

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

**PLANO
MUNICIPAL DE
SAÚDE
2014-2017**

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Alexandre Lopes Kireeff - Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Francisco Eugênio Alves de Souza – Secretário Municipal de Saúde

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Francisco Eugênio Alves de Souza - Diretor Superintendente

Valéria Cristina Almeida de Azevedo Barbosa - DIRETORA GERAL

Ângela Maria Gruener Lima - DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE

Maria Fátima A. I. Tomimatsu - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Maria Terezinha P. Carvalho - DIRETORIA DE LOGÍSTICA E MANUTENÇÃO EM SAÚDE

Rodrigo Rosseto Avanzo - DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Rosilene Aparecida Machado - DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Mara Alice Menezes Zanetti - DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Sandra Regina dos Santos Silva - DIRETORIA FINANCEIRA E DE GESTÃO DE COMPRAS E SERVIÇOS

Marcus Felipe Pinto Guanaes- DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE

Tatiane Almeida do Carmo - DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Francisco Eugênio Alves de Souza – Presidente

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Francisco Eugênio Alves de Souza – Presidente
Sandra Regina dos Santos Silva – Coordenadora

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Saúde

- **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Francisco Eugênio Alves de Souza

- **DIRETORIA GERAL**

Nome	Cargo / Função
Valéria Cristina A. de A. Barbosa	Diretora Geral
Fabiana Lenardão	Assessora Técnica
Sílvia S. Galdino Oliveira	Assessora Técnica
Rossana Baduy	Assessora Técnica
Elisabete Fátima P. de A. Nunes	Assessora Técnica

- **DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Rosilene Aparecida Machado	Diretora
Maria Luiza Hiromi I. Kasai	Assessora Técnica
Sônia Hutul Silva	Assessora Técnica
Mara Lúcia Rocha Ramos	Ger. de Planos, Metas e Pol. Saúde
Bruna Aparecida dos Reis	Coord. de Proj. e Captação Recursos
Evilin Santos da Silva Gorckis	Coord. de Informações em Saúde
Cristiana C. B. Nascimento	Coord. de Gestão Moderniz. em Saúde
Sônia M ^a Coutinho Orquiza	Médica
Adriana C. F. Perandréa	Enfermeira
Irinelson Lopes	Técnico em Gestão Pública
M ^a Angelina Zequim Neves	Geógrafa

- **DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Sérgio Vítório Canavese	Diretor (até abril/2013)
Marcus Felipe Pinto Guanaes	Diretor (a partir de maio/2013)
Karin Elizabeth Puschel	Assessora Técnica

- **DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Maria Fátima A. I. Tomimatsu	Diretora
Lianne Namie Hachiya	Assessora Técnica
Ingrid Moriya Dea	Gerente de Regulação
Jefferson Bento da Costa	Gerente de Auditoria
Ana Paula Martinho Mrtvi	Gerente de Controle e Avaliação
Carlos Felipe M. Machado	Gerente Desenv.Redes Sistema Saúde
Miriani Lalli Ribeirete	Coord. Prot. Assist.e Regionais Saúde
Vanessa Liberati	Coord. Auditoria Operativa

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

- **DIRETORIA DE GESTÃO DO TRAB. E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Rodrigo Rosseto Avanso	Diretor

- **DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Tatiane Almeida do Carmo	Diretora
Vera Lúcia Roncaratti	Assessora Técnica em Enfermagem
Simone Rodrigues Gonçalves	Assessora Técnica em Enfermagem
Adriana H. Ribeiro Menezes	Gerente Região Leste
Ana Patrícia C. Persuhn Sanches	Gerente Região Centro
Cyntia Harumi Taira	Gerente Região Rural
Eliana Zaninelo Marussi	Gerente Região Norte
Juliana Aparecida Segré	Gerente Região Sul
Vanessa de Oliveira Ursi	Gerente Região Oeste
Oswaldo Pires Carneiro Júnior	Gerente Odontologia
Eni do Carmo de Souza	Gerência de Programas Especiais
Lilian Fatima M. Nellessen	Coord. Saúde Mulher
Juliana de Oliveira Marques	Coord. Saúde do Adulto e Idoso
Lilian Poli	Coord. Saúde Criança Aleit. Materno
Suely Tsuha Massaoka	Coord. PSF / NASF

- **DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Ângela M ^a Gruener Lima	Diretora
Fábia Helena M. Soares de Almeida	Assessora Técnica
Silvana Aparecida Valentim	Gerente de Saúde Mental
Marly Ap. Scandelai Coronado	Gerente da Policlínica
Sonia M ^a Ferreira Vieira	Gerente do CENTROLAB
Ricardo de Oliveira Américo	Gerente do Serv. de Atenção Domiciliar
Afonso Trannin Guazzelli	Gerente da MMBL
Regina Márcia Cortez Gouveia	Gerente DST/HIV/AIDS, Hep. Vir. e Tb.

