Comunitária	Prevenir doenças e promoção de saúde mental otimizando o serviço e dando maior resolutividade a atenção básica	Pacientes das UBSs	10 unidades de saúde	Maria da Graça Pedrazzi Martini	Ampliar a TC para todas UBS formando mais 120 terapeutas comunit e 120 co-terapeutas e atender 3500 pessoas/ mês	Iniciar duas novas formações em TC por ano. Ampliar a equipe de formação e supervisão
Cuidando do Cuidador TC	Cuidar do profissional da saúde prevenindo os estresse e o conflito no trabalho e na família.	Todos os funcionários da saúde	02 oficinas por mês e 20 por ano	Maria da Graça P. Martini	Atender mais de 1000 funcionários por ano	Ampliar a equipe Possuir espaço da saúde para realizar as oficinas.

Prog. de redução de internações psiquiátricas com uso de depósito	Reduzir internações psiquiátricas reagudização das crises psicóticas combatendo a cronificação da doença promovendo a ressocialização e reinserção do paciente portador de transtorno mental na sua comunidade na sociedade.	1- Ser portador de transtorno psicótico (funcional ou orgânico). 2- Ter histórico de não adesão a tratamento ambulatorial 3- Ter referência domiciliar fixa.	No CAPS Conviver estando integrado à rede de assistência através das UBS	Nilton Ferreira	Atingir número igual ou superior a 500 pacientes em acompanhamento no Programa, com uma redução de internações psiquiátricas acima de 90% e transferir pelo menos 70% dos pacientes para serem medicados nas UBSs.	.Incrementar a estratégia de busca ativa direcionada aos pacientes egressos de internação psiquiátrica e ampliar a descentralização do Programa incentivando a parceria com as UBSs e PSF.
Planejamento Familiar (PF)	Prestar assistência em PF a mulheres / casais em idade fértil garantindo o direito previsto na Constituição, art 226, parág 7, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos .	Mulheres / casais em idade fértil Pop Risco: Mulheres / casais com risco reprodutivo severo.	Todas 52	Maria Carla V. Pinho		Protocolo, Palestras, orientação, etc.
Programa de Bochecho de Flúor	Proporcionar redução de cárie dentária na população de escolares da zona rural e oportunizar mais um momento de atividade educativa	Escolares da zona rural		Ger. de Odontologia	Realizar bochecho com flúor em 100% dos escolares de zona rural	- Ampliar atividade para todos os escolares que residem em região onde não recebem água tratada e fluoretada.
Programa de Fisioterapia	Incorporar ações preventivas, curativas e de reabilitação nas US, promovendo a saúde	Pacientes das UBSs	Todas UBSs urbanas e duas rurais	Marilda Kohatsu Ligian M. Pelegrino	Implementar as atividades de fisioterapia em todas as UBSs	Ampliar o atendimento a diversos ciclos da vida em especial a população idosa
Programa Rosa Viva	Atender mulheres acima de 12 anos vítima de violência sexual.	Mulheres vítimas de violência	MMLB	Waleska	Reduzir danos acarretados pela violência sexual	Prevenir DSTs Prevenir gravidez indesejada Reduzir danos psicológicos
Saúde do Trabalhador		Plano Municipal específico				
Ações de Integração Serviço Academia	Garantir que os serviços de saúde atuem como cenários de ensino e aprendizagem, aumentando a integração com as instituições formadoras, possibilitando a formação de profissionais de saúde com um perfil mais adequado as necessidades do SUS. Incluem-se aqui os projetos do PRO SAÚDE e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Instituições formadoras, alunos e Serviços de Saúde que atuam como campo de ensino	25 Unidades de Saúde	Marilda Kohatsu	Garantir que 100% que os Serviços de Saúde que recebem alunos tenham condições de acolher os alunos.	-Participação na comissão de gestão e acompanhamento do PROSAUDE -Garantia da continuidade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família nos próx. 2anos -Oficinas de integração entre serviço e academia, para capacitação dos profissionais e planejamento/ avaliação das atividades de ensino. -Criação de mecanismos de incentivo para as USs e profissionais que recebem alunos.

Saúde da População Indígena	Oferecer a comunidade Kaingáng da T.I. Apucarantina ações de atenção a Saúde diferenciadas e que considerem a sua especificidade cultural, buscando melhorar a qualidade de vida deste grupo.	Os índios Kaingáng da Tribo Indígena Apucarantina	Unidade de Saúde Reserva Apucarantina e Unidade Avançada do Barreiro	Marilda Kohatsu	Garantir acompanhamento a 100% das crianças menores de cinco anos em situação de risco Garantir 90% de cobertura de Pré-Natal nas gestantes	-Capacitação contínua dos Agentes Indígenas de Saúde sobre os problemas diversos de saúde, melhorando a sua capacidade de acompanhamento dos casos -Envolvimento da comunidade às diversas ações de saúde, garantindo ações mais efetivas -Realização de Oficinas de prevenção sobre temas como alcoolismo, DST/AIDS, sexualidade, etc., com diferentes grupos
Tempo de Aprender	Avaliação e acompanhamento de crianças com suspeita e/ou diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para redução da evasão escolar e a dissociação do aluno.	Crianças da 1ª à 4ª série da rede municipal de educação	Escolas municipais	Ângela Lima	Avaliação precoce, pela rede mun. educação, das crianças com suspeita de TDAH e encaminhamento p/ avaliação médica especializada e trata/farmacológico quando necessário e acompanhamento e/ou seguimento de tratamento pela rede estadual de educação.	Manutenção e/ou ampliação das discussões com grupo intersetorial para organização do fluxo de assistência às crianças com TDAH. Ampliação da assistência prestada às crianças com TDAH e familiares, buscando o enfoque psicossocial e a readequação pedagógica e social, reduzindo os danos à clientela atingida.

4.4. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica na Autarquia Municipal de Saúde está organizada de acordo com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que constituem elementos fundamentais para a efetiva implementação das ações capazes de promover o acesso aos medicamentos essenciais e a melhoria das condições de assistência à saúde da população.

A adoção de uma “Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)”, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos padronizados são diretrizes adotadas pelo município e estão contempladas no Plano Municipal de Assistência Farmacêutica.

O ciclo da assistência farmacêutica é composto pela seleção, programação, aquisição, armazenamento e conservação, distribuição e dispensação de medicamentos. Esse ciclo está estruturado e hierarquizado e tem como prioridades e metas a revisão permanente da REMUME, a promoção do uso racional de medicamentos e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados que subsidiem principalmente os processos de compra.

A Secretaria de Saúde de Londrina possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída e regulamentada desde o ano de 2001, constituída por equipe multidisciplinar, incluindo médicos, farmacêuticos, enfermeiros e assistente social, com caráter consultivo e técnico, que tem por objetivo assessorar a equipe gestora na formulação e implementação das políticas relacionadas com a prescrição e o Ciclo da Assistência Farmacêutica.

As informações oriundas de reações adversas e PRM (problemas relacionados à medicamento) são encaminhadas à CENTROFARMA para avaliação técnica e notificação junto a ANVISA, assim como os problemas relacionados a qualidade físico-química dos medicamentos, para controle e providências cabíveis.

A relação de medicamentos essenciais do município, conta com 70 apresentações de medicamentos dispensados à população, além de 30 apresentações de uso interno que atendem a maioria das doenças prevalentes relacionadas à atenção básica e acompanham as atualizações do Elenco de Medicamentos Básicos do Estado do Paraná e suas pactuações na Comissão Intergestores Bipartite e também o elenco de medicamentos proposto e regulamentado pelo Ministério da Saúde na atenção básica.

Além dos programas propostos pelo Ministério da Saúde na atenção básica a Autarquia conta com a assistência farmacêutica em Fitoterapia e o esquema terapêutico da Toxoplasmose para gestantes e RN nas Unidades Básica de Saúde.

Os medicamentos do Programa Estadual de Saúde Mental são gerenciados e dispensados de maneira centralizada pela Farmácia Municipal com acompanhamento de profissional técnico. Para melhor controle e conservação das insulinas estas são dispensadas também de forma centralizada nesta farmácia aos usuários do SUS, assim como a medicação utilizada no Programa Tempo de Aprender que atende crianças com Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Serviços de média e alta complexidade também têm o suporte dos medicamentos e possuem relações próprias e padronizados para realização de seus serviços, dentre eles estão Maternidade Municipal, Sistema de Internação Domiciliar, Clínica de Especialidades Médica (Policlínica), Serviço Móvel de Urgência/SIATE e Centro de Apoio Psicossocial.

Os Programas de controle do Tabagismo, DST/AIDS e Tuberculose estão organizados dentro do Centro de Referência que recebe, controla e dispensa o elenco de medicamentos destinados a estes programas.

Dentro da política de Assistência Farmacêutica existe o Programa de Medicamentos gerenciado pelo Serviço Social que visa o atendimento à demanda da população que não dispõem de recursos financeiros para aquisição de medicamentos não contemplados pela relação municipal e estadual, mas cuja falta põe em risco a vida e/ou compromete a eficácia do tratamento. Este atendimento efetiva o direito de acesso à assistência farmacêutica para população de maior vulnerabilidade social, bem como assegura a resolubilidade das ações em saúde.

A prestação de contas é feita através de programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde - SIFAB (Sistema informatizado) para acompanhamento da execução do incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica e monitoramento dos investimentos na aquisição de medicamentos da atenção básica.

Dentro das propostas de melhoria de assistência farmacêutica estão a adequação dos espaços das farmácias nas UBSs, capacitação dos profissionais envolvidos com assistência farmacêutica na rede, implementação do sistema de logística nas unidades de saúde, elaboração de Memento Terapêutico e Elaboração do Manual de Boas Práticas de armazenamento e dispensação de medicamentos da Autarquia Municipal de Saúde.

V. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.1. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária passou ser executada pelo município a partir de 1993 conforme leis municipais nº. 5.307, de 28 de dezembro de 1992, nº. 5.667, de 28 de dezembro de 1993, nº. 5.668, de 28 de dezembro de 1993 que foram criadas para dar sustentação legal às atividades. A última mudança foi em 2002 pela Lei Municipal nº 8.834, de 01 de julho de 2002 que estabelece a estrutura organizacional e cita no Art. 27 que cabe à Autarquia Municipal de Saúde executar os serviços de vigilância sanitária, de alimento e nutrição, de saneamento básico, de saúde do trabalhador, colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão à saúde humana e atuar junto aos órgãos competentes para controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

A área de Vigilância Sanitária - VISA é responsável pelo controle da qualidade de produtos, serviços e alimentos, incluindo o controle sobre sangue, medicamentos, domissanitários, farmácias, clínicas de radiologia, hospitais, e outros. Desenvolve o monitoramento e execução das ações de alta e média complexidade e totalizou 7.706 inspeções em 2006, e mais de 35.000 análises realizadas pelo LACEN.

Durante o período de 2003 a 2006, foram definidos o Plano Diretor de Vigilância Sanitária Nacional e os eixos de atuação da Vigilância Sanitária: Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS e a Ação regulatória:

- Vigilância de produtos, de serviços e de ambientes.
- A vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde.
- Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
- Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Estes eixos orientam a definição de prioridades para construção dos Planos de Ação da Vigilância Sanitária, inseridas no Pacto pela Saúde em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Nesse contexto, as ações de vigilância, compreendendo: as ações de fiscalização, normatização, licenciamento, controle, monitoramento de alimentos, serviços e produtos de saúde e de interesse à saúde; de análise de projetos arquitetônicos; de educação permanente dos servidores, de integração intra e extra-institucional; fazem parte do conjunto de ações sob a responsabilidade do SUS.

A ANVISA é quem executa as atividades de controle sanitário e fiscalização em portos, aeroportos e fronteiras. Já as inspeções nos estabelecimentos de radioterapia, medicina nuclear estão sob a responsabilidade da SESA-Paraná. As inspeções em serviços de Hemoterapia são realizadas por equipe das Vigilâncias sanitárias Estadual e Municipal.

A execução das ações da Vigilância Sanitária está sob a responsabilidade da Diretoria de Saúde Ambiental que conta com uma Gerência de Ação Sobre o Meio – GAM e cinco coordenações: de Alimentos e Zoonoses, de Ações em Saneamento, de Produtos e Serviços de Saúde, de Saúde do Trabalhador e de Endemias.

O Processo de Licenciamento dos estabelecimentos se inicia a partir do requerimento do regulado no setor de Protocolo, solicitando inspeção para fins de licença sanitária inicial ou renovação. A liberação da licença sanitária está condicionada à inspeção “in loco” e o tempo necessário para o licenciamento de um serviço/estabelecimento, desde a inspeção, relatórios, autos, reinspeção (retorno após inspeção inicial), relatório, Termo de Ajustamento de Conduta, às vezes processo administrativo, até a emissão da Licença sanitária, normalmente é bastante longo. Depois de concedida, a licença sanitária tem validade de um ano, para o estabelecimento como um todo – por CNPJ, não bastando um serviço estar adequado, se os demais não estiverem.

Cabe à Coordenadoria de Alimentos e Zoonoses, a realização de ações sanitárias em estabelecimentos na área de alimentos, de saúde, escolas e outros onde há manipulação de alimentos, para verificação das condições estruturais e higiênico-sanitárias, procedimentos, produtos, manipuladores de alimentos, coletas de amostras de alimentos. Procede o registro de alimentos através do Serviço de Inspeção Municipal criado através da Lei Municipal nº. 6220 de 05/07/1995 e decreto nº. 045 de 28/01/1998. Investiga casos e surtos de toxinfecção alimentar em conjunto com a Vigilância Epidemiologia e realiza atendimentos a denúncias. Coleta alimentos participando dos programas do leite das crianças, do PAMVET Nacional e Estadual, de Alimentos transgênicos, nas situações de surtos alimentares, produtos de reclamações e para produtos do Registro de Inspeção Municipal.

Já a Coordenadoria de Produtos e Serviços realiza ações sanitárias em estabelecimentos na área de saúde, coleta amostras de produtos (sangue, medicamentos, saneantes domissanitários), ações referentes a Processos de Autorização de Funcionamento de Empresa junto ao Ministério de Saúde (Indústria de Medicamentos, cosméticos, saneantes, distribuidoras e importadoras de medicamentos, produtos para saúde, cosméticos, produtos de higiene e farmácias), controle dos medicamentos da Port. nº 344/1998, através de fiscalização e conferência de balancetes, participa no programa de fármaco-vigilância de reações adversas a medicamentos através de notificação e investigação, participação no Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos que visa monitorar a qualidade dos medicamentos consumidos pela população realizado em parceria com a Anvisa e laboratório oficial do Estado, participa no Programa de Vigilância da Qualidade Do Sangue que avalia resultados dos testes sorológicos realizados nos serviços de hemoterapia públicos e privados que coletam e realizam testes de triagem de sangue para fins terapêuticos e participa do acompanhamento do funcionamento das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares. Desde 2006 o município assumiu a execução do processo de análise e aprovação dos projetos de construção, ampliações e reformas de estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde com exceção dos projetos de radioproteção e centrais de tratamento de água em serviços de hemodiálise.

Cabe a Coordenadoria de Saneamento a realização de ações sanitárias em estabelecimentos comerciais em geral, de ensino, residências, ambientes externos, sistema de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, depósitos de resíduos sólidos para reciclagem e clubes recreativos, além de monitoramento da qualidade da água para consumo humano realizando coletas e análise em sistemas e fontes alternativas de água, cadastramento para identificação de áreas com populações expostas a solo contaminado e fiscalização e orientação para os estabelecimentos geradores de resíduos em geral. As ações deste setor são

desenvolvidas em conjunto com outros órgãos como Secretarias do Meio Ambiente e de Educação, Companhia Municipal de Trânsito e Urbanização, UEL, Unidades Básicas de Saúde, SANEPAR e outros.

Com relação à Coordenadoria de Saúde do Trabalhador cabe: subsidiar as Unidades de notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho através de vistorias em locais e processos de trabalho, recadastrar as empresas que manipulam chumbo e aquelas que apresentam substâncias ou poeiras que possam produzir agravos à saúde do trabalhador, através do Sistema de Informação Nacional em Vigilância Sanitária, apoiar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na intervenção em ambientes/ processo de trabalho, a fim de prevenir os distúrbios ósteo musculares relacionados ao trabalho, capacitar os profissionais da VISA para apontar melhorias nos processos e ambientes de trabalho em todos os locais regulados pela VISA, colaborar nas campanhas de cobertura vacinal de adulto e ampliar as ações educativas para a prevenção das LER/Dort, Assédio Moral no Trabalho, Acidentes Graves e outros.

À Coordenadoria de Endemias compete organizar e executar atividades de controle de endemias transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários incluindo a dengue bem como promover atividades de educação em saúde à comunidade sobre as endemias.

Atualmente a VISA está passando por um processo de reorganização visto que no momento de sua municipalização as ações de fiscalização eram prioritárias. Nesta reorganização está se buscando priorizar ações da promoção e prevenção à saúde sem prejuízo das ações fiscalizadoras. Como prioridades a VISA deverá adequar o quadro de pessoal, elaborar Protocolo de Procedimentos Administrativo, cadastrar 100% dos estabelecimentos inspecionados no SINAVISA, participar da descentralização de ações básicas de VISA para as equipes da Atenção Básica do Programa de Saúde da Família – PSF, elaborar e divulgar materiais educativos para ação educativa junto aos regulados e a comunidade, implementar a educação permanente em saúde para os profissionais da VISA e do setor regulado, realizar ações sanitárias para atender a pactuação da PAP-VS e TAM/MAC VISA, implementar as ações sanitárias em conjunto com os setores de Epidemiologia, Diretoria de Controle e Avaliação e com Secretarias afins como Educação, Obras, CMTU, Idoso e outros, garantindo a intersetorialidade; implantar projeto de controle de roedores nas áreas com maior incidência desses animais; criar e por em funcionamento o laboratório de monitoramento de qualidade da água para consumo humano; articular convênio com a Universidade Estadual de Londrina, para realização de análise de produtos na área de alimentos do registro do SIM; adequar o sistema de informação existente, quanto ao registro e controle adequado das informações referentes a denúncias e reclamações.

5.2. Vigilância Epidemiológica

O Sistema Único de Saúde, além de incorporar o SNVE, amplia o seu conceito e, dentro da nova lógica de reorganização do sistema, prevê a descentralização das responsabilidades e integralidade da prestação de serviços. A Lei Federal nº 8.080/90, define a Vigilância Epidemiológica como “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Neste contexto, as ações de Vigilância Epidemiológica passam a serem incorporadas pelo município de Londrina em 1993, quando assumiu as ações do Programa de Imunização e, no ano seguinte assumiu integralmente as ações. Dentro do organograma da Autarquia Municipal de Saúde, está situada na Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde que, por sua vez, é composta por três gerências: Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Informações em Saúde e Programa Municipal de DST/Aids e Tuberculose. As

ações de Vigilância Epidemiológica ocorrem na Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) e na Gerência de Informações em Saúde (GIS).

Cabe à GVE dar operacionalidade aos planos da Vigilância Epidemiológica do Estado (trinta no total), que serão desenvolvidas na rotina dos trabalhos. Dentro destes planos, Londrina e Curitiba serão os municípios considerados sentinela para Coqueluche, ou seja, que realiza coleta de exame para cultura da Bordetella Pertussis, além de adotar critério diferenciado para casos suspeitos.

Basicamente, nove atividades desenvolvidas pela GVE são voltadas ao atendimento de doenças de notificação obrigatória, definidas pela Portaria Ministerial nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. A abordagem utilizada é a sindrômica, ou seja, para determinado conjunto de sinais e sintomas é realizado exames para várias patologias. Por exemplo: Dengue com exantema; se o resultado for negativo para Dengue, são pesquisadas outras doenças exantemáticas (sarampo e rubéola). O laboratório de referência é o Laboratório Central do Estado – Lacen-PR.

As ações de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas de forma articulada com diversos setores. Atualmente, existem 66 fontes municipais de notificação e acompanhamento dos casos.

A alteração do perfil epidemiológico, com a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, porém com re-emergência de algumas doenças e a emergência de outras, aliada ao aumento da morbidade por causas externas e doenças crônico-degenerativas, traz para a GVE o desafio de assumir no seu escopo a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis, além de manter os avanços já obtidos. Neste sentido, a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis, iniciando-se com 9 agravos da saúde do trabalhador, faz necessária a integração com a rede de violência.

A GVE possui uma Coordenação de Imunização, a quem compete, coordenar as ações do Programa Nacional de Imunização no município, em todo o seu escopo; capacitação de profissionais; assessoria e apoio aos serviços; aquisição de equipamentos de refrigeração; monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação; manutenção da rede de frio para conservação dos imunobiológicos; controle da distribuição dos insumos para os postos de vacinação; cadastro de unidades de vacinação particulares; coordenação das campanhas de vacinação.

Para o desenvolvimento das ações de imunização há, atualmente, 59 postos de vacinação, que respondem pela vacinação de rotina. Nos dias de Campanha contra Paralisia Infantil, há o incremento de mais 150 postos de vacinação. Apesar dos esforços, os índices de cobertura não são satisfatórios nas campanhas contra a gripe. Nas demais vacinas, tanto de rotina (menores de 1 ano) como nas campanhas, a cobertura não é atingida, como se pode observar no quadro abaixo.

Tabela 1 – Percentual de cobertura vacinal, campanhas e rotina de menores de 1 ano, Londrina – 2006 e 2007.

Campanha/Vacina	2006	2007
Pólio – 1ª Etapa	86,90 %	82,60 %
Pólio – 2ª Etapa	69,70 %	86,80 %
Anti-Gripal	84,70 %	84,00 %
BCG	100,99 %	77,24 %
Sabin	89,17 %	76,31 %
Tetra	90,01 %	77,35 %
Hepatite B	89,32 %	73,74 %
Tríplice Viral	86,90 %	78,30 %
Febre Amarela	65,20 %	69,10 %
Rotavírus		59,80 %

Fonte: PNI

A informação de cobertura não atingida é causada pelo não registro das doses aplicadas pelos postos de vacinação. Outra razão é de que a população oficial do Programa Nacional de Imunização é calculada com base na estimativa do IBGE, que é muito elevada se comparada à população do SINASC.

Com relação à Gerência de Informações em Saúde – GIS, esta realiza o processamento eletrônico dos seguintes programas: a) Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL; Vigilância Nutricional de Crianças Menores de 5 Anos – SISVAN; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC. Além destes, a GIS cria e mantém atualizados mapas temáticos de áreas de abrangência, áreas de risco, áreas de dados sócio-econômicos e de morbidade; elabora relatórios referentes à saúde do município como um todo e de forma desagregada; finalmente, atende a pedidos internos e externos de informações de saúde do município.

Faz parte da GIS o Núcleo de Informações em Mortalidade – NIM, que investiga todos os óbitos de causas mal definidas, de mulheres gestantes e em idade fértil e de crianças menores de 1 ano. O NIM integra o Comitê Municipal de Óbito Infantil e o Comitê Municipal de Óbito Materno. Através do trabalho do NIM, o percentual de causas de óbitos fetais definidos situa-se em 98,2 %.

Integra também o GIS o Comitê Municipal de Aleitamento Materno – CALMA, que orienta e qualifica os serviços do SUS sobre o tema. A diretriz de aleitamento materno definida pelo município está servindo de base para adoção pelo Ministério da Saúde da Rede Amamenta Brasil.

O grande desafio tanto da VGE como do GIS é não perder o padrão de qualidade e incorporar em seu escopo os agravos e doenças não transmissíveis.

VI. GESTÃO EM SAÚDE

6.1. Educação em Saúde

Entende-se que o aspecto central da intervenção/ação no processo de trabalho deve ter como pressuposto a interação que se estabelece entre os atores e profissionais de saúde envolvidos e nas relações sociais e de trabalho que existem entre eles. Ou seja, as mudanças têm diferentes obstáculos, mas talvez o mais desafiador decorra das diferentes visões que os componentes das equipes de saúde tenham sobre o significado da mudança em si, os seus papéis enquanto agentes de transformação das práticas de saúde e as várias subjetividades e o conflito de interesses que se manifestam no processo de interação.

Desta forma é fundamental valorizar os conceitos inerentes à Educação Permanente em Saúde (EPS) e seu potencial de constituir-se em ferramenta que possibilite mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações. Ou seja, a EPS utilizada como proposta educativa de intervenção associada ao conjunto de propostas institucionais de mudança do modelo assistencial é fundamental para que a intervenção/ação tenha como foco os determinantes fundamentais das dificuldades do sistema de saúde.

Atualmente a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação tem procurado desencadear suas práticas, relacionadas à gestão do trabalho e da educação na saúde, pautada nos conceitos inerentes à Educação Permanente em Saúde (EPS), reconhecendo o seu potencial de constituir-se em ferramenta que possibilite mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações.

Como articuladora do processo de educação está inserida na estrutura da Autarquia a Gerência de Educação em Saúde a qual é responsável por coordenar as ações de educação em Saúde dos servidores da rede municipal de saúde, tendo como proposta de trabalho para os próximos anos as seguintes ações:

- Ampliar o processo de promoção de ações de educação permanente em saúde, com reforço na assessoria técnica e oficinas de planejamento local em Saúde.
- Apoiar curso de formação de conselheiros e divulgar as ações em parceria com o Conselho Municipal de Saúde;
- Colaborar com as instituições de ensino na elaboração de mecanismos para valorização dos movimentos populares na formação dos profissionais de saúde
- Promover trabalho permanente de articulação entre a Saúde e a Educação e secretarias afins.
- Estreitar as parcerias com as instituições de ensino superior no sentido de viabilizar a participação do serviço e da comunidade na construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde
- Criar espaços de articulação e pactuação entre ensino/serviço para estimular as mudanças curriculares nos cursos de nível médio e técnico em saúde, de acordo com o perfil profissional demandado pelo SUS.

Com o objetivo de aprimorar a integração ensino/serviço a Autarquia Municipal de Saúde disponibiliza as unidades de serviço como campo de prática a todas as instituições de ensino superior e profissionalizante na área de saúde. Atualmente, para realização de estágios curriculares obrigatórios, estão conveniadas as instituições:

- Faculdade Metropolitana IESB
- Universidade Norte do Paraná - UNOPAR
- Universidade Estadual de Londrina - UEL
- Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana – FECEA
- Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL
- Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná-Campus Cornélio Procópio - CEFET
- Centro Integrado de Ensino Ltda –CIE
- Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos LTDA - INBRAPE
- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial- SENAI
- Centro de Educação Profissional “MATER TER ADMIRABILIS
- Instituição Paulista de Ensino e Cultura S/C LTDA - ESEFAP

6.2. Gestão do Trabalho

O Processo de trabalho em saúde tem como finalidade a prestação, com qualidade, do cuidado à população. Dentre os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, o trabalhador pode ser considerado como um dos principais. Esse sujeito deve estar consciente de sua prática para, coletivamente, propor intervenções que possibilitem o desenvolvimento de estratégias de suporte a própria equipe de saúde do SUS, de modo a considerar seu processo de trabalho, a organização e as condições de trabalho e a situação de saúde, criando espaços que permitam intervenções e melhorias no ambiente e das relações de trabalho.

Para cumprir as funções de coordenar os assuntos relacionados a gestão do trabalho e da educação em saúde, que garanta qualitativa e quantitativamente trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das ações de saúde pública no âmbito do SUS no município foi

implantada a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, tendo como ações prioritárias:

- promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Implementar as ações de Educação permanente em saúde;
- Instituir colegiados gestores locais em no mínimo 70% das unidades de trabalho e estimular as ações de planejamento das equipes locais.
- Garantir que nos processos de implementação das ações sejam asseguradas a saúde mental e física dos trabalhadores, implementando o processo de Terapia Comunitária nas Unidades.
- Criar uma comissão para avaliação da Gestão de Trabalho.
- Viabilizar e aprimorar a ações da Comissão Permanente de Negociação.
- Constituir grupo permanente de trabalho para reavaliação do PCCS na área de saúde.
- Criar mecanismos que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde em áreas de maior risco social.
- Redimensionar as áreas de abrangências das Unidades de Saúde, através de revisão do processo de territorialização e planejamento local.

Para o desenvolvimento das ações de saúde a Autarquia conta com um quadro de profissionais, abaixo especificado:

VÍNCULO	31/12/2007
Estatutário	1975
Cargo Comissionado	04
Municipalizados	120
CISMEPAR	99
PSF	344
OCIPS – Policlínica	42
OCIPS – SAMU	100
OCIPS - Endemias	217
TOTAL	2.901

6.3. Informações em Saúde

O sistema de informação em saúde vem sendo desenvolvido com objetivo de subsidiar as diferentes estruturas da saúde para o planejamento local. Contando com uma importante estrutura de informática, os aplicativos do Ministério da Saúde como SIAB, SISHIPERDIA, SIM, SINASC, SINAN, SIA-SIH SUS além outras fontes estatísticas oficiais vem sendo utilizados na elaboração de um sistema de informações sensível e acessível no sentido de serem desagregados por território de fácil compreensão possibilitando a análise dos indicadores pelos diversos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde.

Essa organização resultou na padronização de indicadores/dados em saúde para o monitoramento e avaliação do nível de saúde da população de determinado território. São eles : **Sócio-demográficos, Mortalidade, Nascidos-vivos, Morbidade e Situações de Alerta**. Este último sub-grupo trabalha basicamente com números absolutos de eventos adversos, que deveriam ser considerados como “evento sentinela”, ou seja, situações que não deveriam ocorrer caso a rede de assistência a saúde fosse eficaz, o que leva à necessidade, caso ocorram, de buscar explicações em relação a possíveis falhas de cobertura, acesso ou no processo de atenção à saúde, seja no nível da atenção básica, especializada ou hospitalar. Por exemplo o

aparecimento de casos de sífilis congênita, óbito por tuberculose e outros. Esses dados são atualizados anualmente.

Estrutura na Rede de Informática

A estrutura da rede de informática está composta de 54 unidades de saúde atendidas, 12 outros serviços de saúde num total de 496 microcomputadores instalados. Destes, 173 estão instalados em unidades básicas de saúde, 98 em outros serviços de saúde e os demais estão instalados em unidades administrativas e de apoio como vigilância sanitária, epidemiológica, planejamento, recursos humanos, controle avaliação, financeiro, manutenção, informática, etc.

Total de funcionários da equipe de informática: 11 servidores efetivos e 02 estagiárias.

Ações de suporte técnico são realizadas através de serviço de assistência técnica de microinformática através de empresa contratada para esse fim.

Serviços de impressão e fotocopiagem estão disponibilizados nas unidades de saúde.

Para comunicação de agenda de consultas médicas especializadas são utilizadas Guias de Consulta Médica Especializada guias que são enviadas pelo correio.

A rede de comunicação de dados dos serviços de saúde é composta de 66 locais distintos, é atendida com 57 links ADSL LAN MULTIPONTO, providos pela operadora de telefonia do município (Sercomtel), com velocidades de 256 e 512kb. A Policlínica municipal é atendida com uma LP de 1Mb. Todos os demais serviços, de saúde ou não, estão conectados à rede de fibra óptica da Prefeitura.

O acesso externo à rede de informática da saúde se dá através de um servidor (micro) montado para esse fim, os demais 19 municípios que compõem o CISMENPAR (além de Londrina) e algumas regionais de saúde, acessam diretamente o sistema SAUDEWEB para marcação de consultas especializadas e exames. Através deste recurso (VPN), também são disponibilizadas algumas conexões para a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e laboratórios parceiros (para digitação e liberação de resultados de exames diretamente no sistema SAUDEWEB). Esses acessos externos via VPN, somam 50 conexões.

Sistema SAUDEWEB

Em substituição ao sistema Hygia, em uso desde 1994, o SAUDEWEB disponibiliza os módulos de Agenda, Farmácia, Vacina, Exame, Prontuário, etc.

A substituição pelo SAUDEWEB proporcionou melhorias para atendimento das necessidades dos usuários do sistema e vai torná-lo aderente ao modelo de gestão SUS do Complexo Regulador, em implantação no município. Estão em uso os softwares SAUDEWEB, POLICLÍNICAWEB, CEOWEB, CADSUS, PROTOCOLO e DST-AIDS-WEB, todos desenvolvidos pela equipe de desenvolvimento da própria saúde. O objetivo é incorporar gradativamente as funcionalidades: Registro de atendimento às suspeitas de violência contra a criança e o adolescente; Controle das solicitações de consultas médicas reguladas; Atendimento médico do paciente; Importação de atendimentos médicos externos ao sistema; Consulta e impressão de prontuário do paciente, interfaceamento de exames laboratoriais realizados no Centrolab e a incorporação das funcionalidades dos sistemas da Policlínica, CEO e CADSUS municipal, bem como desenvolver módulos para atendimento dos serviços de Apoio Social e de Saúde Mental. Com isto, busca-se centralizar o atendimento em saúde do município em um único sistema. Está em desenvolvimento utilização do módulo “Central de Internação” do sistema SISREG do Ministério da Saúde.

6.4. Infra-estrutura

A organização dos serviços próprios municipais da saúde conta com uma estrutura existente bastante significativa de 52 unidades básicas sendo que a grande maioria já foi substituída por novas construções e outras reformadas e ampliadas para desenvolvimento de um processo de mudança para um novo papel no modelo assistencial conforme estabelecido pelo SUS. Está em andamento a reforma e ampliação da Unidade de Saúde Maria Cecília e em processo de licitação a reforma e ampliação das Unidades Mister Thomas e Bandeirantes e a Maternidade Municipal. A Unidade de Saúde do Eldorado está na programação de reforma e ampliação porém ainda está em fase de planejamento. Além das unidades básicas o município conta com prédios para áreas de apoio como a Centrofarma (administração e depósito de medicamentos e produtos médico hospitalares) e o Almoarifado Central (oficinas e almoarifado geral). A Secretaria conta também com as unidades próprias da Sede Administrativa, Pronto Atendimento Municipal, Maternidade Municipal, CAPS –III CONVIVER, CAPS-i e sede do SAMU. Utiliza prédio cedido para a unidade de saúde Eldorado e loca os prédios usados pela Villa da Saúde (unidade administrativa), a Policlínica e a unidade de saúde Clair Pavan. Está na programação a construção de nova unidade de saúde da Vila Ricardo para substituição do prédio atual.

Essa estrutura está mobiliada, equipada e interligada à rede telefônica e de informática.

A manutenção dessa estrutura é feita nas áreas de assistência da rede elétrica, eletrônica, hidráulica, marcenaria (reforma e confecção de móveis), reforma e reparos de alvenaria e pintura e consertos em geral. Serviços de maior complexidade são contratados.

A frota disponível é de 166 veículos sendo a maioria composta por veículos tipo passeio e utilitários. Os demais são ambulâncias, motos, camioneta, ônibus e caminhão. Grande parte da expansão de veículos se deu para aumentar a mobilidade das equipes Saúde da Família, ações de controle de endemias e vigilância sanitária.

Está organizado e atualizado o inventário de patrimônio da Autarquia. O programa utilizado obedece às exigências legais para prestação de contas utilizada pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

O processo de gerenciamento de documentos públicos da “Saúde” está sendo desenvolvido com objetivos de constituir serviço de arquivo e gestão de documentos desde a geração até o destino final, estabelecer prazos de retenção e eliminação, elaboração e atualização de tabela de temporalidade conforme legislação vigente e preservar o patrimônio documental a fim de garantir a pesquisa científica e o acesso e resgate da informação. Já estão organizados os prontuários das Unidades de Saúde PAM/PAI e Leonor e arquivos intermediários do Gabinete, dados financeiros de contabilidade e tesouraria.

6.5. Financiamento

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal Artigos 34, 35,156,160,167 e 198 e Emenda Constituição nº 29/2000.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC29 e os valores arcados anualmente.

O financiamento federal de custeio para 2008 está constituído em “Blocos de Recursos” e sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os “Blocos de Recursos” para o custeio SUS são os seguintes: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em saúde, Gestão do SUS e Assistência farmacêutica.

O financiamento da atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável (Fonte de Recurso 32495).

Os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) são utilizados ao custeio de ações de atenção básica à saúde e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) são recursos financeiros utilizados para o custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal.

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Fonte de Recurso 32496, compreende os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, SAMU Federal, SAMU Estadual, CEREST - Saúde Trabalhador e CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

O financiamento para a vigilância em saúde (Fonte de Recurso 32497) estão os recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose e VIGISUS.

A assistência farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O bloco de financiamento da assistência farmacêutica Fonte de Recurso 32498 se organiza em sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional.

O financiamento para a gestão, Fonte de Recurso 32499, destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Gestão do trabalho, Educação em saúde e Incentivo à implementação de políticas específicas.

No município, o orçamento para 2009 tem como previsão de receita e despesas conforme os resumos das tabelas que se seguem:

EXERCÍCIO FINANCEIRO 2008 - PREVISÃO

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE - AMS E FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

TOTAL DAS RECEITAS CORRENTES	Resumo - em R\$ 1.000,00	115.045.000,00
RECURSOS LIVRES		10.000,00
012080-RECURSOS DO TESOIRO (DESCENTRALIZADO)		10.000,00
RECURSOS VINCULADOS		115.035.000,00
01303-SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%)		150.000,00
01308 -VIGILÂNCIA SANITÁRIA (TAXA)		15.000,00
3.2.302-SAÚDE -PAB / AÇÕES DE SAÚDE		14.900.000,00
3.2.306 -MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE / AÇÕES ESTRATÉGICAS – PRESTADORES		82.800.000,00
3.2.307-MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE / AÇÕES ESTRATÉGICAS – AÇÕES DE SAÚDE		10.538.000,00
3.2.310-PROGRAMA DE EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA - PROESF		101.000,00
3.2.312-PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA		1.772.000,00
3.2.313-PROGRAMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		2.336.000,00
3.2.314-PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS		1.000,00
3.2.315-PROGRAMA NACIONAL DE HIV/AIDS E OUTRAS DST		1.000,00
3.2.320-CONVÊNIO 852/2003- UNIDADE DE QUEIMADOS		1.000,00
3.2.321-CONVÊNIO 2342/2003- MS- U.B.S. JARDIM SANTIAGO		1.000,00
3.2.322-CONVÊNIO 2343/2003-MS- U.B.S. IMAGAWA/CABO FRIO		1.000,00
3.2.323-CONVÊNIO 828/2003-MS- U.B.S. MARIA CECÍLIA		1.000,00
3.2.324-CONVÊNIO 3794/2004-MS-MANUTENÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		410.000,00
3.2.325-CONVÊNIO 1817/2004-MS-UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		1.000,00
3.2.326-CONVÊNIO 2848/2003-MS- U.B.S. JARDIM DO SOL		1.000,00
3.2.327-CONVÊNIO 2849/2003-MS- U.B.S NOVO AMPARO/MOEMA		1.000,00
3.2.328-CONVÊNIO 2605/2004-MS-U.B.S. JARDIM ELDORADO-AMPLIAÇÃO		1.000,00
3.2.329-CONVÊNIO 1814/2004-MS-U.B.S. JARDIM ELDORADO-REFORMA		1.000,00
3.2.330-CONVÊNIO 1818/2004- AMPLIAÇÃO U.B.S. MARIA CECÍLIA		1.000,00
3.2.331-CONVÊNIO 1815/2004- ESTRUTURAÇÃO DO C.A.P.S.		1.000,00
3.2.332-CONVÊNIO 1816/2004- MANUTENÇÃO DO C.A.P.S.		1.000,00
3.2.334-CONVÊNIO 2076/2003- U.B.S. PATRIMÔNIO REGINA		2.000,00
3.2.336-PROG. DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - S.A.M.U. CUSTEIO - REC.FEDERAIS		1.000,00
3.2.338-PRO. DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - S.A.M.U. - CUSTEIO - REC. ESTADUAIS		1.151.000,00
3.2.339-PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF		1.000,00
3.2.340-CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR-CEREST		1.000,00
3.2.341-MAC VISA - TERMO DE AJUSTE E METAS PORTARIA GM/MS 2473/03.		1.000,00
3.2.342 -C.E.O. - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.		1.000,00
3.2.343-PROGRAMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		1.000,00
3.2.344-PROGRAMA DE COMBATE À TUBERCULOSE		1.000,00
3.2.345-CENTRO INTEGRADO DE DOENÇAS INFECCIOSAS-C.I.D.I.		1.000,00
3.2.346-CONVÊNIO 1205/2005- ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA MULHER EM RISCO DE VIOLÊNCIA		1.000,00
3.2.347-CONVÊNIO 4888/2005- DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO		734.000,00
3.2.348-PROGRAMA DE GESTÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE-VIGISUS		102.000,00
3.2.349-PROGRAMA PRÓ-SAÚDE		1.000,00
TOTAL DAS RECEITAS DE CAPITAL		30.000,00
RECURSOS VINCULADOS		30.000,00
01304-RECEITAS DE ALIENAÇÃO DE ATIVOS DA SAÚDE		30.000,00
INTERFERÊNCIAS FINANCEIRAS		83.501.000,00
01001- RECURSOS DO TESOIRO (DESCENTRALIZADO)		1.352.000,00
01303 -SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (15%)		81.191.000,00
01303 -SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) CONTRA-PARTIDA		-
01308 -VIGILÂNCIA SANITÁRIA (TAXA)		958.000,00
TOTAL GERAL		198.576.000,00