- **DIRETORIA DE LOGÍSTICA E MANUTENÇÃO EM SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
M ^a Terezinha P. de Carvalho	Diretora
Irineo Cremasco Junior	Assessor Técnico- Administrativo
Zilá Rosseto Avanso	Ger. Central Abast. Farm.
Tiago Aires Ferreira	Coord. de Assist. Farmacêutica
Edson de Matos Rodrigues	Gerente de Transporte
Bruno Melanda Mendes	Ger. Padr. Unif. Ped. Almoxarif.
Adriana F. B. da C. Irineu	Gerente de Serviço de Apoios

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

- **DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Nome	Cargo / Função
Mara Alice Menezes Zanetti	Diretora
Maria Denise P. Nunes	Assessora Técnica
Sandra Regina Caldeira Melo	Gerente de Vig. Epidemiológica
Mirna L. T. P. Germiniano	Gerente de Vigilância Ambiental

- **DIRETORIA DE GESTÃO FINANCEIRA, COMPRAS E SERVIÇOS**

Nome	Cargo / Função
Sandra Regina dos S. Silva	Diretora
Marília Gabriela Domingos	Assessora Técnica
Maria de Fátima Martins	Contadora

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

ORGANIZAÇÃO:

Cristiana Castello Branco Nascimento, Mara Lúcia Rocha Ramos, Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai, Rosilene Aparecida Machado.

ELABORAÇÃO:

Adriana Ferreira B. da Costa Irineu, Adriana Henriques Ribeiro Menezes, Américo Afonso T. Guazzelli, Ana Maria Rodrigues Borges, Ana Olympia Velloso M. Dornellas, Ana Paula M. Mrtvi, Andréia Jose, Bruna Ap. dos Reis, Carlos Felipe M. Machado, Claudia Felix, Claudinea de Oliveira Gonçalves, Cleonice Midori Iida, Cyntia Harumi Taira, Daniele Yenes Galão, Duarte Henrique Monteiro, Edilson João Cabrera, Edson de Matos Rodrigues, Eliana Zaninelo Marussi, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Elizeu Robson Mussi, Evilin S. S. Gorckis, Fabiana Lenardão, Francisco Barbirato, Ingrid Moriya, Irineo Cremasco Junior, Isabela Temis Cardoso Pupin, Izabel Cristina da Silva, Izilda Frois, Karin Elizabeth Puschel, Léia Pereira, Lílian Mara Consolin Poli, Lúcia Helena de Lima, Mara Ferreira Ribeiro, Mara Lúcia Rocha Ramos, Marcia Avelar, Margarete Shimiti, Maria Angélica L. Oliveira, Maria Aparecida Costa Perini, Maria de Fátima Martins, Maria Denise Phillipsen Nunes, Maria Luiza H. Iwakura Kasai, Maria Terezinha P. de Carvalho, Marly Scandelai Coronado, Miriani L. Ribereite, Mirna Luciana Truffa Papi Maximiniano, Moacir Gimenez, Mohamad El Kadri, Pedro Afonso Figueiredo, Pedro Eugenio Sperandio, Regina Marcia Cortez Gouveia, Ricardo de Oliveira, Rodrigo Rosseto Avanso, Rogério Prudêncio Lampe, Rosária Mestre Marques Okabayashi, Rosilene Ap. Machado, Sandra Bavia, Sandra Regina Caldeira Melo, Sandra Regina dos Santos Silva, Sérgio Vitorio Canavese, Sidney Tanaka, Silvana Ap. Valentim, Simone Rodrigues Gonçalves, Sonia Fernandes, Sônia Hutul Silva, Sonia Maria Ferreira Vieira, Sonia Maria Nascimento, Sônia Orquiza, Suely Ap. Pereira dos Santos, Tatiane Almeida do Carmo, Tiago Ferreira Aires, Vanessa Ursi, Wilson França, Zandira Batista, Zilá Avanso.

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO:

Representantes - usuários: Cícero Cipriano Pinto, Ildo Ioris, Maria Osvaldina Mello Oliveira, Natal de Oliveira.

Representantes - Trabalhadores: Eliel Joaquim dos Santos, Fábio Vinicius Molin

Representante - Gestor: Rosilene Aparecida Machado

Representante - Prestador: Joselito Tanios Hajjar

Data da reunião com a Comissão de Acompanhamento: 06/08/2013

Data da aprovação em reunião do CMS: 13/09/2013

Número da Resolução da aprovação: 010/2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

17ª RS - 17ª Regional de Saúde
AB – Atenção Básica
ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACE – Agente de Combate às Endemias
ACESF - Administração dos Cemitérios e Serviços Funerários de Londrina
ACS - Agente comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AMS - Autarquia Municipal de Saúde
AMUV - Acidente com Múltiplas Vítimas
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária em Saúde
APSUS - Qualificação da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
BPI – Boletim de produção individualizado
CAAPSM - Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina
CADSUS – Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CAF - Cirurgia de Alta Frequência
CAF - Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
CALMA - Comitê Municipal de Aleitamento Materno
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAT – Comunicação de acidente de trabalho
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CDH – Comissão de Direitos Humanos
CDR - Centro de Detenção e Ressocialização de Londrina
CEI – Centro de Educação Infantil
CENSE - Centro de Sócio-Educação de Londrina
CEO – Centro de Especialidade Odontológico
CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES – Conselho Estadual de Saúde
CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGBP – Casa da Gestante Bebê e Puérpera
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CISMEPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMDCA - Conselho Municipal da Criança e Adolescentes
CMI - Coeficiente de Mortalidade infantil
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
COAS - Centros de Orientação e Apoio Sorológico