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE PREVISÃO DESPESAS 2009				
Fonte	Corrente	Capital	Total	Receitas
01001	1.352.000,00	-	1.352.000,00	1.352.000,00
02080	10.000,00	-	10.000,00	10.000,00
01303	80.391.000,00	950.000,00	81.341.000,00	81.341.000,00
01304	-	30.000,00	30.000,00	30.000,00
32302	14.790.000,00	110.000,00	14.900.000,00	14.900.000,00
32306	82.800.000,00	-	82.800.000,00	82.800.000,00
32307	9.938.000,00	600.000,00	10.538.000,00	10.538.000,00
01308	933.000,00	40.000,00	973.000,00	973.000,00
32310	30.000,00	71.000,00	101.000,00	101.000,00
32312	1.772.000,00	-	1.772.000,00	1.772.000,00
32313	2.177.000,00	159.000,00	2.336.000,00	2.336.000,00
32314	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32315	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32320	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32321	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32322	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32323	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32324	410.000,00	-	410.000,00	410.000,00
32325	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32326	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32327	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32328	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32329	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32330	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32331	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32332	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32334	-	2.000,00	2.000,00	2.000,00
32336	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32338	1.151.000,00	-	1.151.000,00	1.151.000,00
32339	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32340	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32341	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32342	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32343	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32344	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32345	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
32346	1.000,00	-	1.000,00	1.000,00
32347	660.000,00	74.000,00	734.000,00	734.000,00
32348	102.000,00	-	102.000,00	102.000,00
32349	-	1.000,00	1.000,00	1.000,00
TOTAL	R\$ 196.533.000,00	R\$ 2.043.000,00	R\$ 198.576.000,00	R\$ 198.576.000,00

6.6. Controle Social

O Conselho reuniu-se mensalmente no Auditorium Samuel Pessoa da Villa da Saúde em reuniões ordinárias tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada. Para organização das pautas e outros encaminhamentos foram realizadas reuniões prévias com a secretaria administrativa, comissão executiva e a comissão de avaliação e acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde. Promoveu, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina que aprovou 356 propostas para o setor e elegeu novas entidades para o Conselho na gestão 2007/2008.

O Conselho trabalha com as seguintes comissões técnicas: Comissão Executiva, Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde, Câmara Técnica, Comissão Municipal de DST/HIV/AIDS, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Comissão Municipal de Saúde Mental.

Em 2007 foram realizadas 12 reuniões ordinárias e duas Audiências Públicas da Autarquia Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, referente ao primeiro trimestre realizada dia 04 de julho de 2007, e segundo e terceiro trimestre, realizadas no dia 05 de dezembro de 2007.

Além da estrutura oficial do Conselho Municipal de Saúde está em desenvolvimento o processo de participação popular que tem contribuições efetivas através dos Conselhos regionais e locais de saúde.

Com objetivo de qualificar a participação popular tem sido promovido no município cursos de capacitação de conselheiros e de lideranças comunitárias bem como viabilizado a participação de representantes em eventos de importância para o desenvolvimento da participação popular no SUS. Tem sido garantidas as representações da comunidade nas parcerias de prestação de serviços como, por exemplo, os programas de endemias, policlínica e SAMU.

6.7. Planejamento e Programação

A Portaria Ministerial nº 3332, de 28 de dezembro de 2006 orienta a elaboração do Plano Municipal de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

O Plano Municipal de Saúde é um importante instrumento para efetivo controle social dando acesso às informações, prestando contas e apontando diretrizes e metas para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Em Londrina, os Planos Municipais de Saúde tinham vigência anual. Passaram a vigência bianual em função da frequência da realização das Conferências Municipais de Saúde que eram realizadas a cada dois anos. Dessa forma o Plano Municipal de Saúde substituiu as Programações Anuais de Saúde.

A partir desse ano, o Plano Municipal passa a ter vigência quadrienal e será acompanhado das programações anuais a partir do próximo ano.

O setor saúde, no contexto municipal, utiliza também os demais instrumentos de planejamento como o Plano Plurianual de investimento em obras e equipamentos (vigência quatro anos), Plano Diretor, Lei de Diretrizes Orçamentárias (obras e equipamentos e custeios) e a Lei Orçamentária Anual (previsão de receitas e despesas do ano seguinte).

Além desses instrumentos formais são desenvolvidos processos de planejamento setoriais específicos para determinados programas de atenção à saúde.

A descentralização das ações de planejamento deve atingir a base da rede de atenção à saúde. Já existe um avançado processo de construção da gestão local da saúde com a

utilização de dados desconcentrados com definição de prioridade e atuação diferenciadas de acordo com a realidade local.

6.8. Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria

O processo de construção da regulação da assistência à saúde teve implementação a partir da constituição de equipe técnica composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, fonoaudiólogos e assistentes técnico-administrativos, possibilitou avanços na garantia do atendimento ao usuário nos diversos pontos de atenção à saúde de forma oportuna e qualificada.

A equipe, constituída de médico, enfermeiro e odontólogo, atua cotidianamente e diretamente nas unidades de saúde da família com o objetivo de apoiar e promover a organização de um processo de trabalho voltado para o acolhimento e centrado no usuário, apoiar e conduzir a implantação dos protocolos assistenciais, estimular e participar do processo educação permanente dos trabalhadores da atenção básica, regular o acesso aos outros níveis do sistema de forma qualificada, baseado nos protocolos e na gestão da clínica, identificando os casos de maior risco e/ou gravidade, para o atendimento das necessidades de cada caso.

Na central de regulação ambulatorial equipe composta por médico, enfermeiro, fonoaudiologista, fisioterapeuta e assistente técnico administrativo, realiza a intermediação do acesso aos serviços especializados (consultas, exames, terapias), gestão dos casos encaminhados, incluindo a fisioterapia, programa de atenção auditiva, exames de média e alta complexidade, etc.; e ainda a articulação dos diversos pontos da atenção á saúde, que compõe a rede de cuidados.

Com esta metodologia especialidades que anteriormente possuíam filas de espera como a endocrinologia, cardiologia, colposcopia, neuropediatria, atualmente são agendadas de acordo com a necessidade do usuário e em tempo oportuno. Ressalta-se ainda que com esta metodologia os profissionais envolvidos no atendimento utilizam-se de protocolos clínicos e de orientação, e comunicam-se através dos fluxos e procedimentos pactuados, de forma a garantir que o usuário chegue aos outros pontos da atenção à saúde de forma qualificada com a contra-referência para o solicitante e a integralidade do cuidado.

Os serviços do SUS no município são submetidos à regulação da atenção (auditorias analíticas e operativas, controle e avaliação) de forma sistemática, realizada por equipe de médicos, enfermeiros, profissionais técnico-administrativos, fisioterapeutas e fonoaudiólogo, com objetivo de acompanhar os serviços prestados, a ocupação de leitos SUS, elaborar e monitorar a execução dos contratos, credenciamentos e habilitações, atualizar o Sistema Nacional de Cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde, verificar o uso dos protocolos clínicos e de orientação adequados, bem como a utilização de rotinas técnicas, verificar a conformidade dos procedimentos realizados, e a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS. A auditoria analítica verifica informações em prontuários, atos e procedimentos médicos realizados durante a internação do paciente e nos atendimentos ambulatoriais. Dentre esses serviços estão unidades ambulatoriais e hospitalares administradas pelo governo estadual, serviços filantrópicos e particulares cuja clientela, a partir de programação pactuada pelas normas do SUS, é da abrangência regional ou macrorregional.

As atividades de avaliação de estrutura física dos serviços e cumprimento das normas e rotinas técnicas são realizadas em parceria com a Vigilância Sanitária

O processo de contratualização das unidades prestadoras de serviços de saúde junto ao SUS iniciou-se em 2005 com a assinatura do contrato entre o gestor e Hospital Universitário Regional Norte do Paraná e assinatura dos termos de adesão dos hospitais filantrópicos (Irmandade Santa Casa de Londrina, Instituto do Câncer de Londrina e Hospital Evangélico de Londrina). Em 2007 concluiu-se a contratualização dos três hospitais

filantrópicos. Em 2008 houve a assinatura do contrato com os Hospitais psiquiátricos, o Consórcio Intermunicipal de Saúde e os Hospitais Estaduais. Atualmente encontra-se em andamento o processo de contratualização dos serviços de diagnóstico em radiologia e patologia clínica.

VII. COMPROMISSOS PRIORITÁRIOS E PACTUAÇÕES DE METAS E ESTRATÉGIAS

Os compromissos assumidos pela gestão municipal no TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL fazem parte central e prioritária na condução do setor saúde.

O TCGM foi elaborado em agosto de 2007, homologado pela Comissão Intergestores Tripartite publicado pela portaria ministerial nº 477 de 12 de março de 2008 (Anexo II).

Estão apresentados a seguir os termos de responsabilidade municipal:

7.1. - Responsabilidades Gerais na Gestão do SUS

1. Integralidade da atenção à saúde

O município enfrenta algumas dificuldades nas áreas das especialidades e falta formação do profissional de saúde para o cuidado integral do indivíduo.

Para avançar nessa área foram criadas equipes de assessores técnico-administrativos (médicos, enfermeiros e dentistas) para atuar nas Unidades de Saúde, com ênfase na regulação da assistência, e implantados protocolos assistenciais, visando a melhoria da resolutividade e humanização da atenção à saúde. A regulação entendida como metodologia para otimização dos recursos disponíveis.

PLANO DE AÇÃO:

Reforçar as ações das equipes de assessoria em regulação da assistência, através do implemento da auditoria operativa, educação permanente e reforço dos serviços de apoio em infra-estrutura, com o aumento da tecnologia dos pronto atendimentos municipais e implementação rede de referência em urgência/emergência. **CONDICIONANTE:** será necessário apoio técnico e financeiro da instância federal e estadual

2. Interdisciplinariedade

O município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:

a) promoção de saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém ainda existe fragilidade na implementação da Estratégia Saúde da Família no município. A sistematização de ações de acolhimento, vínculo e humanização nos processos de trabalho em saúde ainda não é suficiente. Para avançar nessa área foram criadas equipes de assessores técnico-administrativos (médicos, enfermeiros e dentistas) para atuar nas Unidades de Saúde, com ênfase na regulação da assistência, e implantados protocolos assistenciais, visando a melhoria da resolutividade e humanização da atenção à saúde.

PLANO DE AÇÃO:

Implementar atividade de planejamento para garantir os meios para atuação das equipes de assessoria técnico-administrativo para atuar na qualificação das equipes e implementação de protocolos; estabelecendo mecanismos para implementar a valorização dos profissionais, estabelecer novas ações de intersetorialidade;

b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza, porém é preciso implementar a regulação da assistência urgência /emergência e integrar as centrais de regulação

PLANO DE AÇÃO:

- . Reforçar as ações das equipes de regulação da assistência, através do implemento da auditoria operativa, educação permanente e reforço dos serviços de apoio em infra-estrutura, com o aumento da tecnologia dos pronto atendimentos municipais e implementação rede de referência das urgências/emergências.
- . Pleitear apoio do governo estadual e federal na implementação de complexo regulador.

3. Equidade na atenção na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza, porém o processo é gradativo visto que a estrutura existente antes da municipalização era vertical e segmentada. O planejamento de unidades de saúde, distribuição de equipes de Programa Saúde da Família, entre outras medidas, tem como prioridade a necessidade da população do ponto de vista da equidade.

PLANO DE AÇÃO:

- . Implementar o planejamento local das Unidades de Saúde e a Educação Permanente em saúde.
- . Viabilizar ações que promovam intersetorialidade.

4. Participação no financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

SITUAÇÃO ATUAL:

O município de Londrina investe em média 23% do orçamento em saúde, sendo que os recursos das esferas Estadual e Federal são insuficientes.

PLANO DE AÇÃO

- . Gestionar implemento financeiro das esferas Estadual e Federal.
- . Apoiar a regulamentação da Emenda Constitucional 29.

5. Gestão e execução das ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção no seu território;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza, porém há necessidade de intensificar o planejamento local e para isso foram constituídas as equipes de assessoria técnica, já referidas acima.

PLANO DE AÇÃO:

- . Implementar as ações de estímulo para acelerar o planejamento local.
- . Implementar a Educação Permanente, garantindo qualificação em planejamento local para os coordenadores de unidades de saúde.

6. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando;

- a) as unidades próprias e
- b) as transferências pelo estado ou pela união;

7. Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza. O planejamento de construção de Unidade de Saúde, distribuição de equipes de Programa Saúde da Família, entre outras medidas, prioriza a necessidade do ponto de vista da equidade. Estão sendo implantados linhas guias para encaminhamento para a média complexidade, tendo como base a avaliação de risco e estimulando a resolutividade de atenção básica, através da equipe de assessoria técnico.

PLANO DE AÇÃO:

- . Estimular as ações de implantação de avaliação de risco.
- . Pleitear ao Estado o implemento do planejamento conjunto e o aumento do repasse de recursos de acordo com as necessidades identificadas.

8. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, o planejamento e regulação e programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza. Nos últimos anos, a AMS passou por processo de implantação das Equipes de Saúde da Família, ampliação da área física, de infra-estrutura e de pessoal. Atualmente passa por processo de readequação gerencial, tendo ocorrido mudança no organograma e implementado processo de regulação da atenção à saúde. Da mesma forma está sendo reestruturado o planejamento com base na realidade local, associado à mecanismos de regulação da assistência básica, média e de alta complexidade.

A programação pactuada e integrada da atenção à saúde foi feita sendo a distribuição das consultas médicas e demais serviços de média complexidade feita proporcional a população de cada município que compõe a referência para Londrina dentro da disponibilidade da oferta.

PLANO DE AÇÃO:

- . Implementar a ação da comissão constituída na Bipartite Regional e buscar novos recursos nas esferas Estadual e Federal para viabilização das ações.
- . Realizar monitoramento e avaliação;

9. Formulação e implementação de políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

10. Organização do acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:

- a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território;
- b) desenhando a rede de atenção à saúde e;
- c) promovendo a humanização do atendimento;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza, porém o processo não é muito rápido visto que a estrutura existente antes da municipalização era vertical e segmentada. O planejamento de unidades de saúde, distribuição de equipes Saúde da Família, entre outras medidas, tem como prioridade a necessidade da população do ponto de vista da equidade e a responsabilização da equipe na sua área de abrangência. Estão sendo implantadas linhas guias para encaminhamento para a média complexidade com base na avaliação de risco e estimulando a resolutividade da atenção básica.

PLANO DE AÇÃO:

- . Implementar o planejamento local das Unidades de Saúde e da Educação Permanente em saúde.
- . Viabilizar ações que promovam a intersetorialidade.
- . Implementar a rede de cuidados no município.

11. Organização e pactuação do acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

SITUAÇÃO ATUAL : Realiza. O município implantou protocolos assistenciais para a rede básica e está passando por um processo de organização de linhas guias (fluxo) para referência e contra referência entre os serviços, com a participação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - CISMENPAR, a Bipartite Regional, Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde - CRESEMS e 17ª Regional de Saúde.

PLANO DE AÇÃO:

- . Concluir a implantação de linhas guias para a área com maior demanda assistencial;
- . Consolidar o projeto de regulação da atenção à saúde já implantado;
- . Implementar Educação Permanente;
- . Contribuir para implementação de ação da comissão constituída na Bipartite Regional.

CONDICIONANTE: estabelecimento de novos recursos nas esferas Estadual e Federal para viabilização das ações.

12. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

SITUAÇÃO ATUAL:

Realiza a referência de alguns procedimentos para fora do município.

PLANO DE AÇÃO:

- . Ampliar implantação do cartão SUS;
- . Contribuir com o implemento da ação da Bipartite Regional para elaboração de PPI e buscar novos recursos das Esferas Estadual e Federal para implantação de serviços nesse nível de assistência.

13. Garantir as referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde de serviços de referência intermunicipal.

SITUAÇÃO ATUAL: O município garante a distribuição de consultas e outros serviços de especialidade disponíveis de acordo com a população de cada município. Os exames e

procedimentos decorrentes das consultas são realizados de acordo com a capacidade instalada para todos usuários.

PLANO DE AÇÃO:

. Articular na Bipartite Regional a reavaliação da PPI e buscar novos recursos nas esferas Estadual e Federal para viabilização das ações necessárias.

14. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza. Nos últimos 5 anos mais de 50% da estrutura física das Unidades de Saúde foi substituída, ampliada ou reformada.

PLANO DE AÇÃO:

. Dar continuidade ao projeto de obras e implementar a manutenção das estruturas e equipamentos de forma contínua.

15. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob responsabilidade municipal, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

SITUAÇÃO ATUAL: A lista básica de medicamentos é garantida à população, salvo exceções, e é acompanhada por uma comissão de assistência farmacêutica.

PLANO DE AÇÃO:

. Estimular o uso racional de medicamentos;
. Melhorar mecanismo de controle e distribuição de estoque.

16. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

17. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a maior parte dos profissionais é formada, ainda, na lógica curativa.

PLANO DE AÇÃO:

. Estimular a integração ensino-serviço
. Implementar o processo de educação permanente em saúde.
. Desenvolver ações intersetoriais

7.2.– Responsabilidades na Regionalização

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém o processo está em constante construção.

PLANO DE AÇÃO:

. Participar do processo de forma articulada e integrada com a CIB regional e estadual para buscar junto às esferas estadual e federal a adequação de recursos às necessidades apontadas na PPI.

2. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém é necessária adequação da PPI atual adequação da PPI atual.

PLANO DE AÇÃO:

Participar da comissão PPI regional, instituída na CIB regional, contribuindo para construção de uma PPI adequada às necessidades atuais, e buscar de forma articulada os recursos necessários para viabilização junto às esferas estadual e federal.

3. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo as obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

4. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano diretor de investimento;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém o Plano Diretor de Regionalização - PDR, Plano Diretor de Investimento - PDI ainda estão em processo de organização.

PLANO DE AÇÃO:

. Participar de forma articulada com as CIB regional e Estadual, e contribuir para o processo de regionalização.

. Contribuir para o fortalecimento a CIB Regional através da participação em Câmaras Técnicas

5. Executar as ações de referência regional sob responsabilidade do município em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza ações além do pactuado na PPI vigente, acarretando maior gasto em saúde do orçamento municipal.

PLANO DE AÇÃO:

. Participar do processo de regionalização de forma articulada com a CIB regional.

. Repactuar a programação atual conforme a necessidade e buscar recursos junto ao Estado e ao Governo Federal, através da comissão para revisão da PPI constituída na CIB Regional.

7.3. – Responsabilidades no Planejamento e Programação

1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal.

2. Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3. Elaborar relatório de gestão anual , apresentar e submeter à aprovação do Conselho de Saúde

4. Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:

- a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação- SINAN,
- b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,
- c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC,
- d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,
- e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES;
- f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH
- g) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

5. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

6. Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

7. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

7.4. – Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

1. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

SITUAÇÃO ATUAL: Existe organização formal de instâncias de controle do Conselho Municipal de Saúde, porém é necessário melhorar a qualificação técnica.

PLANO DE AÇÃO:

- . Criar instrumentos explicativos e simplificados sobre a aplicação dos recursos do SUS no Município.
- . Intensificar o processo de qualificação de todos os atores.
- . Ampliar os mecanismos para divulgação quanto a utilização dos recursos do SUS.

2. Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza.

PLANO DE AÇÃO: Ampliar implantação do cartão SUS.

3. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas no município, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém as equipes necessitam de maior aproximação do raciocínio epidemiológico como ferramenta de gestão.

PLANO DE AÇÃO:

- . Disponibilizar de forma sistemática as informações em saúde.

. Qualificar as equipes para utilização das informações num processo de educação permanente, apoiado pelas assessorias técnicas e associado ao Planejamento Estratégico em Saúde.

4. Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

5. Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, protocolos foram elaborados e disponibilizados para todas as unidades de saúde, porém é necessário que as equipes se apropriem, destes, como instrumento do trabalho e a constante atualização e ampliação dos mesmos.

PLANO DE AÇÃO:

- . Promover a educação permanente com vistas a implementação e utilização dos protocolos por todos os profissionais.
- . Constituir equipe de revisão sistemática dos protocolos.

6. Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém há demanda reprimida e pouco conhecimento do protocolo de regulação pelos demais componentes do SUS.

PLANO DE AÇÃO:

- . Contribuir para a implementação do processo de regulação da assistência junto aos municípios que compõem a regional, através da Bipartite Regional;
- . Criar instrumentos de divulgação de protocolos clínicos e de regulação de acesso junto aos prestadores SUS.

7. Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

8. Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde, observar as normas vigentes de solicitação e autorização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a definição da programação está aquém da necessidade, devido à falta de recursos financeiros, os prestadores realizam mais que o programado, especialmente na urgência e emergência, gerando represamento de contas junto aos prestadores do SUS.

PLANO DE AÇÃO:

- . Gestionar aumento de recursos Federais e Estaduais para viabilizar contratualização compatível com a necessidade dos usuários.
- . Observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,
- . Processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e,
- . Realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

9. Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.

SITUAÇÃO ATUAL: As centrais de regulação estão trabalhando de forma desarticulada.

PLANO DE AÇÃO:

. Articular na CIB regional e Estadual a implementação do complexo regulador que integre as centrais de regulação existentes.

CONDICIONANTE: Aprovação de projeto pelo MS e liberação de recursos financeiros para implementação.

10. Executar o controle do acesso do seu município aos serviços no âmbito do seu território, por meio de centrais de regulação:

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, mas ainda é insuficiente necessitando da implementação de um complexo regulador adequado.

PLANO DE AÇÃO:

. Articular com o Estado e Ministério da Saúde a implementação de complexo regulador adequado aos leitos disponíveis, às consultas e às terapias e aos exames especializados;

11. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

SITUAÇÃO ATUAL: Está implantado no município o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel ao Usuário, porém é preciso implementar os serviços através de novos recursos federais e estaduais.

12. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

SITUAÇÃO ATUAL: O município está em fase de contratualização dos prestadores

PLANO DE AÇÃO:

Dar continuidade ao processo de contratualização para no mínimo 50% dos prestadores de serviços.

. Gestionar junto ao Estado e Ministério da Saúde novo aporte de recursos para viabilizar as ações adequadas às necessidades dos usuários.

. Implementar os trabalhos na CIB – Regional para melhorar a PPI.

13. Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

SITUAÇÃO ATUAL: O município está em fase de contratualização dos prestadores e estas ações estarão contempladas.

PLANO DE AÇÃO: Dar continuidade ao processo de contratualização de todos os prestadores.

14. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

SITUAÇÃO ATUAL: O município implantou o projeto de ampliação do serviço de auditoria para acompanhamento dos prestadores de serviço.

PLANO DE AÇÃO: Implementar equipe de regulação do município.

15. Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

16. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

SITUAÇÃO ATUAL: O município desenvolve ações de avaliação da assistência dos prestadores.

PLANO DE AÇÃO: Dar continuidade ao processo de contratualização de todos os prestadores

Ampliar ação da equipe de assessores para avaliação da assistência.

17. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém ainda precisa de melhoria, para isso foram constituídas as equipes de assessoria técnica, já referidas acima.

PLANO DE AÇÃO: Implementar as ações das equipes de assessores técnico-administrativo para acelerar o processo de avaliação e auditoria dos serviços de saúde.

18. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão

Realiza

19. Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

Realiza

7.5. - Responsabilidades na Gestão do Trabalho

1. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém é necessário investir na qualificação dos profissionais para institucionalização destes princípios estimulando planejamento de forma ascendente e participativa;

PLANO DE AÇÃO:

- . Implementar as ações de Educação permanente em saúde;
- . Instituir colegiados gestores locais em no mínimo 70% das unidades de trabalho e estimular as ações de planejamento das equipes locais.
- . Garantir que nos processos de implementação das ações sejam asseguradas a saúde mental e física dos trabalhadores, implementando o processo de Terapia Comunitária nas Unidades.

2. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, necessitando de acompanhamento.

PLANO DE AÇÃO: Criar uma comissão para avaliação da Gestão de Trabalho.

3. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a Comissão Permanente de Negociação do município é para toda categoria, não específica para os trabalhadores do SUS.

PLANO DE AÇÃO: Implantar mesa de negociação entre trabalhadores e gestores.

4. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém o PCCS implantado para os servidores da área da saúde necessita de permanente revisão.

PLANO DE AÇÃO: Constituir grupo permanente de trabalho para reavaliação do PCCS na área de saúde.

6. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

SITUAÇÃO: Realiza, porém, é preciso definir novos métodos para ampliar a fixação dos profissionais nas áreas de risco social.

PLANO DE AÇÃO:

. Criar mecanismos que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde em áreas de maior risco social.

. Redimensionar as áreas de abrangências das Unidades de Saúde, através de revisão do processo de territorialização e planejamento local.

7.6. – Responsabilidades na Educação na Saúde

1. Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

SITUAÇÃO ATUAL: Estão em desenvolvimento projetos de Educação Permanente como: Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, atuação de equipes de assessoria técnica nas UBS e Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria – DACA, assessoria para planejamento local em saúde, dentre outros.

PLANO DE AÇÃO: Ampliar o processo de promoção de ações de educação permanente em saúde, com reforço na assessoria técnica e oficinas de planejamento local em Saúde.

2. Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém devido a estrutura de formação do Pólo – Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) as decisões pactuadas nem sempre são aplicáveis ao Município.

PLANO DE AÇÃO: Rediscutir o papel, a formação e a metodologia de trabalho do Pólo.

3. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a participação popular precisa ser ampliada para contribuir na mudança da formação dos profissionais.

PLANO DE AÇÃO:

- . Apoiar curso de formação de conselheiros e divulgar as ações em parceria com o Conselho Municipal de Saúde;
- . Colaborar com as instituições de ensino na elaboração de mecanismos para valorização dos movimentos populares na formação dos profissionais de saúde

4. Incentivar junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a integração intersetorial entre Saúde e Educação para o desenvolvimento de ações de conhecimento do SUS é insuficiente; Necessidade de ampliar a responsabilização compartilhada.

PLANO DE AÇÃO: Promover trabalho permanente de articulação entre a Saúde e a Educação e secretarias afins.

5. Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém as parcerias precisam ser ampliadas.

PLANO DE AÇÃO: Estreitar as parcerias com as instituições de ensino superior no sentido de viabilizar a participação do serviço e da comunidade na construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde.

6. Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

SITUAÇÃO ATUAL: A rede municipal é espaço de estágio para os alunos de cursos técnicos, porém é preciso maior integração para revisão de grades curriculares a serem implementadas pelas instituições formadoras de nível médio e técnico em saúde.

PLANO DE AÇÃO: Criar espaços de articulação e pactuação entre ensino/serviço para estimular as mudanças curriculares nos cursos de nível médio e técnico em saúde, de acordo com o perfil profissional demandado pelo SUS.

7.7. - Responsabilidades na Participação e Controle Social

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

4. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém a capacitação dos conselheiros e lideranças necessita de maior investimento.

PLANO DE AÇÃO:

- . Promover a capacitação das lideranças locais,
- . Fortalecer e estimular a participação comunitária nos conselhos locais de saúde reforçando educação em saúde considerando os problemas prioritários.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém há necessidade de ampliar a informação e conhecimento acerca do SUS aos trabalhadores em saúde e a população em geral.

PLANO DE AÇÃO:

- . Divulgar as ações do SUS para a população em geral.
- . Desenvolver e distribuir material informativo sobre o SUS e a forma de acesso aos serviços de saúde.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém há descontinuidade no processo de educação popular em saúde.

PLANO DE AÇÃO:

- . Apoiar os processos e ações de capacitação das lideranças comunitárias e população em geral, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.
- . Apoiar e dar condições técnicas, administrativas e financeiras que possibilitem a participação social e de lideranças nos eventos de educação popular, conferências e outros.

7. Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

SITUAÇÃO ATUAL: Além da ouvidoria que já existia, em 2006 foi constituído grupo de trabalho com a criação de espaço interativo entre os usuários e trabalhadores do SUS.

PLANO DE AÇÃO: Implementar o serviço de atendimento ao Usuário e Trabalhador da Saúde e ampliar divulgação do serviço.

7.8. Termo do Limite Financeiro Global do Município

ANEXO III do TCGM - Valores Anuais

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL**	RECURSO MUNICIPAL***
PAB ASSISTENCIA	Componente fixo (a)	7.435.830,00		
	Componente Variável (b)	8.148.900,00	874.845,00	53.486.787,90
MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c)	41.020.267,80	4.701.983,14	12.086.853,80
	Total População Referenciada (d)	24.737.332,00	3.127.013,87	
	Outros recursos, ajustes e incentivos (e)	10.189.200,96	819.000,00	
	Total da PPI Assistencial (f)	75.946.800,84	8.647.997,01	12.086.853,80
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual de Saúde / FES (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)	75.946.800,76	8.647.997,01	12.086.853,80
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)	1.780.827,48	510.749,49	467.328,00
	Componente Básico repassado ao Fundo Estadual de Saúde / FES (l)			
	Componente estratégico (m)		9.685,62	
	Componente excepcional (n)		2.528.085,60	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (o)	1.956.798,36		3.576.835,50
	Vigilância Sanitária (p)	268.557,96		472.150,00
GESTÃO	(q)			
TOTAL FMS		95.537.714,68	12.571.362,72	70.089.955,20

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo maio/2007

Londrina, 21 de agosto de 2007

Total pop. Própria e referenciada – Port. SAS nº 221/07

* Considerado apenas o Recurso Federal repassado fundo a fundo para custeio. Valor do FNS para o FMS.

** Na coluna Estadual refere-se ao repasse aos recursos repassados ao Consórcio, Programa de Prevenção de Câncer de colo de útero, Hospitais Filantrópicos e H Universitário e ao SAMU, conforme informações repassadas pela 17ª Regional.

***Os valores dos Recursos Municipais referem-se à Folha de Pagamento dos servidores de carreira que se enquadram nos respectivos Blocos de Financiamento e as contrapartidas da Farmácia Básica e DST/AIDS.

7.9. Termo de Cooperação entre os Entes Públicos

Esse documento faz parte do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL (21/08/2007) e diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Razão Social – Nome da Unidade	CNPJ	Ente com gerência sobre a Unidade	Nº do Termo	Valor mensal	Fundo
Instituto de Saúde do Paraná – Hospital Dr Eulalino de Andrade	76.683.986/0053-34	Estadual	*	R\$ 136.987,59***	Fundo Municipal de Saúde
Instituto de Saúde do Paraná – Hospital Dr Anísio Figueiredo	76.683.986/0044-43	Estadual	*	R\$ 185.466,63***	Fundo Municipal de Saúde
Universidade Estadual de Londrina – Uel Centro Odontológico Norte Do Paraná	78.640.489/0002-34	Estadual	*	R\$ 5.373,00**	Fundo Municipal de Saúde

* O termo de Cooperação deverá ser celebrado no prazo de 12 meses.

** Fatura mensal Ambulatorial.

***Fatura mensal Ambulatorial e Hospitalar.

7.10. Objetivos e Metas dos Pactos pela Vida e de Gestão

O conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas foi pactuado de forma tripartite e se constitui em importante instrumento da gestão do SUS e faz parte do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL.

1. Saúde do Idoso

OBJETIVO	JUSTIFICATIVA / Plano de ação
I. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.	O município não dispõe da caderneta. Após disponibilização, pelo Ministério da Saúde o município adotará o instrumento.
II. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.	Após disponibilização, pelo Ministério da Saúde o município adotará o instrumento.
III. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.	Situação Atual: O município tem realizado Oficinas de sensibilização junto aos profissionais de saúde para reorganizar o atendimento ao Idoso desde 2006. Plano de Ação: Concluir as oficinas de sensibilização, atingindo 100% dos profissionais de nível superior.

OBJETIVO	JUSTIFICATIVA / Plano de ação
IV. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.	SITUAÇÃO ATUAL: O município tem realizado Oficinas de sensibilização junto aos profissionais de saúde para reorganizar o atendimento ao Idoso desde 2006. Londrina dispõe de ambulatório de geriatria que atua como referência e apoio às equipes de Saúde da Família. PLANO DE AÇÃO: Desencadear processos de educação permanente, através de assessorias técnicas nas Unidades de Saúde.
V. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.	O município está em processo de reorganização da assistência farmacêutica, quando esta questão estará sendo revista.
VI. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.	Não se aplica
VII. Instituir a atenção domiciliar ao idoso.	Realiza, através das equipes de PSF e do Sistema de Internação Domiciliar.

2. Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

I - Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.	Realiza cirurgias para Câncer de colo de útero no Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema - CISMENPAR, de mama no Hospital Universitário do Norte do Paraná e Instituto de Câncer de Londrina
--	--

3. Redução da Mortalidade Infantil e Materna

I. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação de atenção às doenças prevalentes.	SITUAÇÃO ATUAL: O município dispõe de Comitê de Mortalidade Infantil e Materna e de protocolos da Saúde da Criança. PLANO DE AÇÃO: . Aprimorar os protocolos, de forma que amplie a orientação ao cuidado das afecções mais prevalentes na infância. . Seguir e acompanhar as discussões do Comitê e implementar diretrizes a partir das situações diagnosticadas. . Efetivar prática de Educação Permanente no cuidado da criança, nas equipes de Saúde Família, com apoio das equipes de Assessoria Técnica.
II. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação CIB e/ou CIT	Realiza
III. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber	Realiza

4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

I. Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém é necessário maior divulgação entre os profissionais. PLANO DE AÇÃO: Criar instrumentos para divulgação entre os profissionais.
II. Implementar o Plano Municipal de Controle da Tuberculose.	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém necessita de atualização e maior divulgação. PLANO DE AÇÃO: Atualizar e divulgar o Plano Municipal de Controle da Tuberculose; Implementar Capacitação dos recursos humanos da Atenção Básica; Acompanhamento / e ampliar Assessoria da Atenção Básica pela Equipe de Assessoria Técnica e pelo Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho.
III. Desenvolver o Plano de Ações e Metas (PAM 2007), para o controle das DST/AIDS no município, conforme a Política de Incentivo do Ministério da Saúde.	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza. Porém necessita de contínuo aprimoramento. PLANO DE AÇÃO: . Desenvolver as metas e as ações propostas no Plano. . Capacitar os profissionais da Atenção Básica em Aconselhamento e DST/ Abordagem Sindrômica. . Atualizar a equipe da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai - MMLB quanto ao diagnóstico e quimioprofilaxia nos casos de parturientes soropositivas.

5. Promoção da saúde

I. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	Realiza
II. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, As equipes saúde da família desenvolvem ações de promoção à saúde como grupos de atividade física, caminhadas, e outros. Em 2006, foi implantado o Programa Municipal de Controle de Tabagismo, com capacitação de profissionais de saúde em todas as Unidades de saúde. PLANO DE AÇÃO: . Fomentar os grupos de tabagismo. . Ampliar ações de atividade física.
III. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza em parceria com a Secretaria do idoso, porém ainda está restrita a uma região. PLANO DE AÇÃO: Ampliar a experiência para outras regiões do município.
IV. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	Situação atual: Realiza, porém restrito aos programas existentes (saúde da criança, atendimento ao hipertenso, gestante, etc). PLANO DE AÇÃO: Designar grupo intersetorial de trabalho para elaborar, pactuar e implementar ações de promoção do hábito da alimentação saudável.

6. Fortalecimento da Atenção Básica

I. Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco - regionais.	Realiza, tendo sido criado grupo de assessoria técnica visando ampliar a resolutividade na atenção básica à saúde no enfoque da estratégia saúde da família.
II. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza. O Município investiu na formação de facilitadores em EPS. Em parceria com a Universidade Estadual de Londrina está desenvolvendo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. PLANO DE AÇÃO: - Implementar ações de educação permanente com apoio das Assessorias Técnicas e dar continuidade ao projeto de Residência Multiprofissional. - Criar indicadores quantitativos e qualitativos para acompanhamento da formação dos profissionais de saúde. - Gestionar junto à UEL a Residência em Medicina de Família para 2008.
III. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	Não se aplica
IV. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.	Não se aplica
V. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, porém há um descompasso no processo de solicitação, compra e distribuição de materiais e equipamentos. PLANO DE AÇÃO: Revisar a forma de controle dos insumos e recursos, visando um melhor diagnóstico e planejamento das ações com os setores envolvidos.
VI. Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS	Realiza
VII. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	SITUAÇÃO ATUAL: Realiza, os vínculos de trabalho são regulares, porém há dificuldade na fixação do profissional médico. Há necessidade de se rever o processo de trabalho nas Unidades de Saúde sobre novos processos de trabalho e a necessidade de pessoal. PLANO DE AÇÃO: Acelerar a revisão do processo de trabalho nas Unidades de Saúde e a necessidade de adequação de pessoal.
VIII. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	Realiza, tendo sido implementado através do projeto em curso de regulação da assistência.
IX. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	Realiza, sendo que haverá um estímulo ao planejamento local através de oficina de capacitação em Planejamento Estratégico em Saúde e à formação de Colegiados Locais de Gestão.

Formatação em 13062008 DPLS/AMS

VIII. PACTO PELA SAÚDE – PACTO PELA VIDA E DE GESTÃO

O conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas foi pactuado de forma tripartite e se constitui em importante instrumento da gestão do SUS, conforme Portaria Ministerial nº 325 GM de 21 de fevereiro de 2008.

O relatório municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida e de Gestão apresenta os resultados alcançados em 2007 e o compromisso pactuado de indicador para 2008 e as principais ações a serem desenvolvidas. Esse processo foi acompanhado por equipe técnica da 17ª Regional de Saúde.

Para contribuição com a análise dos dados e pactuação foram utilizados dados do SINASC, SIM, SIA-SIH/SUS, SINAN, SIAB e relatórios de serviço.

O resultado desse trabalho foi apresentado para o Conselho Municipal de Saúde que em reunião extraordinária convocada especialmente para esse fim discutiu e aprovou a pactuação que constou do Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida e de Gestão.

1. Pacto pela Vida

PRIORIDADE I : Atenção à Saúde do Idoso

OBJETIVOS:

I. Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur.

II. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas instituições de longa permanência para idosos - ILPI.

INDICADOR: Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
22,7%	22%

PRIORIDADE: II - Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama

OBJETIVOS:

I. Ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população alvo.

II. Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

III. Diminuir o número de amostras insatisfatórias do exame citopatológico.

IV. implantar o sistema nacional de informação para o controle do câncer de mama - SISMAMA, com identificação do usuário, integrando-o ao SISCOLO

INDICADORES

. Razão de exames citopatológico cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação a população-alvo, em determinado local, por ano

Resultado em 2007	Meta pactuada em 2008
0,2	0,25 (razão)

. Percentual de tratamento/seguinto no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau - NIC II E NIC III)

Resultado em 2007	Meta pactuada 2008
100%	100%

PRIORIDADE: III - Redução da Mortalidade Infantil e Materna.

OBJETIVOS

- I. Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária
- II. Investigar óbitos maternos
- III. Reduzir a mortalidade pós-neonatal
- IV. Reduzir a mortalidade neonatal
- V. Reduzir o número de morte infantil indígena, tendo como linha de base o ano de 2005.
- VI. Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal
- VII. Reduzir a taxa de cesareas

INDICADORES

1. Proporção de investigação de óbitos infantis

Resultado em 2007	Meta pactuada em 2008
100%	100%

2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

Resultado em 2007	Meta pactuada em 2008
100%	100%

3. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal. Obs: reduzir a porcentagem proposta

Resultado em 2007	Meta pactuada em 2008
2,13 %	2%

4. Coeficiente de Mortalidade Neonatal. Obs: reduzir a porcentagem PROPOSTA

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
9,6 %	9,3 %

PRIORIDADE: IV - Fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.

OBJETIVOS

- I. Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue
- II. Ampliar a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano
- III. Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia legal
- IV. Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados
- V. Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado
- VI. Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais
- VII. Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos

INDICADORES

1. Taxa de Letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
0	2%

2. Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
45,61%	65%

3. Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
82,76%	87%

4. Proporção de Amostras Clínicas Coletadas do Vírus Influenza em Relação ao Preconizado

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008

5. Proporção de Casos de Hepatites B e C Confirmados por Sorologia

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
100%	95 %

6. Taxa de Incidência de AIDS em Menores de 5 Anos de Idade

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
0	0 / 100.000

PRIORIDADE: V - Promoção da Saúde

OBJETIVOS

- I. Promover atividade física com objetivo de reduzir o sedentarismo no país
- II. Reduzir a prevalência do tabagismo no país
- III. Ampliar rede de prevenção de violência e promoção a saúde nos estados e municípios

INDICADOR: Percentual de Unidades de Saúde que Desenvolvem Ações no Campo da Atividade Física

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
34,6%	50%

PRIORIDADE: VI - Fortalecimento da Atenção Básica

OBJETIVOS

- I. Garantir que a estratégia saúde da família seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora dos sistemas de saúde considerando as diferenças loco-regionais
- II. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família e comunidade, prioritariamente para profissionais da estratégia saúde da família
- III. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos municípios brasileiros por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na política nacional de atenção básica: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização, humanização
- IV. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento da unidade básica de saúde considerando materiais, equipamentos, insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços
- V. Apoiar técnica e financeiramente a atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS
- VI. Fortalecer o desenvolvimento das redes locais e regionais de saúde com vista a integração da atenção básica aos demais níveis de atenção
- VII. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas de governo, com vistas a qualificação da gestão descentralizada
- VIII. Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando prioritariamente, as áreas programáticas e transversais
- IX. Desenvolver ações contínuas voltadas a diminuição da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos
- X. Melhorar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do programa bolsa família (acompanhamento das famílias e crianças beneficiárias)

INDICADORES

1. Proporção da População Cadastrada pela Estratégia Saúde da Família

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
62,66%	70%

2. Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
18,56%	19%

3. Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
31,42 / 10.000	31 / 10.000

4. Taxa de Internação Por Diabetes Mellitus e suas Complicações na População de 30 Anos e Mais

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
6,4 / 10.000	6 / 10.000

5. Média Anual de Consultas Médicas por Habitante nas Especialidades Básicas

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
2,17 consultas	2 consultas

6. Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 4 ou mais Consultas de Pré-natal.

Obs: pactuar somente se não tiver atingido 90% do ano anterior, conforme instrutivo

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
97,11%	97,1%

7. Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-natal.

Obs: pactuar somente se tiver atingido mais de 90% no ano anterior, conforme instrutivo

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
86,9%	86,9%

8. Percentual de Crianças Menores de Cinco Anos com Baixo Peso para Idade

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
3,3%	4,8%

INDICADORES COMPLEMENTARES

1. Recurso Financeiro (em reais) Próprio Dispendido na Atenção Básica

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
R\$ 49309898,20	R\$ 49309898,20

2. Média Anual da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
1,65 ações	3,5 ações

3. Média Mensal de Visitas Domiciliares por Família Realizadas por Agente Comunitário de Saúde

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
0,67 visitas	1 visita

4. Percentual de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família Acompanhadas pela Atenção Básica

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
43,47%	43%

PRIORIDADE: VII - Saúde do Trabalhador

OBJETIVOS

I. Ampliar a rede nacional de atenção integral a saúde do trabalhador - RENAST, articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais, a partir da revisão da Portaria GM nº 2.437 de 07/12/2005

II. Apoiar estados e municípios na capacitação de profissionais em saúde do trabalhador

INDICADOR: Número Profissionais de Saúde Matriculados

Meta pactuada 2008: 5 (cinco)

PRIORIDADE: VIII - Saúde Mental

OBJETIVOS

I. Ampliar a Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

INDICADOR: Taxa de Cobertura CAPS por 100 mil habitantes

Resultado em 2007	Meta Pactuada em 2008
0,7 / 100.000	0,7 / 100.000

PRIORIDADE IX: Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde as Pessoas com Deficiência.

OBJETIVO:

Fortalecer a implantação e implementação das redes estaduais de serviços de reabilitação para o atendimento das pessoas com deficiência auditiva

PRIORIDADE X: Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência

OBJETIVOS:

I. Implantar redes de atenção e proteção a pessoas em situação de violência doméstica e sexual que contemplem: crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais e trabalhadores, de ambos os sexos;

II. Ampliar a cobertura da ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

INDICADOR (complementar):

Proporção de Redes de Atenção Integral a Mulher e Adolescentes em Situação de Violência Implantados em Municípios Prioritários no Estado.

Obs: a ser pactuado por municípios prioritários, conforme instrutivo

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
0	1(hum)

2. Pacto de Gestão

2.1. Cobertura Vacinal por Tetravalente em Menores de Um Ano de Idade

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
77,35	95 não vacinados

2.2. Proporção de Óbitos Não Fetais Informados Ao Sim Com Causas Básicas Definidas

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
98,81%	98,80%

2.3. Taxa de Notificação de Casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em Menores de 15 Anos

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
0,769	1 / 100.000

2.4. Proporção de Doenças Exantemáticas Investigados Oportunamente

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
97,5%	80%

2.5. Proporção de Casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) Encerrados Oportunamente Após Notificação

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
89,3	90%

2.6. Proporção da Receita Própria Aplicada em Saúde Conforme Previsto na Regulamentação da EC 29/2000

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
23,35%	20%

2.7. Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais Obrigatórias SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
100%	100%

2.8. Índice de Contratualização de Unidades Conveniadas ao SUS, nos Estados e Municípios.

Resultado 2007	Meta Pactuada 2008
6,6%	30%

IX. PROPOSTAS DA 10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As propostas aprovadas na 10ª Conferência Municipal de Saúde foram analisadas e nortearam os trabalhos da comissão criada para elaboração deste Plano Municipal de Saúde. As propostas foram classificadas por grandes grupos com base na organização do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL E DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO. Cabe esclarecer que outras propostas foram consideradas como já executadas ou que não se aplicavam ao Plano Municipal de Saúde. As propostas específicas e de responsabilidade de outros setores que não o da saúde serão encaminhadas ao respectivo setor/órgão responsável para os devidos encaminhamentos, portanto não constarão desse plano municipal. Propostas de responsabilidade das demais instâncias do SUS como o Conselho

Estadual de Saúde, Governo do Estado e Ministério da Saúde estão classificadas como recomendações.

As propostas que constam desse Plano Municipal foram classificadas conforme se segue:

1. GESTÃO DO SUS
2. AÇÕES INTERSETORIAIS
3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE
4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
5. EDUCAÇÃO PERMANENTE
6. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
7. SAÚDE DO TRABALHADOR
8. PROPOSTAS GERAIS
9. RECOMENDAÇÕES

Optou-se por essa forma de sistematização para facilitar acompanhamento dos compromissos pactuados no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, diferentemente da 10ª Conferência Municipal de Saúde que sistematizou as propostas aprovadas considerando os dois temas principais que foram “Pacto pela Saúde e Políticas públicas e Participação Social e Saúde Ambiental.

O critério utilizado para classificação foi baseado na análise da proposta na íntegra do documento final da Conferência e foi feita sua transcrição para os itens conforme dispostos acima.

1. GESTÃO DO SUS

1. Prestar contas das propostas aprovadas, cumpridas e não cumpridas, nas Conferências de Saúde anteriores, com ampla divulgação, através dos meios de comunicação e internet, com realização de uma plenária com as entidades que participaram das conferências. (Tema II – Proposta 29)
2. Implantar a Vigilância Ambiental em Saúde na Autarquia Municipal de Saúde. (Tema II – Proposta 81)
3. Implantar Unidade Básica de Saúde 16 horas em todas as regiões, visando diminuir o fluxo no Pronto Atendimento. (Tema I – Proposta 48)
4. Redimensionar /ampliar o horário de funcionamento das UBS (Unidades Básicas de Saúde), considerando as necessidades dos usuários mediante avaliação técnica. (Tema I – Proposta 49)
5. Reestruturação e fortalecimento da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família, com a finalidade de prevenção, promoção e recuperação à saúde, com ampliação do quadro de recursos humanos preferencialmente por concurso público. (Tema I – Proposta 52)
6. Manter a Policlínica na região oeste e implantar outras policlínicas nas regiões norte, sul e leste, inclusive na região centro conforme aprovado em Conferências anteriores. (Tema I – Proposta 60)
7. Viabilização de pronto socorro referenciado com regras e normas técnicas (protocolos assistenciais e avaliação de risco). (Tema I – Proposta 63)
8. Regular as vagas de consultas em especialidades médicas ofertadas pelo SUS, como Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Reumatologia, Angiologia e Geriatria, entre outras, garantindo retorno, conforme a necessidade, e que estes especialistas tenham conhecimento em saúde do trabalhador. (Tema I – Proposta 72)

9. Rever/atualizar a tabela de recursos referentes à Portaria nº. 055/99 – Tratamento fora do Domicílio (TFD) – passagens, alimentação, pernoite – para pacientes que necessitam de tratamento especializado em serviços de referência médica (média e alta complexidade). (Tema I – Proposta 73)
10. Cadastrar serviços privados e filantrópicos para execução de programas de saúde que hoje somente o serviço público realiza, conforme a necessidade (regra) de demanda e prioridade do SUS. (Tema I – Proposta 77)
11. Credenciar o serviço de vídeo cirurgia nos hospitais solicitantes, contribuindo para a redução do tempo de permanência. (Tema I – Proposta 79)
12. Definir sub-teto financeiro para cada instituição prestadora, baseado na produção real das mesmas, respeitando a demanda pela sua capacidade técnica – cumprimento das responsabilidades acordadas na contratualização. (Tema I – Proposta 83)
13. Buscar a complementação da Tabela SUS para que os custos reais sejam cobertos, a fim de não reduzir a oferta dos serviços devido à baixa remuneração. (Tema I – Proposta 86)
14. Garantir a remuneração destacada do atendimento multiprofissional nos hospitais e ambulatórios da rede privada que atende ao paciente SUS. (Tema I – Proposta 87)
15. Garantir os recursos junto ao Ministério da Saúde para o pagamento em dia das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) processadas e pagamento imediato dos serviços autorizados e realizados pelos prestadores, que foram represados por falta de recursos financeiros, inclusive as de pacientes regulados pela Central de Leitos / SAMU, adequando a contratualização dos prestadores. (Tema I – Proposta 88)
16. Garantir a revisão das contas apresentada pelos prestadores quando da glosa nos procedimentos encaminhados à DACA e pagamento quando adequados aos protocolos clínicos. (Tema I – Proposta 89)
17. Garantir equidade no financiamento dos prestadores de serviços de saúde filantrópicos e públicos, proporcional aos atendimentos realizados ao SUS. (Tema I – Proposta 91)
18. Assegurar o pagamento dos custos dos exames necessários e tratamentos dos pacientes, em nível ambulatorial e hospitalar, quando os mesmos não são realizados no próprio hospital e nem disponibilizados pelo SUS em Londrina (justificado junto ao gestor). (Tema I – Proposta 93)
19. Promover investimentos em saúde preventiva como forma de diminuir o gasto com saúde curativa. (Tema I – Proposta 97)
20. Ampliar os programas de atendimento, Sistema de Internação Domiciliar (SID) e Programa de Saúde da Família (PSF), sem prejuízo das equipes já existentes, mediante financiamento de outras esferas. (Tema I – Proposta 108)
21. Apoiar técnica e financeiramente, os hospitais credenciados no SUS para que durante a internação da Mãe, se adequem a visitação dos filhos menores. (Tema I – Proposta 116)
22. Disponibilizar na rede SUS tratamento oftalmológico a laser para diabéticos. (Tema I – Proposta 117)
23. Prever e incluir recursos para custear as despesas de educação permanente aos servidores. (Tema I – Proposta 118)

24. Garantir maior agilidade a realização de cirurgias com AIHs aprovadas. (Tema I – Proposta 163)
25. Assegurar a referência e contra-referência do atendimento aos pacientes de acordo com a sua complexidade. (Tema I – Proposta 195)
26. Promover articulação do processo de regulação de leitos do município e estado. (Tema I – Proposta 198)
27. Definir o encaminhamento dos pacientes não oncológicos para rede de atendimento do SUS, para continuidade dos tratamentos específicos conforme a doença diagnosticada. (Tema I – Proposta 200)
28. Implantar o atendimento de urgência /emergência psiquiátrica em hospitais gerais. (Tema I – Proposta 203)
29. Fortalecer, em parceria com o Estado, a capacidade de resposta aos agravos de Hanseníase e Tuberculose. (Tema I – Proposta 204)
30. Melhorar a identificação dos avisos de consulta, enviados pelo correio, mudando para a parte frontal o nome e endereço do paciente, com letras maiores, inclusive em BRAILLE, para pessoas com deficiência visual, acrescentando número do telefone em destaque para aviso de não comparecimento, se possível conseguindo junto ao Serviço de Comunicações Telefônicas de Londrina - SERCOMTEL, uma linha 0800 para esse fim. (Tema I – Proposta 219)
31. Reorganizar e reordenar o sistema de saúde, com definição de competências de atendimento primário, secundário e terciário de saúde. (Tema I – Proposta 228)
32. Criar um sistema de auditoria da atenção à saúde para avaliações do quadro de atendimento ao usuário da população negra/afro descendente à luz dos protocolos científicos e da ética. (Tema I – Proposta 238)
33. Agilizar e regulamentar a implantação do cartão S.U.S. (Tema I – Proposta 242)
34. Produzir, sistematizar e disponibilizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres, com recorte de gênero, raça, etnia e com deficiência. (Tema I – Proposta 251)
35. Viabilizar ações que promovam a humanização do atendimento na rede de atenção básica, rede secundária e nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde. (Tema I – Proposta 253)
36. Reavaliar o fluxo de consultas de especialidades, a fim de melhorar a demanda, disponibilizando a todos os usuários do sistema, informações sobre a fila de espera de especialidades nas UBS. (Tema I – Proposta 259)
37. Realizar monitoramento cirúrgico, através de auditoria operativa, do número de leito/cirurgião/horário de cirurgia. (Tema I – Proposta 268)
38. Implantar auditoria operativa nos atendimentos cirúrgicos e de pronto socorro nos hospitais da cidade de Londrina. (Tema I – Proposta 269)
39. Descentralizar as especialidades que tem procedimentos cirúrgicos como urologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, e Cirurgia Geral para os Hospitais Públicos do Município. (Tema I – Proposta 270)

40. Elaborar um fluxo para agilização da fila de espera de emergência cirúrgica. (Tema I – Proposta 271)
41. Disponibilizar médicos urologistas nas Unidades de Saúde. (Tema I – Proposta 272)
42. Contratar funcionários, prioritariamente por concursos públicos, mediante concurso público atendendo às necessidades da população, evitando sobrecarga à capacidade instalada. (Tema I – Proposta 151)

2 – AÇÕES INTERSETORIAIS

1. Realizar oficinas para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação de projetos com perspectivas intersetorial e multiprofissional com os Conselhos Municipais e segmentos da Sociedade Civil Organizada. (Tema II – Proposta 18)
2. Introduzir na escola fundamental, média e superior “Educação Permanente em Saúde” para divulgação do SUS e práticas de qualidade de vida, promoção e proteção da saúde, controle social, de forma que as ações educativas sejam ampliadas para a comunidade. (Tema II – Proposta 43)
3. Criar fóruns para discussão de políticas públicas para investimentos / financiamento, organização e definição de competências de cada uma das áreas - saúde, educação, meio ambiente, segurança, saneamento, etc. (Tema II – Proposta 44)
4. Planejar e implementar programa de fluoretação das águas nas zonas rurais. (Tema II – Proposta 50)
5. Estabelecer parcerias com escolas públicas e particulares, Secretaria Municipal do Ambiente e Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de implementar ações educativas e de conscientização sobre cuidados com o meio ambiente, garantindo assim prevenção de várias doenças (leptospirose, hepatite A, esquistossomose, dengue, entre outras). (Tema II – Proposta 71)
6. Desenvolver, em parceria com os órgãos competentes, ações educativas voltadas ao meio ambiente. (Tema II – Proposta 72)
7. Criar ações e práticas com o controle social para a educação através de medidas preventivas que estimulem a preservação ambiental na comunidade local. (Tema II – Proposta 80)
8. Implantar programa educativo com campanhas sobre saúde ambiental, segurança e combate à violência. (Tema II – Proposta 86)
9. Fortalecer o trabalho em rede, envolvendo todas as Secretarias Municipais, tendo em vista a articulação entre as políticas de Saúde, Educação e Assistência Social para atuação integrada e intersetorial junto a moradores de rua, idosos em condições de dependência, pessoas que sofrem violência, entre outros, garantindo espaço de abrigo e o atendimento das necessidades básicas de sobrevivência. (Tema I – Proposta 1)
10. Ampliar e desenvolver programas de prevenção, promoção, tratamento e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares através de ações que contemplem saúde e educação, promovendo a inclusão social com ênfase na saúde, lazer, esporte, cultura, segurança, ação social e urbanismo, através da capacitação entre as diferentes esferas de governo. (Tema I – Proposta 4)
11. Fortalecer parcerias entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Núcleo Regional de Ensino e escolas particulares visando estratégias para melhor educar e orientar aos alunos das

redes públicas e privadas de ensino, com ênfase para os alunos do ensino de pré-escola até a 4º série do ensino fundamental, que tem facilidade em aprender e repassar as suas famílias, hábitos de prevenção e promoção à saúde. (Tema I – Proposta 9)