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

COMSEA - Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSED – Conselho Nacional dos Secretários de Educação
COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CR – Centrais de Regulação
CRAS - Centros Regionais de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CRESEMS - Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB – Departamento de Atenção Básica
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
DANT - Centro de Testagem Anônima
DAPS - Diretoria de Atenção Primária a Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DGETS – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DOTS – Estratégia do tratamento supervisionado. Dose diretamente observada
DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRAS - Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde
DST - Doença Sexualmente Transmissível
DUES - Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde
DVS - Diretoria de Vigilância em Saúde
EAB – Equipes de Atenção Básica
EAD – Educação à Distância
EC – Emenda Constitucional
ECR – Equipe de Consultório de Rua
EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio
ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
EPI - Equipamento de Proteção Individual
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF - Equipe de Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FHD - Febre Hemorrágica do Dengue
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GESCON – Sistema de Gestão Financeira e de Convênios
GM – Gabinete do Ministro
GMD - Gerenciamento Matricial de Despesa
GT – Grupo de Trabalho
HCL – Hospital do câncer de Londrina
HEL – Hospital Evangélico de Londrina
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HURNP – Hospital Universitário
HZN – Hospital da zona norte - Hospital Doutor Anízio Figueiredo
HZS – Hospital da zona sul - Hospital Doutor Eulalino Ignacio de Andrade

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

IAC – Incentivo à Contratualização
IAP – Instituto ambiental do Paraná
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICL - Instituto do Câncer de Londrina
IML – Instituto Médico Legal
IN – Instrução Normativa
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCa – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INDG - Instituto de Desenvolvimento Gerencial
INTEGRASUS – Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
LACEN – Laboratório Central
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
LIRAA - Levantamento Rápido do Índice de Infestação do Aedes aegypti
LOA – Lei Orçamentária Anual
MAC – Média e Alta Complexidade
MH – Mal de Hansen
MMLB - Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAST – Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
NEP - Núcleo de Educação Permanente
NEU - Núcleo de Educação em Urgência
NIM - Núcleo de Informação em Mortalidade
NV – Nascidos vivos
ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
OPM – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPMAL – Órteses e Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
OPS – Organização Pan-americana de Saúde
PAA - Pronto Atendimento Adulto
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários
PAI - Pronto Atendimento Infantil
PAM - Pronto Atendimento Municipal
PAM - Plano de Ações e Metas
PAS - Programação Anual de Saúde
PASM - Pronto Atendimento de Saúde Mental
PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PCLH – Postos de Coleta de Leite Humano
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEL - Penitenciária Estadual de Londrina
PET-SAÚDE/VS – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PMCA - Programa Municipal de Controle da Asma
PMGP - Programa de Modernização da Gestão Pública
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH – Política Nacional de Humanização
PNI – Programa Nacional de Imunização
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNUD – Programa Nacional das Nações Unidas
POA – Plano Operativo Anual
POP - Procedimento Operacional Padrão
PPA – Plano Plurianual de Governo
PPI – Programação Pactuada Integrada
PROESF – Programa de Expansão da Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica
PS – Pronto Socorro
PSB - Programa de saúde bucal
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
PSP – Pronto socorro psiquiátrico
PUC - Pontifícia Universidade Católica
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção a Urgências
RDA - Rede Docente Assistencial
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços do SUS
RG – Relatório de Gestão
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAE – Serviço de Atenção Especializada em Aids
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SAS – Secretaria de Atenção a Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP – Secretaria de Gestão e Participação Estratégica
SGETS – Secretaria de Gestão e Trabalho da Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
AI-API - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SICONV – Sistema de Convênios do Governo Federal
SID - Serviço de Internação Domiciliar
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPRO - Sindicato dos Professores das Escolas Particulares de Londrina e Norte do Paraná
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SISAGUA - Sistema de Informações da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SISCOLO - Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SISMAMA - Sistema de Informação do câncer de mama
SISPACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde
SISPPPI – Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISREG – Sistema de Regulação
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAM - Semana Mundial de Aleitamento Materno
SMI - Secretaria Municipal do Idoso
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
STA – Serviço de tratamento assistido
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TC – Termo de Compromisso
TCA - Transporte Clínico Agendado
TCE - Tribunal de Contas do Estado
TCI - Terapia Comunitária Integrativa
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
TI – Tecnologia da Informação
TR – Termo de Referência
TRS – Terapial Renal Substitutiva
UBS - Unidade Básica de Saúde
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UF – Unidade Federada
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VIGIAGUA - Vigilância da qualidade da Água para o Consumo Humano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Características gerais do Município

2. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO E REDE FÍSICA

2.1 Perfil epidemiológico

2.2 Rede física de atendimento em saúde

3. SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

3.1 Assistência à Saúde

3.2 Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade

3.3 Vigilância em Saúde

4. Programas Especiais

4.1 Política de Práticas Integrativas/ Programa de Fitoterapia

4.2 Programas de Controle das DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose

4.3 Programa Respira Londrina

4.4 Atenção Fisioterápica na Atenção Primária e Média Complexidade

5. GESTÃO DA SAÚDE

5.1 Instrumentos de planejamento, controle e avaliação

5.2 Financiamento

5.3 Participação popular e Controle social

5.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

5.5 Informação em saúde

5.6 Tecnologia da Informação

5.7 Assistência Farmacêutica

5.8 Infra estrutura

6. OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES E METAS

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

ANEXO 1 – Avaliação dos resultados das propostas da 12ª Conferência Municipal de Saúde

ANEXO 2 – Propostas da 12ª Conferência Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

APRESENTAÇÃO

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMS de Londrina apresenta as diretrizes para a gestão da saúde no período de 2014 a 2017 tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde.

O município de Londrina, através da Autarquia Municipal de Saúde, tem atribuição de coordenar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

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

O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual se consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

Esse PMS apresenta breve análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população londrinense que estão apresentados os principais indicadores de morbimortalidade.

Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo da base do sistema até os serviços mais complexos ofertados à população dentro do Sistema Único de Saúde desde os serviços públicos e os contratados pelo SUS. Também estão contempladas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Na área de gestão da saúde estão apresentados os instrumentos de Planejamento, Controle e Avaliação, informações sobre o Financiamento da Saúde no município, questões do Trabalho e Educação em Saúde, Logística e Patrimônio, Assistência Farmacêutica, Informações e Informática em Saúde e Participação popular.

Para análise e definição do eixo central foram priorizados dados destacados dentre os indicadores de saúde da população que proporcionou o planejamento de programas e ações nas áreas da gestão da saúde, promoção e assistência à saúde e investimentos em infraestrutura bem como as diretrizes da Política Estadual e Federal.

Esse Plano Municipal foi elaborado pela equipe técnica representativa das diretorias e comissão de conselheiros municipais de saúde.

1. 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 19 de Julho de 2012 através do Decreto Municipal nº 847 de 30 de abril de 2007, publicado no Jornal Oficial de 24 de Julho de 2012, 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 Geral, Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde, Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde, Diretoria de Gestão Financeira, Compras e Serviços, Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde, Diretoria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Diretoria de Serviços Complementares em Saúde, Diretoria de Logística e Manutenção em Saúde.

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à 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.

Tem como objetivo geral levar a saúde mais perto da população implementando Redes de Atenção à Saúde, organizando-as para reduzir tempo de resposta no atendimento das necessidades, prevenir e gerenciar doenças crônicas, aumentando a resolubilidade dos serviços prestados. São objetivos específicos:

1. Implementar a Rede de Atenção Materno-Infantil;
2. Implementar a Rede de Urgência e Emergência;
3. Implementar a Rede de Atenção Psicossocial;
4. Implementar a Rede de Atenção ao Idoso;
5. Implementar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;
6. Implementar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas;
7. Aumentar a cobertura da Estratégia Saúde da Família;
8. Aumentar a cobertura das equipes de Saúde Bucal;
9. Aumentar a cobertura dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
10. Implementar ações de atenção à Saúde do Trabalhador;
11. Implementar ações de prevenção às doenças infecciosas e emergentes e prevenção às violências;
12. Implementar ações de promoção à saúde com foco na mudança de hábitos de vida;
13. Implementar ações visando a reestruturação das UBS, outros serviços municipais e serviços meio;

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

14. Fortalecer e aprimorar o controle social, disponibilizando infraestrutura e promovendo a formação e capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde;
15. Implementar o Serviço de Regulação de Vagas de média e alta complexidade;
16. Promover ações para melhoria do acesso de medicamentos à população;
17. Fortalecer uma política de gestão de pessoas e promover o desenvolvimento, qualificação, dos trabalhadores municipais de saúde;
18. Implementar ações de vigilância à saúde;
19. Implementar rede de serviços de apoio/complementares em saúde e;
20. Implementar Práticas Integrativas em Saúde, conforme diretrizes da Política Nacional.
21. Implementar ações que visem a auto sustentabilidade financeira e a pontualidade no adimplemento das obrigações contraídas.

O município de Londrina, a partir dos compromissos estabelecidos no Termo de Compromisso de Gestão Municipal e atualmente na transição para o Contrato Organizativo da Atenção Básica, Decreto nº 7508 tem implementado os mecanismos para o pleno desenvolvimento de ações e serviços necessários para o alcance das metas propostas que fazem parte desse Plano Municipal. Dentre esses mecanismos está participação de consultoria externa que atua em várias áreas inclusive na de saúde priorizando processos de trabalho e propondo reestruturação organizacional.