12. Promover parceria entre as Secretarias de Saúde, Educação, Mulher e Secretaria de Estado da Segurança, e outros setores afins para ampliar programa de orientação a grupos de adolescentes sobre: prevenção de gravidez, DST/Aids, drogas ilícitas e lícitas, violência, destinando verbas para manutenção do mesmo. (Tema I – Proposta 11)
13. Integrar a Autarquia Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência Social e secretarias afins do município para retaguarda no atendimento pós-hospitalar do usuário de serviços públicos (asilos, casas de repouso, moradias, etc.). (Tema I – Proposta 13)
14. Criar políticas e ações que visem o fortalecimento da rede de proteção à criança e ao menor vitimizado (agressão física, psicológica, sexual e etc.), de acordo com o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). (Tema I – Proposta 14)
15. Desencadear mecanismos de articulação e pactuação com as demais secretarias e setores para garantir integralidade das ações e conseqüente Pacto Pela Saúde. (Tema I – Proposta 16)
16. Ampliar as ações de intersetorialidade implementadas para o controle e combate à Dengue e demais demandas de agravos à saúde (combate e controle de pombos, carrapatos, Tuberculose, etc). (Tema I – Proposta 17)
17. Desenvolvimento de Políticas Públicas para a saúde integral da população com ênfase na criança, adolescentes, jovens e idosos, trabalhando de forma intersetorial. (Tema I – Proposta 18)
18. Realizar em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher campanhas informativas sobre Programa Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, sobre a legislação da interrupção voluntária da gravidez e sobre o contraceptivo de emergência. (Tema I – Proposta 19)
19. Estimular, em parceria com Secretaria Municipal da Mulher, a implantação de ações para a atenção integral à saúde da mulher e monitorar os programas existentes de forma que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo todas as mulheres, com diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero. (Tema I – Proposta 21)
20. Implantar e implementar em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher ações dentro do Sistema Municipal de Saúde que promovam formação e qualificação de profissionais para o diagnóstico de doenças específicas e acompanhamento de questões que envolvam especificidade da raça negra e indígena (como anemia falciforme, hemoglobinopatia, pressão alta, teste do pezinho, etc.), presidiária, trabalhadora rural e urbana, com diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero. (Tema I – Proposta 24)
21. Estimular, através de parceria da Secretaria Municipal da Mulher e Secretaria da Saúde, a implantação de um programa para a conscientização da família e da sociedade com relação à sexualidade da mulher com deficiência mental. (Tema I – Proposta 25)
22. Desenvolver em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher e Secretaria Municipal de Educação, campanhas, palestras e debates em instituições públicas ou privadas sobre a jornada de trabalho do trabalhador com enfoque na questão da saúde (estresse, depressão, doenças psicossomáticas, assédio moral e sexual e outras). (Tema I – Proposta 26)
23. Apoiar e implementar, em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher e as Organizações da Sociedade Civil, as ações de prevenção e promoção da saúde integral da mulher, inclusive

as em situação de violência doméstica e sexual, intensificando as campanhas de prevenção (cartazes, folderes, meios de comunicações, etc.). (Tema I – Proposta 27)

24. Viabilizar com a Secretaria Municipal da Mulher a produção, sistematização e disponibilização de dados e informações sobre saúde da mulher e da violência contra as mulheres, com recorte de raça, etnia, com deficiência e orientação sexual. (Tema I – Proposta 28)
25. Intensificar a divulgação do Programa Rosa Viva através de campanhas na mídia. (Tema I – Proposta 29)
26. Contratar profissional da área de Psicologia para o Programa Rosa Viva. (Tema I – Proposta 147)
27. Promover mais campanhas de prevenção e trabalho contínuo junto à comunidade sobre as doenças emergentes, endemias e vetores como dengue, leishmaniose e outras. (Tema I – Proposta 229)
28. Garantir ações adequadas de saúde preventiva incluindo orientações para cuidados especiais na utilização de agrotóxicos. (Tema I – Proposta 246)
29. Criar uma equipe de saúde da família na região central para moradores de rua. (Tema I – Proposta 261)
30. Ampliar a discussão sobre o tratamento e disposição final dos Resíduos de Saúde, envolvendo todos os prestadores (públicos e privados) para uma solução unificada no município. (Tema II – Proposta 56)

3 – ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. Estabelecer que os atendimentos nas UBS sejam por área geográfica e não por bairros, respeitando a vontade do paciente. (Tema II – Proposta 22)
2. Garantir a implantação da Atenção à Saúde Integral do Idoso. (Tema I – Proposta 15)
3. Intensificar e estimular as campanhas de prevenção dos diversos tipos de câncer, em homens e mulheres, especialmente do câncer cérvico-uterino, de mama e de próstata, visando reduzir a morbimortalidade daqueles de maior prevalência, em parceria com CACON de referência da região. (Tema I – Proposta 23)
4. Ampliar e manter diariamente atendimentos odontológicos para todas as faixas etárias através do Programa de Saúde da Família (PSF) Bucal com atendimento conforme o horário de funcionamento da UBS e conforme estudo técnico do Conselho Municipal de Saúde. (Tema I – Proposta 53)
5. Organizar o atendimento de urgência e emergência nas unidades de 16 e 24 horas, que contemple a demanda de atendimento de forma independente entre Saúde da Família e Pronto Atendimento, após a apreciação dos conselhos regionais de saúde e aprovação no Conselho Municipal de Saúde. (Tema I – Proposta 59)
6. Proporcionar a implementação da Portaria MS 971 de 3 de maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Esta política de caráter nacional recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, a implantação e implementação das ações e serviços relativos à acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo. (Tema I – Proposta 67)

7. Ampliar mais 05 (cinco) vagas no Ambulatório da Comissão de Suporte Nutricional do HU. (Tema I – Proposta 70)
8. Criar e credenciar Unidade de Cuidados Paliativos na cidade para abrigar pacientes fora de possibilidade terapêutica, mas que necessitam permanecer sob cuidados especiais. (Tema I – Proposta 78)
9. Aumentar o número de vagas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e quando houver necessidade de retorno que o mesmo seja agendado no próprio CEO. (Tema I – Proposta 98)
10. Realizar o atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas seguindo o princípio da equidade. (Tema I – Proposta 99)
11. Ampliar o número de profissionais nas especialidades ofertadas no CEO, aumentando o número de vagas. (Tema I – Proposta 100)
12. Melhorar a organização e agilidade na distribuição das guias de especialidades, com sistema de mutirão para diminuir a fila de determinadas especialidades, agilizar os resultados de exames e rever as especialidades ofertadas pelo HU. (Tema I – Proposta 101)
13. Ampliar o número de vagas (guias) para ultra-sonografia ginecológica, mamografia e profissional da área ginecológica, com participação para o financiamento das três esferas. (Tema I – Proposta 104)
14. Criar um fluxo ágil de solicitação de encefalograma e consultas de prioridade dos atendimentos realizados nas instituições Ilece e Apae. (Tema I – Proposta 105)
15. Garantir atendimento psicológico nas unidades de saúde, Inclusive para crianças hiperativas, mediante encaminhamento médico. (Tema I – Proposta 106)
16. Implantar protocolos de saúde mental para rede básica, tendo como referência o preconizado pelo Programa Estadual de Assistência Farmacêutica para a Saúde Mental – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. (Tema I – Proposta 126)
17. Ampliar o atendimento ambulatorial, com equipe multiprofissional, nas áreas de psicologia, nutrição, saúde bucal, farmácia, assistência social, saúde mental, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudióloga, etc, nas unidades de saúde para apoio ao PSF. (Tema I – Proposta 130)
18. Readequar a cobertura do Programa Saúde da Família priorizando as áreas de risco. (Tema I – Proposta 132)
19. Manter médicos na Unidade de Saúde conforme a necessidade da área de abrangência. (Tema I – Proposta 133)
20. Agilizar consultas com clínico geral, priorizando a substituição deste profissional quando necessário. (Tema I – Proposta 134)
21. Garantir equipes de PSF completa em todas as UBS. (Tema I – Proposta 135)
22. Estudar a possibilidade de aumentar a visita do UNIMOS no Patrimônio do Espírito Santo e contratação de médico. (Tema I – Proposta 136)
23. Contratar profissionais de psicologia para assistir dependentes químicos nos distritos. (Tema I – Proposta 137)

24. Manter o atendimento de médicos clínicos gerais, pediatra, ginecologista e dentistas diariamente, bem como substituir auxiliares de enfermagem afastadas por motivo de saúde, na Unidade de Saúde de Maravilha. (Tema I – Proposta 138)
25. Ampliar o quadro de médicos enfermeiros, agilizar os resultados dos exames bem como garantir a manutenção do carro do PSF em todas as Unidades de Saúde. (Tema I – Proposta 139)
26. Implantar as especialidades de ginecologia, fisioterapia e pediatria, na Unidade Básica de Saúde de Paiquerê. (Tema I – Proposta 140)
27. Reimplantar o atendimento do plantonista na Unidade de Saúde de Lerroville. (Tema I – Proposta 141)
28. Contratar um médico clínico geral para as Unidades de Saúde do Lindóia, Selva e Guanabara. (Tema I – Proposta 142)
29. Contratar médicos geriatras para todas as UBS. (Tema I – Proposta 143)
30. Contratar auxiliares administrativo para todas as UBS. (Tema I – Proposta 144)
31. Reestruturar o Ambulatório Municipal de RN (Recém-nascido) de risco com equipe multiprofissional e interdisciplinar. (Tema I – Proposta 145)
32. Garantir a imediata substituição em caso de licença ou férias, com a mesma quantidade de horas para funcionários das UBS, médicos, serviços gerais, assistentes administrativos. (Tema I – Proposta 161)
33. Readequar a rotina do serviço odontológico municipal, uniformizando todos os procedimentos e normas em todas as Unidades Básicas de Saúde e promover treinamento do protocolo vigente ao contratar novos profissionais do setor de odontologia ou absorvê-los do estado ou outras entidades, a fim de familiarizá-los com o mesmo e não prejudicar a uniformidade dos serviços. (Tema I – Proposta 164)
34. Garantir médico e odontólogo em todas as UBS todos os dias, inclusive em caso de férias, falecimento, doença, Congressos, etc. (Tema I – Proposta 165)
35. Atender a demanda por serviços odontológicos, inclusive especialidades, conforme a capacidade instalada, priorizando as crianças e adolescentes em obediência ao Estatuto da Criança e do Adolescente. (Tema I – Proposta 166)
36. Contratar Cirurgiões Dentistas, Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultórios Odontológicos em número suficiente para atender a demanda da população e não sobrecarregar os servidores. (Tema I – Proposta 168)
37. Planejar e implementar programa de bochechos fluoretados nas escolas das zonas rurais. (Tema I – Proposta 169)
38. Aumentar número de fisioterapeutas nas UBS, com ampliação no atendimento, para a reabilitação integral ao usuário vítima de doença ocupacional e acidentes de trabalho. (Tema I – Proposta 171)
39. Ampliar o atendimento do Serviço de Internação Domiciliar, garantindo cobertura assistencial nos finais de semana, noites e feriados, inclusive com admissão de pacientes nestes períodos, revisando os protocolos de admissão e qualidade do serviço prestado (avaliação do domicílio e

necessidades do paciente, equipamentos / infra-estrutura de recursos humanos, medicamentos, etc.). (Tema I – Proposta 192)

40. Aumentar equipe do Sistema de Internação Domiciliar, contendo pelo menos dois profissionais para atendimento noturno, sob justificativa da melhora do custo benefícios propiciando a administração medicamentosa (8/8 h e 12/12h) em residência, gerando desafogamento de leitos nos hospitais aumentando a resolutividade da assistência. (Tema I – Proposta 193)
41. Implantar o atendimento/treinamento multidisciplinar aos cuidadores domiciliares de pacientes com seqüelas, pessoas com necessidades especiais, doenças graves e terminais. (Tema I – Proposta 194)
42. Reforçar o atendimento no PAI, PAM, e nas UBS 16/24hs, pois com o referenciamento dos pronto-socorros do HU e Santa Casa, aumentam as demandas. (Tema I – Proposta 196)
43. 197. Implantar Pronto Atendimento Pediátrico da Unidade de Saúde Jardim Leonor. (Tema I – Proposta 197)
44. Aumentar o número de redutores de danos nas áreas mais vulneráveis, com expansão para todas as regiões. (Tema I – Proposta 202)
45. Possibilitar à gestante o direito de inclusão em grupos multidisciplinares (fisioterapia, psicologia, assistência social, enfermagem e médico) para ser conscientizada dos tipos de parto, oferecendo o direito de escolha sobre o seu parto (normal, normal com analgesia, e cesariana) nas instituições públicas. (Tema I – Proposta 208)
46. Aumentar a agilidade e resolutividade das ações e atendimento na Atenção Básica. (Tema I – Proposta 209)
47. Disponibilizar a fita H.G.T. para teste de glicemia rápida, conforme Lei Federal 11.347, de 28 de setembro de 2007 (demanda do aparelho glicosímetro e fita) (Tema I – Proposta 216)
48. Implantar e implementar a descentralização do atendimento dos CAPS em todas as regiões com atendimento humanizado, incluindo a área rural. (Tema I – Proposta 221)
49. Implantar protocolo de encaminhamento médico às terapias comunitária e ocupacional, em todas as Unidades Básicas de Saúde. (Tema I – Proposta 222)
50. Ampliar e humanizar o Programa de Saúde Mental, considerando as terapias complementares e de matriz africana, além das terapias farmacológicas, reconhecendo que o racismo é um fator de risco à saúde mental e um mediador negativo de relações profissionais de saúde/instituições com a população negra afro/descendente, devendo portanto, estabelecer políticas institucionais de superação dessa realidade. (Tema I – Proposta 223)
51. Implementar a assistência à população idosa no município de Londrina, visando a melhor qualidade de vida. (Tema I – Proposta 225)
52. Utilizar parte do espaço da antiga Unidade Básica de Saúde Avelino Vieira para coleta de preventivos e realização de grupos de apoio. (Tema I – Proposta 226)
53. Garantir maior rapidez e eficiência nos resultados de exames gerados de consultas de emergência e estabelecer um fluxo especial para agendamento de consultas de especialidades para esses casos de urgência. (Tema I – Proposta 230)

54. Implantar ações para atenção integral as populações negras/afro descendente, quanto a identificação, prevenção, orientação, reabilitação das doenças que prevalecem nessas populações, especialmente quanto a anemia falciforme e/ ou traço falciforme, hipertensão, glaucoma, e outras, com garantia de medicamentos, exames específicos como eletroforese de hemoglobina, exame do pezinho para bebês, e outros. (Tema I – Proposta 236)
55. Promover o combate à obesidade implementando programas que estimule atividades físicas e culturais, a toda população, focalizando a matriz africana. (Tema I – Proposta 239)
56. Reativar grupos de idosos do Patrimônio Selva. (Tema I – Proposta 248)
57. Contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama, priorizando exames preventivos para mulheres acima de (30) trinta anos, incluindo o aumento das cotas que vem do estado. (Tema I – Proposta 249)
58. Implementar ações para a atenção integral à saúde da mulher e monitorar os programas existentes de forma que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, com deficiência, índias, presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas, e com diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero. (Tema I – Proposta 250)
59. Priorizar exames preventivos do Câncer de Próstata para homens acima de 35 anos. (Tema I – Proposta 252)
60. Promover atenção integral aos usuários do SUS, através do Programa Saúde da Família (PSF) não deixando faltar médico nas equipes. (Tema I – Proposta 262)
61. Promoção de atenção integral aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, pelos gestores do Programa Saúde da Família (PSF), não deixando faltar médico nas equipes do (PSF), como aconteceu recentemente na Região Oeste. (Tema I – Proposta 263)
62. Normatizar o atendimento administrativo, médico e de enfermagem, visando a resolutividade do atendimento nos serviços prestados na rede, em todas as UBS. (Tema I – Proposta 264)
63. Agilizar o retorno de resultados de exames de laboratórios colhidos nas UBS, pois atualmente há muita demora neste retorno criando sérios problemas à saúde do paciente. (Tema I – Proposta 265)
64. Garantir agilidade e qualidade no atendimento do paciente com maior resolutividade nas Unidades Básica de Saúde. (Tema I – Proposta 267)

4 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. Estruturar a farmácia municipal adequando-a as normas, a fim de que possa oferecer espaço físico adequado e um bom atendimento assegurando a conservação dos medicamentos, com base nas orientações emitidas através do Conselho Estadual de Saúde para todos os Conselhos Municipais de Saúde (cartilha de orientação). (Tema I – Proposta 74)
2. Garantir a distribuição dos medicamentos da lista básica (Tema I – Proposta 95)
3. 96. Disponibilizar medicação e materiais para realização dos diversos procedimentos realizados nas Unidades de Saúde. (Tema I – Proposta 96)
4. Garantir que os programas de atenção básica, PSF e outros, e também os estratégicos (hipertensão, diabéticos, renal crônico, saúde mental, oncologia, AIDS, etc.) tenham

farmacêuticos responsáveis na distribuição e orientação do uso de medicamentos. (Tema I – Proposta 121)

5. 122. Proibir a visita de representantes de laboratórios nas áreas de atendimento a população. (Tema I – Proposta 122)
6. 123. Adequar o número de profissionais habilitados para fazer o controle de procedimentos da Assistência Farmacêutica (programação, seleção, aquisição, armazenamento, dispensação, entre outras) nas Secretarias de Saúde. (Tema I – Proposta 123)
7. Ampliar o número de profissional de farmácia para atender as necessidades UBS. (Tema I – Proposta 127)
8. Readequar a cesta básica de medicamentos com a assessoria de profissionais da Odontologia, com especial atenção à disponibilização de antibióticos e solução de VASA amplamente empregados na Odontologia. (Tema I – Proposta 170)
9. Planejar a aquisição de medicamentos da cesta básica, de forma que não falem medicamentos em toda rede, e em caso da falta de algum item que seja comunicado ao Conselho Municipal de Saúde - CMS. (Tema I – Proposta 211)
10. Melhorar o fluxo da distribuição dos medicamentos controlados, enviando às Unidades Básicas de Saúde medicamentos somente para os pacientes cadastrados, garantindo o acesso a todos. (Tema I – Proposta 212)
11. Verificar e garantir que os medicamentos que estão em falta na cesta básica, sejam entregues aos usuários, ampliando o atendimento médico nas segundas-feiras em todas as UBS. (Tema I – Proposta 213)
12. Garantir a priorização da prescrição médica de medicamentos já existentes na Unidade. (Tema I – Proposta 214)
13. Disponibilizar medicamentos de uso contínuo, de forma ininterrupta e sem cortes. (Tema I – Proposta 215)
14. Garantir o fornecimento de medicamentos, mantendo estoques reguladores dos mesmos e substituir aqueles retirados da lista básica, retornando a quantidade anterior de 53 itens de medicamentos. (Tema I – Proposta 218)

5 – EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Capacitar os conselheiros municipais de saúde por meio de um projeto de educação permanente em saúde, a fim de encaminhá-los a exercerem melhor seu papel no conselho municipal de saúde, especialmente quanto à assistência farmacêutica. (Tema II – Proposta 9)
2. Capacitar os profissionais e os conselheiros locais de saúde. (Tema II – Proposta 10)
3. Manter sistema de educação permanente para Conselheiros de Saúde, de forma a garantir que eles detenham as informações sobre os serviços oferecidos pelo sistema, sua organização e demanda, bem como de toda legislação pertinente à área da saúde e das informações sobre o perfil epidemiológico do Município em cada uma das suas regiões. (Tema II – Proposta 11)
4. Reimplantar o curso de formação de conselheiros, divulgando suas ações, direitos e deveres. (Tema II – Proposta 12)