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). Outra área a ser aprimorada é a Rede da atenção em urgência e emergência com a continuidade de novos serviços, construção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Outras ações como a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde, da política de educação permanente, aprimorar os mecanismos de regulação de assistência à saúde nos diversos níveis, com implantação de um complexo regulador em saúde são pertinentes e importantes.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Características gerais do Município:

1.1.1 Histórico (origem e formação)

Em 21 de agosto de 1929, a primeira expedição da Companhia de Terras Norte do Paraná chegou ao local hoje denominado Patrimônio Três Bocas, onde o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff fincou o primeiro marco nas terras que originariam o município de 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, por meio do Decreto Estadual nº 2.519/1934, assinado pelo interventor Manoel Ribas, em 3 de dezembro daquele ano. Sua fundação deu-se oficialmente em 10 de dezembro, data em que se comemora o aniversário da cidade, que teve por primeiro prefeito nomeado o Sr. Joaquim Vicente de Castro.

O Município de Londrina está localizado na região Norte do Estado do Paraná (PR), a 377,77 km da capital, Curitiba. Londrina ocupa uma área de 1.653,3 km² (segundo a Resolução nº. 05, de 10/10/02, do IBGE), cerca de 1% da área total do Estado do Paraná. A zona urbana ocupa área de 164,33 km² e zona de expansão urbana 80,68 km², totalizando 245,01 km². A população municipal é de 515.707 habitantes (estimativa do IBGE para 2012), sendo a segunda cidade mais populosa do Paraná. Destes, 493.520 concentram-se na área urbana. A densidade demográfica municipal é de 306,49 hab./km².

O Produto Interno Bruto (PIB) de Londrina atingiu a marca de R\$ 8,9 bilhões em 2009, apresentando crescimento de 102% desde 2002. A atividade econômica em Londrina tem participação relativa de 0,26% no PIB nacional, ocupando o 51º lugar no ranking dos 5.564 municípios brasileiros. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,778 o que o coloca na 10ª posição entre os 399 municípios do Estado e acima do IDH nacional (0,699). Londrina é uma das cinco cidades mais importantes da região Sul, juntamente com Porto

Alegre, Curitiba, Florianópolis e Joinville. Destaca-se como centro em desenvolvimento de negócios, tecnologia, pesquisa, saúde, sendo importante referência educacional nacional e internacionalmente. A cidade de Londrina é importante polo de desenvolvimento regional, exercendo influência direta sobre mais de 800 mil pessoas residentes em sua Região Metropolitana (RML). Sofre, no entanto, os impactos dessa condição: velocidade do processo de urbanização, crescimento da aglomeração urbana própria e no seu entorno, ameaças ao meio ambiente como ocupação de fundos de vale, pressão sobre seu sistema viário, deterioração do centro histórico, e limitações orçamentárias para fazer frente a esses déficits.

1.1.2 Estado / Região / Município

A figura 1 ilustra o município de Londrina, que está localizado no Norte do Paraná, entre as coordenadas geográficas 23°18 ' 37 " S de Latitude e 51 ° 09 ' 46 " W de Longitude.