5. Garantir o desenvolvimento de projetos elaborados pela comunidade local nas UBS com a capacitação dos conselhos locais de saúde e apoio de grupos populares e outros. (Tema II – Proposta 31)
6. Articular junto às diversas Instituições de Ensino superior e técnico a formação acerca da saúde do trabalhador, trabalhando o conceito de humanização na formação dos futuros profissionais nas diversas áreas da saúde. (Tema I – Proposta 7)
7. Qualificar profissionais da área de saúde, do PSF em relação a diagnóstico de LER/DORT nos usuários. (Tema I – Proposta 37)
8. Elaborar agenda de cursos de educação continuada e capacitação, tanto para os Cirurgiões Dentistas como para equipe auxiliar, de forma que todos tenham as mesmas oportunidades. (Tema I – Proposta 167)
9. Inserir o tema Saúde do Trabalhador nas oficinas gerais que a rede desenvolve. (Tema I – Proposta 173)
10. Qualificar todos os servidores que atuam nos serviços de saúde do município de Londrina para sensibilizá-los para a Saúde do Trabalhador. (Tema I – Proposta 175)
11. Garantir capacitação permanente as equipes de profissionais que atuam no sistema de saúde, dentro da carga horária de trabalho, com alocação de recursos específicos, para o atendimento adequado as pessoas com deficiência auditiva, visual, mental e física e em temáticas como doação de sangue, de órgãos e medula óssea, aleitamento materno e saúde do trabalhador. (Tema I – Proposta 178)
12. Realizar ações de qualificação nas Unidades Básicas de Saúde, para as equipes do PSF (Programa Saúde da Família), para atender maior numero de famílias possíveis, com eficiência e competência. (Tema I – Proposta 180)
13. Garantir que a Atenção Básica se aproprie da Saúde Mental, através da capacitação e qualificação dos serviços, de forma intersetorial. (Tema I – Proposta 181)
14. Implantar um Sistema de Educação Permanente no Serviço Municipal de Saúde criando um Centro de Formação e Educação Permanente que atenda a finalidade e as necessidades de funcionamento da rede e da qualidade dos serviços prestados. (Tema I – Proposta 182)
15. Realizar seminários, palestras e debates que viabilizem a integração de políticas entre os prestadores de serviço, Secretaria de Saúde, e Conselho Municipal de Saúde, como também com os trabalhadores do sistema de saúde. (Tema I – Proposta 183)
16. Garantir supervisão e capacitação aos profissionais dos CAPSs (Centro de Atenção Psicossocial) para otimizar os recursos humanos alocados para os mesmos, buscando parcerias para viabilização. (Tema I – Proposta 184)
17. Privilegiar o processo de trabalho que contemple a interdisciplinaridade e capacitação dos profissionais para as ações específicas. (Tema I – Proposta 185)
18. Fortalecer as ações para implementar, em parcerias com instituições formadoras, a Residência Multidisciplinar em Saúde da Família e outros processos educativos como cursos de especialização e pós-graduação que fortaleçam a atenção básica. (Tema I – Proposta 186)
19. Constituir na rede de atenção à saúde, o compromisso entre os parceiros do SUS, para que os processos de formação, na área da saúde, desencadeados pelas diversas instituições formadoras

do município, tanto de nível técnico quanto de nível superior, tenham currículos adequados ao perfil profissional demandado pelo SUS. (Tema I – Proposta 187)

20. Garantir a Educação Permanente na Saúde para todos os profissionais de saúde da rede, nos aspectos de atendimento, gerenciamento e clínica. (Tema I – Proposta 188)
21. Capacitar trabalhadores da saúde através de cursos e palestras, para que notifiquem as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, de forma apropriada. (Tema I – Proposta 189)
22. Qualificar os profissionais dos serviços de urgência e emergência integrantes da rede municipal e estadual. (Tema I – Proposta 190)
23. Desenvolver cursos de especialização para profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, em conjunto com as universidades locais. (Tema I – Proposta 191)
24. Sensibilizar os profissionais da área da saúde para o atendimento humanizado aos grupos com orientações sexuais diversas. (Tema I – Proposta 206)
25. Maior humanização na formação dos profissionais na área de saúde. (Tema I – Proposta 207)
26. Realizar cursos de capacitação para os profissionais e gestores dos serviços de saúde, integrando os agentes comunitários de saúde sobre os problemas da população negra e o impacto do racismo na saúde, desenvolvendo um censo na área de saúde para identificar o perfil dos trabalhadores segundo as variáveis: gênero, raça, etnia, aspecto social econômico, com assessoria do IBGE, entidades e Organizações Não Governamentais. (Tema I – Proposta 241)
27. Capacitar os assessores técnicos quanto aos Protocolos Prioritários em Saúde do Trabalhador/Doença Ocupacional e Acidente de Trabalho – LER/DORT/Saúde Mental, Intoxicação por Agrotóxico, Acidentes Graves por Material Biológico, estabelecendo-se, no mínimo, 2 Unidades Básicas de Saúde por região como referência em saúde do trabalhador. (Tema I – Proposta 243)
28. Promover Oficinas de Estudos para revisar as áreas de abrangências de todas as UBS, do município de Londrina. (Tema I – Proposta 260)

6 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

1. Informar todos os prestadores de serviços de saúde, para receber os Conselheiros Regionais e Municipais, quando em visita para verificação do funcionamento do serviço. (Tema II – Proposta 23)
2. Promover maior humanização na Clínica Psiquiátrica, através de reativação da Comissão de Saúde Mental com participação de conselheiros de saúde. (Tema II – Proposta 26)
3. Criar uma Câmara Técnica Interconselhos Municipais. (Tema II – Proposta 27)
4. Maior autonomia do Conselho Regional nas resoluções de dificuldades do Conselho Local. (Tema II – Proposta 28)
5. Desenvolver ações conjuntas entre os conselhos para que a saúde da pessoa humana seja vista como um todo. (Tema II – Proposta 30)
6. Retomar a publicação do Jornal Informativo, que dava divulgação do Conselho Municipal a população em geral. (Tema II – Proposta 32)

7. Reativar Comissão do CMS, responsável pelo acompanhamento do atendimento aos usuários (SUS) em todos os níveis de assistência. (Tema II – Proposta 35)
8. Garantir a participação do Controle Social no Serviço de Ouvidoria da Secretaria de Saúde, democratizando as decisões, ou estabelecer um Serviço de Ouvidoria vinculado ao CMS. (Tema II – Proposta 36)
9. Possibilitar que o Controle Social, que aprova projetos, repasse de recursos, complementação do SUS possa também auditar os serviços de saúde, num trabalho em conjunto com a DACA. (Tema II – Proposta 37)

7 – SAÚDE DO TRABALHADOR

1. Promover fórum de debates sobre a saúde do trabalhador. (Tema II – Proposta 85)
2. Desenvolver ações conjuntas do Sistema Único de Saúde com o Instituto Nacional de Seguridade Social, Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho e Sociedade Civil Organizada, e outros órgãos afins para fazer cumprir normas de saúde na prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (Tema I – Proposta 5)
3. Fazer Cumprir as normas regulamentadoras do Ministério da Saúde e do Trabalho que estabelecem programas de prevenção à saúde do trabalhador (infra-estrutura, equipamentos, ergonomia, saúde em geral), atendendo a NR 32. (Tema I – Proposta 6)
4. Maior fiscalização por parte da Vigilância Sanitária e gestionar junto à Delegacia Regional do Trabalho para que também fiscalize as empresas que expõe os trabalhadores a riscos de doenças, acidentes de trabalho e outros agravos. (Tema I – Proposta 8)
5. Articular junto ao Ministério do Trabalho e vigilância sanitária fiscalização nas instituições públicas e privadas quanto à legislação referente à emissão da CAT, (Comunicação de Acidente de Trabalho) saúde do trabalhador, obedecendo a Norma Regulamentadora 7 (NR 7). (Tema I – Proposta 20)
6. Implantar as ações em Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção à Saúde e capacitar os profissionais para que entendam o processo “saúde-doença-trabalho”, relacionando-o com a ocupação do usuário, trabalhador, inclusive as notificações relacionadas ao trabalho. (Tema I – Proposta 172)
7. Implantar na Secretaria de Saúde uma política de promoção e prevenção de doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, conforme apresentação de diagnóstico e exame médico precoce, garantindo o tratamento adequado, bem como a reabilitação. (Tema I – Proposta 177)
8. Implementar através do CRST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), campanhas educativas/preventivas com relação à saúde do trabalhador. (Tema I – Proposta 244)

8 – PROPOSTAS GERAIS

1. Realizar, com apoio da Regional de Saúde, Seminário Municipal sobre Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, com participação dos representantes dos usuários, gestores de saúde, trabalhadores, Ministério Público, Juízes, para esclarecer o funcionamento da assistência farmacêutica no SUS, propor melhorias e buscar formas de coibir abusos e corrigir falhas na Assistência Farmacêutica no SUS, e como evento preparatório à II Conferência Estadual de Assistência Farmacêutica. (Tema II – Proposta 2)

2. Implantar programa educativo em saúde com materiais de divulgação (cartilhas, cartazes, panfletos, etc.), indicando a disponibilidade dos serviços, horários de funcionamento, forma adequada de sua utilização (referências e contra-referências), bem como endereços e telefones úteis. (Tema II – Proposta 45)
3. Criar mecanismos adequados para destinação final dos produtos apreendidos pela Vigilância Sanitária que constam nas resoluções 306 e 358. (Tema II – Proposta 51)
4. Implementar Programa de Coleta Seletiva de Lixo Reciclável nas UBS. (Tema II – Proposta 54)
5. Manter o trabalho contínuo de combate a Dengue com campanhas de conscientização da comunidade, ampliando suas ações de combate a dengue. (Tema II – Proposta 64)
6. Ampliar a intervenção da vigilância sanitária em estabelecimentos que trabalham com alimentos. (Tema II – Proposta 73)
7. Viabilizar criação do Centro Municipal de Controle de Zoonoses. (Tema II – Proposta 75)
8. Garantir através da Secretaria de Saúde a implementação e execução dos Projetos de Vigilância da água, solo, ar e químicos. (Tema II – Proposta 83)
9. Incorporar à atenção Básica, ações de vigilância sanitária integradas aos procedimentos na rede básica, em especial pelas equipes de saúde da família, com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo aqueles relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com os ambientes de trabalho e de vida. (Tema II – Proposta 84)
10. Ampliar parcerias entre a Secretaria de Saúde e as Universidades, em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) otimizando a permanência de estagiário que, devidamente acompanhado do profissional responsável, possa ser útil à comunidade, possibilitando que a conclusão do seu curso possa ser voltada para a realidade, buscando integração ensino/serviço. (Tema I – Proposta 10)
11. Criar um programa preventivo para doenças prevalentes nas crianças em faixas populacionais específicas, nos Centros de Educação Infantil e Escolas Municipais de Educação Infantil em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. (Tema I – Proposta 12)
12. Ampliar e acompanhar a utilização pelo motorista/responsável pelo veículo do Programa de Transporte Agendado da Gerência de Apoio Social para transporte de pacientes em tratamentos contínuos (hemodiálise, fisioterapia, radioterapia e quimioterapia) com dificuldades de locomoção através do transporte coletivo. (Tema I – Proposta 32)
13. Ampliar o número de vagas para o encaminhamento de pacientes que se enquadram nos critérios do Sistema de Internação Domiciliar (SID), e garantir a estrutura do serviço (veículos, materiais, equipamentos). (Tema I – Proposta 33)
14. Trocar os equipamentos e instrumentais odontológicos sucateados, garantindo a manutenção eficiente dos mesmos e reformar as clínicas odontológicas da Autarquia Municipal de Saúde conforme demanda. (Tema I – Proposta 34)
15. Estabelecer centro de referência e implantar protocolos com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos estratégicos, da saúde mental, os especiais de alto custo etc, visando o melhor gerenciamento e a aplicação dos recursos públicos destinados para este fim e que a SESA garanta essa distribuição. (Tema I – Proposta 35)

16. Construir uma Unidade Básica de Saúde em todos os lugares que a demanda exigir, exemplos: próxima ao Hospital Universitário, Jardim Maringá, Jardim Dequech, etc. (Tema I – Proposta 40)
17. Criar Central Única de Equipamentos no município (respiradores, monitores, etc., bem como materiais necessários para seu funcionamento e manutenção) para assistência aos pacientes do SUS. (Tema I – Proposta 41)
18. Implantar Prontuário Unificado Informatizado que integre a rede de Prestadores de serviços do SUS ambulatorial e hospitalar para qualificar a assistência prestada e otimizar os serviços. (Tema I – Proposta 43)
19. Criar o Serviço de Verificação de Óbito no município. (Tema I – Proposta 45)
20. Equipar os postos de saúde 16 horas com aparelho de eletrocardiograma, para que as pessoas não precisem se deslocar. (Tema I – Proposta 47)
21. Garantir, mediante avaliação técnica, o atendimento de suporte básico de emergência nas Unidades Básicas de Saúde, quer seja desfibrilador ou outros recursos, devendo haver pessoas capacitadas para o manejo dos mesmos. (Tema I – Proposta 50)
22. Melhorar o atendimento do PSF, repensando e reestruturando, através de comissões paritárias do Conselho Municipal de Saúde, garantindo que cada Unidade Básica de Saúde tenha pelo menos 1 (um) veículo, e que quando com defeito a mais de 10 dias, seja comunicado ao Conselho Municipal de Saúde. (Tema I – Proposta 51)
23. Realizar manutenção constante de todas as ambulâncias. (Tema I – Proposta 54)
24. Fazer cumprir e fiscalizar o Plano de Metas para aquisição, manutenção e reposição de equipamentos, materiais, mobiliários e veículos, principalmente as ambulâncias. (Tema I – Proposta 55)
25. Adequar e garantir a manutenção das estruturas físicas, e reposição quando necessário de equipamentos nas Unidades de Saúde. (Tema I – Proposta 56)
26. Implantar Central de Lavanderia e Esterilização no município, para atender os serviços da Autarquia Municipal de Saúde. (Tema I – Proposta 58)
27. Garantir o transporte emergencial rápido para zona rural. (Tema I – Proposta 61)
28. Adequação de espaço físico e instalação de Raios-X capaz de melhorar e propiciar um diagnóstico mais eficiente no Pronto Atendimento Municipal (PAM), Pronto Atendimento Infantil (PAI) e na UBS do Jardim Leonor, garantindo a manutenção dos equipamentos já existentes, conforme aprovada na 9ª Conferência. (proposta nº 54). (Tema I – Proposta 62)
29. Ampliar o atendimento da UBS Panissa/ Maracanã e outras regiões, como o Parque Ouro Branco e Jd. Cafezal em período de 16h (das 7h00 às 23h00), conforme deliberação das 8ª e 9ª Conferências. (Tema I – Proposta 102)
30. Assegurar preparação e suporte social e psicológico nos serviços de saúde aos cuidadores de pacientes com doenças crônico-degenerativas. (Tema I – Proposta 131)
31. Apoiar a iniciativa de avaliação do quadro de pessoal, horário de funcionamento, integrantes das equipes multiprofissional, para readequação dos serviços da A.M.S de acordo com as necessidades e demandas específicas(Tema I – Proposta 146)

32. Contratar servidores para adequar o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do Município redimensionando o quadro em avaliação conjunta com os conselhos locais e regionais de saúde. (Tema I – Proposta 152)
33. Aumentar o quadro de funcionários da Vigilância Sanitária em todos os setores, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços. (Tema I – Proposta 159)
34. Manter o quadro de Agentes de Controle das Endemias adequado ao preconizado pelo Programa Nacional de Controle da dengue e demais endemias – na razão de, no máximo 800 imóveis por agente. (Tema I – Proposta 162)
35. Garantir condições de trabalho adequadas aos trabalhadores em saúde do setor público, privado e filantrópico, evitando assim, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (Tema I – Proposta 174)
36. Garantir ações de psicologia para trabalhadores que prestam atendimentos em situações de desequilíbrio emocional. (Tema I – Proposta 176)
37. Autorizar, liberar e garantir a participação de profissionais da saúde em eventos técnico-científicos OLTS (Organização por Local de Trabalho) e cursos de pós-graduação, quando relacionados à saúde pública, odontologia social ou especialidades clínicas contempladas no serviço público municipal, resultando em melhora na qualidade de atendimento dispensado à população. (Tema I – Proposta 179)
38. Desenvolver campanha ampla e contínua de moralização e ética na saúde. (Tema I – Proposta 201)
39. Garantir a segurança patrimonial, territorial e pessoal em todos os serviços públicos de saúde e que os profissionais sejam qualificados em segurança. (Tema I – Proposta 205)
40. Criar uma coordenadoria na área de psicologia para direcionar os atendimentos psicológicos sem necessariamente passarem pelo CAPS. (Tema I – Proposta 220)
41. Implantar nos formulários/cadastros do Sistema Municipal de Saúde o quesito cor/raça por auto declaração, com a finalidade de implantação e formação de banco de dados, incluindo treinamento dos servidores. (Tema I – Proposta 231)
42. Melhorar a qualidade de trabalho dos funcionários de todas as Unidades Básicas de Saúde. (Tema I – Proposta 233)
43. Mudar o sistema de registro de cartão ponto para os profissionais que atendem nas Unidades de Saúde da Zona Rural, ou seja, que o profissional bata o cartão no seu local de trabalho e não na central, evitando atraso no atendimento aos pacientes. (Tema I – Proposta 234)
44. Articular com os agentes tradicionais das práticas naturais de saúde para definir a política de atenção integral à saúde da população negra afro/descendente, monitorando e divulgando os resultados, aproximando saber popular e ciência. (Tema I – Proposta 235)
45. Inserir e implementar junto aos trabalhadores em saúde a política de saúde do trabalhador. (Tema I – Proposta 245)
46. Garantir maior agilidade na solicitação do SAMU em todas as áreas e com dedicação aos pacientes. (Tema I – Proposta 247)
47. Aumentar número de funcionários e humanizar o atendimento, melhorar a resolutividade na recepção da Unidade Básica do União da Vitória. (Tema I – Proposta 254)

48. Estabelecer maior humanização e parceria nas relações entre a coordenação da Unidade Básica de Saúde e a comunidade. (Tema I – Proposta 255)
49. Avaliar o nível de humanização dos procedimentos médicos para pré-parto na Maternidade de Londrina. (Tema I – Proposta 256)
50. Garantir privacidade e respeito na hora da consulta médica, sem interrupções, em todas as Unidades Básicas de Saúde. (Tema I – Proposta 257)
51. Dar atenção especial aos estudos de casos de Mortalidade Infantil e Neonatal por Doença Diarréica ou por Pneumonia, e as seqüelas por sofrimento fetal. (Tema I – Proposta 258)
52. Confeccionar cartilhas orientando a população sobre a utilização da Atenção Básica no município, bem como os direitos e deveres do cidadão, divulgando, inclusive, as questões de saúde ligada à população negra. (Tema I – Proposta 266)

9 – RECOMENDAÇÕES (encaminhar a outras instâncias do SUS)

1. Solicitar ao Conselho Estadual de Saúde a convocação para 2009 ou 2010 a II Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. (Tema II – Proposta 3)
2. Exigir que o município cumpra as deliberações da I Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica recomendada aos municípios. (Tema II – Proposta 4)
3. Exigir da Vigilância Sanitária Municipal e Conselho Regional de Medicina, com auxílio do Ministério Público, o cumprimento das leis 5991/73 e 9787/98 que exige dos profissionais médicos que as receitas sejam legíveis, manuscritas ou datilografadas, e que sejam prescritos medicamentos da farmácia básica (Relação Municipal de Medicamentos), pelos nomes genéricos (princípio ativo). (Tema II – Proposta 5)
4. Garantir a construção de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica, em todas as Esferas do Governo, de acordo com as deliberações da 1ª Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, e da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, visando o uso racional de medicamentos para suprir a demanda existente, devendo os usuários encontrar todos os medicamentos e insumos adequados e necessários para o seu tratamento nas farmácias do SUS, de acordo com o perfil epidemiológico local e a avaliação dos setores competentes, tendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como norteadora, porém não limitadora dos itens elencados. (Tema II – Proposta 6)
5. Exigir do Ministério da Saúde que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica, como uma das condições necessárias para atingir níveis adequados de resolutividade. Cumprir a recomendação feita pela Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Medicamentos de que o Poder Executivo realize estudos sobre a transformação dos serviços das farmácias (farmácias e drogarias) em “Concessões do Estado”, como uma forma de reverter a caótica situação destes estabelecimentos, reduzindo os danos e abusos cometidos contra a população brasileira pelos estabelecimentos farmacêuticos. (Tema II – Proposta 7)
6. Definir uma política nacional para a abertura de estabelecimentos farmacêuticos comerciais, de acordo com parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com controle social, e ao mesmo tempo incentivá-los a se transformarem em estabelecimentos de promoção à saúde. (Tema II – Proposta 8)

7. Garantir que os recursos destinados aos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador sejam transferidos fundo a fundo, e que os Conselhos Gestores possam ser órgãos de controle social de acordo com as deliberações e orientações da RENAST (Rede Nacional de Assistência em Saúde do Trabalhador). (Tema II – Proposta 13)
8. Cumprir a legislação, resoluções das conferências e indicações das auditorias no que diz respeito à composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. (Tema II – Proposta 14)
9. Rever e propor alteração da Lei Municipal que instituiu o Conselho Municipal de Saúde, para que o Presidente seja eleito entre seus pares e sua adequação de acordo com a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde. (Tema II – Proposta 15)
10. Garantir que os conselheiros representantes dos trabalhadores no CMS, participem dos contextos de concursos públicos, do setor de saúde(estaduais, CLT, competição publica). (Tema II – Proposta 19)
11. Garantir que os projetos exercidos na administração do executivo anterior sejam preservados e não excluídas, como fazem hoje. (Tema II – Proposta 20)
12. Tornar obrigatório o atendimento aos questionamentos do CMS, por todas as repartições ligadas à saúde, no prazo estipulado, fazendo cumprir a Lei Orgânica do Município no seu Artigo 30. (Tema II – Proposta 21)
13. Criar Comissão de Comunicação e Assessoria Jurídica para o controle social no Conselho Municipal. (Tema II – Proposta 34)
14. Garantir a participação do Controle Social na Comissão Bipartite Regional. (Tema II – Proposta 38)
15. Criar aterro industrial estadual para produtos perigosos. (Tema II – Proposta 59)
16. Solicitar que o Ministério Público juntamente com a Saúde Pública, SEMA Estadual e Municipal e IAP, comunidade e Promotoria Ambiental, façam um diagnóstico dos problemas sócio-ambientais causados por todos os ferros-velhos, principalmente na Vila Nova, dando solução para os problemas contidos neste diagnóstico devendo ser embasados também dentro da área sanitária. (Tema II – Proposta 76)
17. Criar a Comissão Intersetorial de Saúde Ambiental – CISA, no Conselho Municipal de Saúde de Londrina, com a participação de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários, semelhante à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, já existente. (Tema II – Proposta 82)
18. Que a EAP (Escola de Aperfeiçoamento Profissional de Odontologia e a escola de saúde Associação Odontológica Norte do Paraná integrem o Pólo de Educação Permanente. (Tema I – Proposta 2)
19. Instituir fórum permanente com equipes multiprofissionais, visando à formulação de programas de ações conjuntas entre as Secretarias e os serviços de saúde, garantindo fóruns permanentes para discussão e formulação de políticas públicas na perspectiva da intersetorialidade, definindo as competências de cada área, a responsabilidade do financiamento e do gerenciamento. (Tema I – Proposta 3)
20. Garantir atendimento de assistência à saúde a todas as detentas e detentos de todos os distritos policiais de Londrina, dentro do próprio distrito policial, pela Secretaria de Justiça do Estado do Paraná, cumprindo a legislação que regulamenta a assistência aos detentos, criando grupo de estudos para avaliação da infra-estrutura de atendimento aos detentos (assistência básica, secundária e terciária). (Tema I – Proposta 31)

21. Implantar o serviço de fisioterapia na intervenção e adequação ergonômica no mobiliário geral dos serviços do SUS para prevenção de LER/DORT, (Lesão por Esforço Repetitivo e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho) na readequação de espaços físicos, aquisição de mobiliário e equipamentos. (Tema I – Proposta 36)
22. Divulgar e incentivar a concretização da implantação do “Cartão SUS”. (Tema I – Proposta 44)
23. Gestionar junto ao Estado a melhoria da infra-estrutura (recursos humanos, equipamentos e área física) do Instituto Medico Legal para captação de córneas para transplante. (Tema I – Proposta 46)
24. Garantir a continuidade de apoio financeiro municipal para as ações de controle da Dengue no município. (Tema I – Proposta 57)
25. Solicitar a Comissão Intergestores Bipartite normas de encaminhamento das Prefeituras da Região para humanização do atendimento ao paciente. (Tema I – Proposta 64)
26. Revisar o referenciamento dos procedimentos realizados em Londrina aos municípios da região para evitar encaminhamentos incorretos e desassistência aos pacientes. (Tema I – Proposta 65)
27. Fomentar que as práticas educativas desencadeadas no serviço priorizem os objetivos e metas estabelecidas nos Pactos de Gestão e pela Vida. (Tema I – Proposta 66)
28. Cadastrar o Hospital de Olhos de Londrina (HOFTALON) no Programa Federal do Ministério da Saúde como Centro de Referência Nível II para tratamento de glaucoma, visando o recebimento de recursos federais para o fornecimento de medicamentos de alto custo (colírios) aos pacientes. (Tema I – Proposta 69)
29. Garantir nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) através do sistema de saúde o fornecimento de leite especial para crianças que apresentam intolerância à lactose ou outra patologia que contra-indique o uso de leite, conforme critérios sócio-econômicos(Tema I – Proposta 71)
30. Destinar recursos do Orçamento Municipal, Estadual e Federal para programas de segurança e saúde do trabalhador em saúde. (Tema I – Proposta 75)
31. Gestionar junto ao Estado e União a adequação do número de leitos de UTIs de acordo com a demanda da região. (Tema I – Proposta 76)
32. Garantir aplicação dos percentuais de investimentos determinados pela Emenda Constitucional nº 29 pelas três esferas do Governo. (Tema I – Proposta 80)
33. Exigir regulamentação da Emenda Constitucional nº29, conforme preconizado em projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional. (Tema I – Proposta 81)
34. Exigir das duas esferas de governo (Estado e União) os recursos necessários para o pagamento dos SIPACs de cada prestador conforme cadastro no Ministério da Saúde. (Tema I – Proposta 84)
35. Assegurar junto as esferas de governo Estadual e Federal os recursos necessários para o pagamento, de acordo com o custo real, dos procedimentos (ambulatoriais e internados), medicamentos e materiais especiais não previstos na tabela do SUS e necessários aos tratamentos dos usuários. (Tema I – Proposta 85)
36. Efetivar a programação pactuada e integrada entre os municípios da macro-região inclusive com implantação da Câmara de Compensação Estadual. (Tema I – Proposta 92)

37. Atualizar e normatizar a lista de medicamentos de alto custo que estão fora da tabela Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC). (Tema I – Proposta 94)
38. Garantir nas três esferas de governo competentes, a permanência das equipes do Programa Saúde da Família completas no município de Londrina, visando promoção, prevenção e ação em saúde, pois isto é qualidade de vida (também com doenças relacionadas ao trabalho). (Tema I – Proposta 103)
39. Gestionar junto ao Governo Federal e Estadual, estudo, revisão e adequação do teto financeiro no município de Londrina, e o repasse “Fundo a Fundo” não considerando apenas a densidade populacional. (Tema I – Proposta 107)
40. Ampliar os investimentos no setor secundário e terciário desde que os hospitais atendam o SUS com humanização, priorizando a saúde pública. (Tema I – Proposta 109)
41. Fortalecer a atenção básica pela Estratégia Saúde da Família e gerenciar, junto ao Estado, auxílio para custeio do Programa Saúde da Família. (Tema I – Proposta 110)
42. Propor ações de desburocratização da utilização dos recursos financeiros, oriundos do Ministério da Saúde, fundo a fundo, para o desenvolvimento das ações dos programas específicos. (Tema I – Proposta 111)
43. Garantir autonomia para a Autarquia Municipal de Saúde no gerenciamento de todas as etapas da assistência farmacêutica no município para as UBS, Clínicas e Hospitais, com aprovação do CMS. (Tema I – Proposta 112)
44. Pleitear frente ao Ministério da Saúde recursos e incentivos para implantação e manutenção de programas essenciais, como Tabagismo, Glaucoma, DPOC, Coronariopatias, Plano Nacional de Saúde da População Negra e outros. (Tema I – Proposta 113)
45. Contemplar incentivo aos servidores que desenvolvem atividade de ensino/supervisão de estagiários no serviço público, gerenciando recursos junto ao Ministério da Saúde. (Tema I – Proposta 114)
46. Garantia de recursos para estruturação física e funcional da assistência farmacêutica municipal junto ao governo federal. (Tema I – Proposta 115)
47. Aumentar os valores previsto na portaria 204/2007 pelo Ministério da Saúde, em deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, destinados à estruturação da Assistência Farmacêutica, atualmente previsto para seis milhões de reais para os mais de cinco mil municípios (Menos de 3 centavos por habitante/ano), para um mínimo de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por habitante/ano, com discriminação positiva e regulamentação com parâmetros de metas de qualificação e cumprimento de exigências técnicas para continuidade do repasse de recurso fundo a fundo, em especial quanto à promoção do uso racional de medicamentos e evitar os desperdícios e desvios nesta área. (Tema I – Proposta 120)
48. Solicitar à ANVISA a padronização das cores dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. (Tema I – Proposta 124)
49. Rever anualmente nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite os valores pactuados para Assistência Farmacêutica pela União, Estado e Municípios, adequando os recursos destinados para Assistência Farmacêutica dos municípios previstos na Portaria MS 176, que estabelece o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, considerando o princípio da equidade, vinculada não somente à garantia de acesso aos medicamentos como também à promoção do seu uso correto e racional. (Tema I – Proposta 125)

50. Implantar incentivo específico para a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica Básica, no estado do Paraná, assim como acontecem em outros estados da nação, não se limitando a valores de repasse de medicamentos, como uma forma de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população. (Tema I – Proposta 128)
51. Prever no organograma municipal e das regionais de saúde a gerencia da assistência farmacêutica, com organização/apoio de profissional farmacêutico, prevendo-se investimentos em treinamento, a implantação de farmácia comunitária e a construção de toda a infra-estrutura necessária permitindo uma assistência Farmacêutica aos usuários do SUS com eficiência e eficácia. (Tema I – Proposta 129)
52. Rediscutir carga horária dos médicos do PSF. (Tema I – Proposta 149)
53. Revisar o referenciamento dos procedimentos realizados em Londrina aos municípios da região para evitar encaminhamentos incorretos e desassistência aos pacientes. (Tema I – Proposta 199)
54. Exigir que o Estado do Paraná realize, em caráter de urgência, a contratação de profissionais habilitados para a Secretaria Estadual de Saúde para atuar nas atividades de responsabilidade do Estado e assessorar os municípios, pois há anos há a necessidade de se repor os servidores aposentados, inexistentes ou em falta nas regionais de saúde, principalmente para a área de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental), Nível Central, unidades de apoio diagnóstico como o LACEN, CEMEPAR, CPPI, entre outros órgãos. (Tema I – Proposta 210)
55. Destinar antiga Unidade Básica de Saúde do Jardim Tóquio para implantação de programas sociais que possam atender aos usuários daquela área, portanto sendo revista, pela ASMS, a proposta de doação daquele prédio. (Tema I – Proposta 227)
56. Implantar mesa de negociação permanente entre trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde. (Tema I – Proposta 232)
57. Garantir isenção ou redução do ICMS das contas de energia elétrica e telefone e de insumos utilizados pelos prestadores de saúde públicos e filantrópicos que atendam ao SUS. (Tema II – Proposta 93)

X. CONCLUSÃO

O conjunto de informações sistematizadas nesse Plano Municipal contribui para o acompanhamento e avaliação das ações e atividades desenvolvidas a partir da análise situacional e a definição das prioridades cumprindo a legislação vigente.

Esse Plano está previsto para quatro anos e proporcionará a continuidade e seguimento das diretrizes da saúde no município na perspectiva de uma nova gestão político-administrativa com início no próximo ano. Considera-se, porém previsível a análise e adequação de metas e estratégias nas programações anuais.

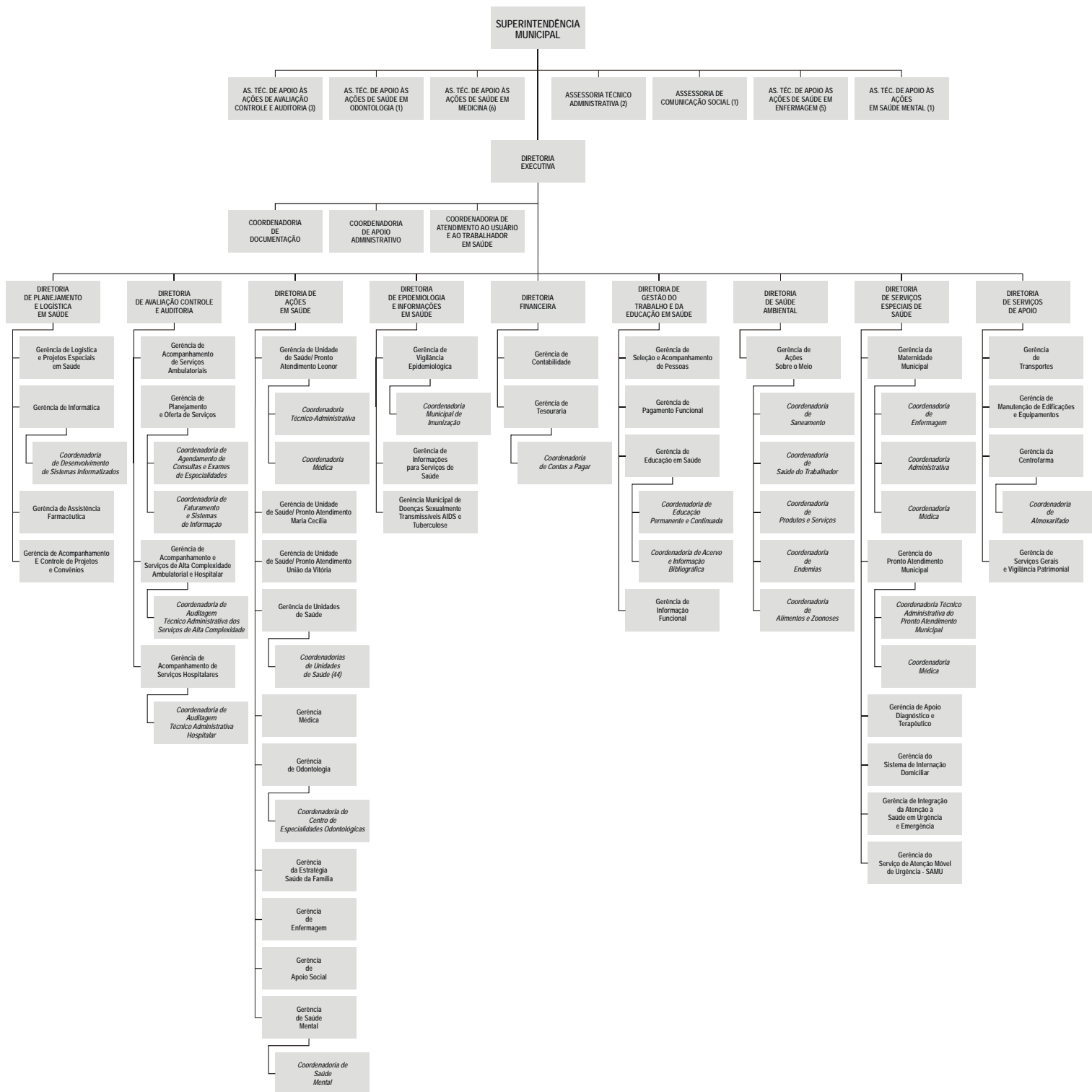
As principais diretrizes do Plano constam do Capítulo da Saúde do Plano Diretor Participativo encaminhado ao legislativo. Também estão contempladas as propostas aprovadas em plenária da 10ª Conferência Municipal de Saúde .

Esse Plano incluiu o Termo de Compromisso da Gestão Municipal com todos os seus componentes pactuados entre os gestores do Sistema Único que se constitui em importante instrumento permitindo o estabelecimento de metas, prioridades, acompanhamento e avaliação do serviço bem como o impacto dessas ações na saúde da população. Está incluído o Pacto pela Saúde formalizado nas suas dimensões do Pacto pela Vida e de Gestão contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses pactos.

Ressalta-se a importância das discussões durante o período que precede a eleição Municipal e início da nova gestão administrativa . Há ainda a perspectiva da realização da 11ª Conferência Municipal de Saúde em 2009.

A elaboração desse Plano Municipal contou com a colaboração de conselheiros de saúde e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião ordinária em 19 de agosto de 2.008.

ANEXO 01



Decreto Municipal nº 275 de 2007
 Decreto Municipal nº 715 de 03 de dezembro de 2007
 Decreto Municipal nº 112 de 15 de fevereiro de 2008
 Decreto Municipal nº 410 de 28 de maio de 2008

ANEXO II

PORTARIA Nº 477/GM DE 12 MARÇO DE 2008.

Homologa os Termos de Compromisso de Gestão – TCG e publica os Termos de Limites Financeiros Globais – TLFG de 365 Municípios do Estado do Paraná, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o preconizado nas Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, nº 699/GM, de 30 de março de 2006, nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 e nº 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007;

Considerando as Deliberações CIB-PR nº 108, de 14 de setembro de 2007, nº 111, de 19 de outubro de 2007, nº 122, de 23 de novembro de 2007, nº 145, de 18 de dezembro de 2007, nº 007, de 11 de janeiro de 2008, nº 017, de 29 de janeiro de 2008, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná; e

Considerando as decisões da Comissão Intergestores Tripartite em reuniões realizadas em 13 de dezembro de 2007 e 14 de fevereiro de 2008,

R E S O L V E:

Art. 1º Homologar os Termos de Compromisso de Gestão, constantes do Anexo a esta Portaria, de 365 Municípios do Estado do Paraná.

Art. 2º Publicar, constantes do Anexo desta Portaria, os Termos de Limites Financeiros Globais dos Municípios referidos no artigo 1º desta Portaria.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde manterá as transferências regulares dos valores mensais aos respectivos Fundos Estadual e Municipais de Saúde, conforme autorizações das áreas técnicas do Ministério da Saúde e portarias pertinentes.

§ 2º Os valores declarados nos Termos de Limites Financeiros Globais, anexos, poderão ser alterados em conformidade com as normas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e pactuações das comissões intergestores.

§ 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 – Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1312.6188 – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Trabalhador;

IV - 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade;

V - 10.302.1220.8934 – Atenção Especializada em Saúde Bucal;

VI - 10.302.1306.20AC – Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis;

VII - 10.303.1293.20AE – Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde;

VIII - 10.303.1293.4368 – Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos;

IX - 10.303.1293.4705 – Apoio para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais;

X - 10.304.1289.20AB – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária;

XI - 10.304.1289.8719.0001 – Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços, Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos – Nacional; e

XII - 10.305.1203.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios certificados para Vigilância em Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 365 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ
ANEXO (Valores em R\$)

		ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR				
LONDRINA	Orig do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. referenciada	Outros rec, ajust e incentivos	Tot PPI assistencial	Tot MAC alocado no FMS
Londrina	FED	7.435.830,00	9.232.515,88	48.186.338,48	28.654.345,49	13.428.292,08	90.268.976,05	90.268.976,05
Londrina	EST	0,00	874.845,00	4.701.983,14	3.127.024,07	819.000,00	8.648.007,21	8.648.007,21
Londrina	MUN	—	53.486.787,90	12.086.853,80	—	—	12.086.853,80	12.086.853,80
Londrina Total		7.435.830,00	63.594.148,78	64.975.175,42	31.781.369,56	14.247.292,08	111.003.837,06	111.003.837,06

		ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
LONDRINA	Comp básico	Comp. estratégico	Comp. excepcional	Vig. Epidem. e Ambiental	Vigilância Sanitária	TOTAL	
Londrina	1.780.827,30	0	0	2.333.194,47	177.248,18	111.228.591,88	
Londrina	510.749,49	9.685,62	2.528.085,60	0,00	0,00	12.571.372,92	
Londrina	467.328,00	—	—	3.576.835,50	472.150,00	70.089.955,20	
Londrina Total	2.758.904,79	9.685,62	2.528.085,60	5.910.029,97	649.398,18	193.889.920,00	

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: dezembro de 2007 para os Blocos PAB Assistência e Assistência Farmacêutica; fevereiro de 2008 para o Bloco MAC Assistência; janeiro de 2007 para o Componente Vigilância Epidemiológico e Ambiental e janeiro de 2008 para o Componente Vigilância Sanitária.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio. Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

Os valores dos recursos financeiros estaduais referem-se ao exercício de 2006 e não incluem despesas com recursos humanos cedidos aos municípios, telefone, energia e água de Unidades Assistenciais.

Os valores dos recursos financeiros municipais referem-se ao exercício de 2006.