Figura 1 – Município de Londrina

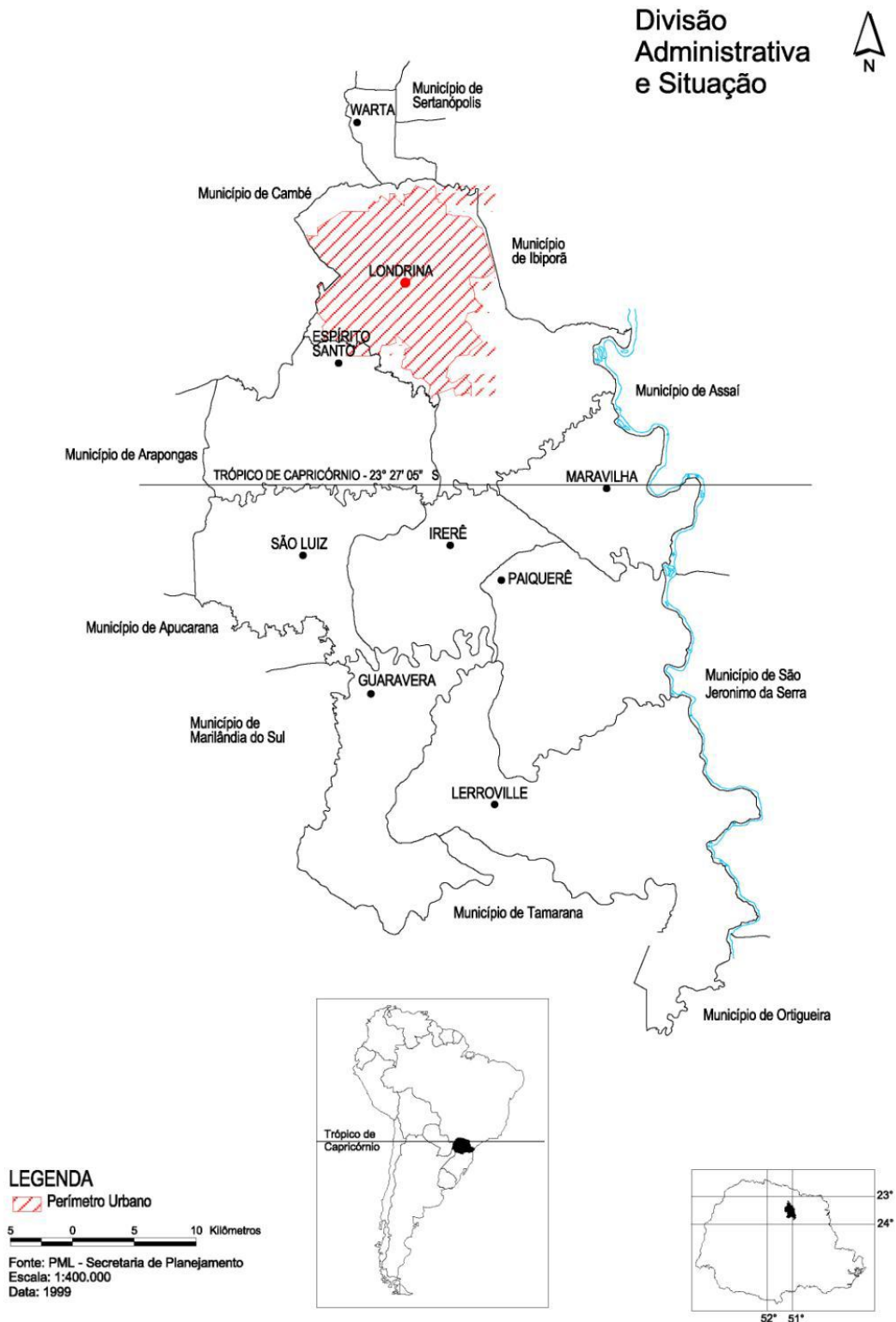


Fonte: IPARDES

1.1.3 Limites, localização, divisões territoriais (Linhas e Distritos)

No presente estudo, a área urbana foi considerada como a área urbana atual, somada à área de expansão urbana, devido às projeções de expansão da mesma (Figura 2).

Figura 2 – Divisão Administrativa e Situação



1.1.4 Divisão administrativa - 2012

DIVISÃO ADMINISTRATIVA	INFORMAÇÕES
Número de distritos administrativos	8
Nome dos distritos administrativos	Londrina, Guaravera, Irerê, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, São Luiz e Warta
Comarca a que pertence	Londrina

FONTE: IBGE (Distritos), TJPR (Comarca)

1.1.5 Municípios abrangidos na 17ª Regional de Saúde

Figura 3 – 17ª Regional de Saúde

Alvorada do Sul
Assaí
Bela Vista do Paraíso
Cafeara
Cambé
Centenário do Sul
Florestópolis
Guaraci
Ibiporã
Jaguapitã
Jataizinho
Londrina
Lupionópolis
Miraselva
Pitangueiras
Porecatu
Prado Ferreira
Primeiro de Maio
Rolândia
Sertanópolis
Tamarana



1.2 Aspectos demográficos:

1.2.1 População total: distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana

Tabela 1 - Número de domicílios, segundo uso e tipo – 2010

Domicílios	Urbanos	Rurais	Total
Total de domicílios	175.905	5.262	181.167
Coletivos	245	7	252
Particulares	175.660	5.255	180.915
Ocupados	161.280	3.777	165.057
Não Ocupados	14.380	1.478	15.858
De uso ocasional	3.432	745	4.177
Vagos	10.948	733	11.681

FONTE: IBGE – Censo 2010

Nota: Dados da sinopse

Tabela 2 - População censitária, segundo tipo de domicílio e sexo – 2010

Tipo de domicílio	Masculina	Feminina	Total
Urbano	235.638	257.882	493.520
Rural	7.421	5.760	13.181
TOTAL	243.059	263.642	506.701

FONTE: IBGE – Censo 2010

Nota: Dados do universo

Tabela 3 - População estimada residente, por ano

Ano	População	Método
2012	515.707	Estimativa
2011	511.278	Estimativa
2010	506.701	Levantamento Censitário

FONTE: IBGE – Censo 2010

1.3 Dinâmica populacional:

Tabela 4 - População censitária, segundo faixa etária e sexo – 2010

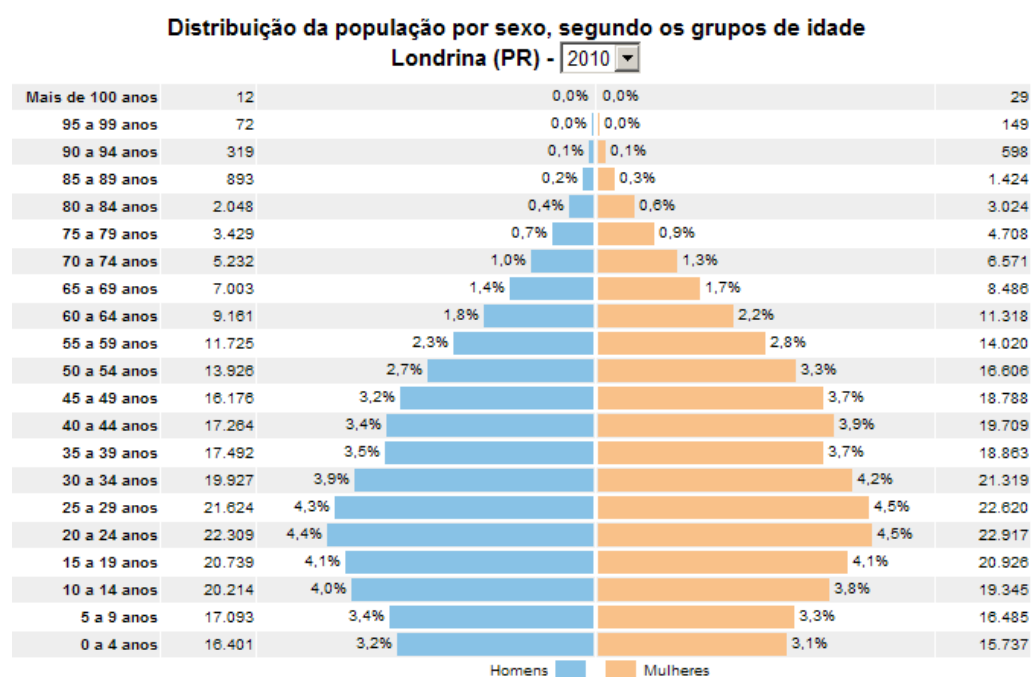
Faixa etária	Masculina	Feminina	Total
Menores de 1 ano	3.372	3.213	6.585
1 a 4	13.029	12.524	25.553
5 a 9	17.093	16.485	33.578
10 a 14	20.214	19.345	39.559
15 a 19	20.739	20.926	41.665
20 a 24	22.309	22.917	45.226
25 a 29	21.624	22.620	44.244
30 a 34	19.927	21.319	41.246
35 a 39	17.492	18.863	36.355
40 a 44	17.264	19.709	36.973

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

45 a 49	16.176	18.788	34.964
50 a 54	13.926	16.606	30.532
55 a 59	11.725	14.020	25.745
60 a 64	9.161	11.318	20.479
65 a 69	7.003	8.486	15.489
70 a 74	5.232	6.571	11.803
75 a 79	3.429	4.708	8.137
80 anos e mais	3.344	5.224	8.568
TOTAL	243.059	263.642	506.701

FONTES: IBGE – Censo 2010
Nota: Dados do universo

Figura 4 - Pirâmide etária



Fonte: IBGE/Censo 2010

Tabela 5 - Taxa de migração

População residente por lugar de nascimento	nº de pessoas
População residente por lugar de nascimento - Brasil sem especificação	2.433
População residente por lugar de nascimento - País estrangeiro	2.814
População residente por lugar de nascimento - Região Centro-Oeste	3.616
População residente por lugar de nascimento - Região Nordeste	12.866
População residente por lugar de nascimento - Região Norte	1.151

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

População residente por lugar de nascimento - Região Sudeste	71.807
População residente por lugar de nascimento - Região Sul	412.014
TOTAL	506.701

Fonte: IBGE / Censo 2010

1.4 Densidade demográfica:

Tabela 6 - Densidade demográfica – 2012

Densidade demográfica (hab./Km²)

311,30

Fonte: IPARDES, IBGE

1.5 Identificação de população:

Tabela 7 - População residente em Londrina, por cor/raça – 2010

Cor/raça	População
Branca	356.542
Preta	21.791
Amarela	17.448
Parda	110.305
Indígena	610
Sem declaração da cor/raça	5
TOTAL	506.701

FONTE: IBGE – Censo Demográfico 2010

Nota: Dados do universo

1.6 Aspectos socioeconômicos e de infraestrutura:

1.6.1 Principais atividades econômicas:

Tabela 8 - População ocupada segundo as atividades econômicas – 2010

Atividades econômicas (CNAE domiciliar 2.0)	Nº de pessoas
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	9.890
Indústrias extrativas	156
Indústrias de transformação	33.403
Eletricidade e gás	721
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	2.080
Construção	18.889
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	53.216
Transporte, armazenagem e correio	12.345

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Alojamento e alimentação	11.543
Informação e comunicação	5.530
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	4.602
Atividades imobiliárias	1.827
Atividades profissionais, científicas e técnicas	12.030
Atividades administrativas e serviços complementares	10.892
Administração pública, defesa e seguridade social	8.339
Educação	17.608
Saúde humana e serviços sociais	16.305
Artes, cultura, esporte e recreação	2.698
Outras atividades de serviços	8.642
Serviços domésticos	15.270
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	42
Atividades mal especificadas	15.962
TOTAL	261.930

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da Amostra

1.6.2 Nível de emprego por tipo de atividade:

Tabela 9 - Número de estabelecimentos e empregos segundo atividades econômicas – 2011

Atividades econômicas	Estabelecimentos	Empregos
Indústria de extração de minerais	7	53
Indústria de produtos minerais não metálicos	83	646
Indústria metalúrgica	225	2.525
Indústria mecânica	133	2.192
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	64	1.651
Indústria de materiais de transporte	39	644
Indústria da madeira e do mobiliário	172	1.680
Indústria do papel, papelão, editorial e gráfica	162	1.821
Indústria da borracha, fumo, couros, peles, prod. sim. e indústria diversa	125	1.254
Indústria química, produtos farmacêuticos, veterinário, perfumaria, sabões, velas e material plástico	143	3.207
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	362	7.039
Indústria de calçados	3	10
Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	233	4.830
Serviços industriais de utilidade pública	14	147
Construção civil	1.226	10.609
Comércio varejista	6.207	35.044
Comércio atacadista	796	6.334
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	234	3.179
Administradoras de imóveis, valores mobil., serv. técn. profis., aux. ativ. econ.	2.639	21.591
Transporte e comunicações	725	10.746

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Serviços de alojamento,alim.,reparo,manut.,radiodifusão e televisão	1.828	15.478
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	962	7.886
Ensino	344	12.412
Administração pública direta e indireta	10	8.552
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	668	3.021
TOTAL	17.404	162.551

FONTE: MTE/RAIS

Nota: Posição em 31 de dezembro

1.6.3 Renda familiar (media):

Tabela 10 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal, no município de Londrina - 2010

Classes de rendimento nominal mensal	Pessoas de 10 anos ou mais de idade	Pessoas de 10 anos ou mais de idade (percentual)
Até ½ salário mínimo	7.739	1,75
Mais de ½ a 1 salário mínimo	69.875	15,85
Mais de 1 a 2 salários mínimos	111.727	25,34
Mais de 2 a 5 salários mínimos	77.059	17,47
Mais de 5 a 10 salários mínimos	25.785	5,85
Mais de 10 a 20 salários mínimos	8.332	1,89
Mais de 20 salários mínimos	2.828	0,64
Sem rendimento ¹	137.610	31,21
Sem declaração	30	0,01
TOTAL	440.985	100,00

FONTE: IBGE – Censo Demográfico 2010

Notas: Salário mínimo utilizado: R\$ 510,00

Os dados de rendimento são preliminares.

¹ Esta categoria inclui pessoas que receberam somente em benefícios.

Organização dos dados: PML/SMPOT/DP/Gerência de Pesquisa e Informações

Tabela 11 - Famílias pobres, percentual de pobreza e cadastro único de Londrina - 2011

Dados da população londrinense		
População total	506.701	
Nº de domicílios particulares Permanentes	164.917	
Média de pessoas por domicílio	3,07	
Famílias pobres (1)	24.316	14,7%
População em extrema pobreza (2)	8.600	
Taxa de extrema pobreza (2)		1,7%

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Proporção de pessoas abaixo da linha de indigência (3)	23.814	4,7%
Proporção de pessoas entre a linha da indigência e da pobreza (3)	51.177	10,1%

Fontes: Secretaria Municipal de Assistência Social / IBGE – Censo Demográfico 2010

Notas: (1) São consideradas pobres aquelas que sobrevivem com renda de até 1/2 salário mínimo, ou sem nenhum rendimento de trabalho, apenas de benefícios assistenciais;

(2) Na classificação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) são **extremamente pobres** as famílias cuja renda per capita seja de até R\$ 70,00 (setenta reais), aproximadamente 1/8 do salário mínimo;

(3) Relatório de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Segundo esta fonte, são consideradas abaixo da linha da pobreza as pessoas que possuem rendimento per capita menor que 1/2 salário mínimo, e abaixo da linha de indigência aquelas cujo valor é inferior a 1/4 do salário mínimo.

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

1.6.4 Dados econômicos

Tabela 12 - População em idade ativa (PIA) e população economicamente ativa (PEA) por tipo de domicílio e sexo – 2010

Tipo de domicílio e sexo	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)
Tipo de Domicílio		
Urbano	429.457	269.594
Rural	11.440	6.384
Sexo		
Masculino	209.263	148.420
Feminino	231.635	127.558
TOTAL	440.897	275.978

FONTE: IBGE – Censo demográfico 2010

NOTA: Dados da amostra. A soma das parcelas por sexo e/ou tipo de domicílio podem diferir do total

Tabela 13 - Renda média domiciliar per capita – 2010

Renda média domiciliar per capita (R\$ 1,00)

1.062,64

FONTE: IBGE – Censo demográfico 2010

Nota: Média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Renda domiciliar per capita é a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio (em reais), dividida pelo nº de moradores. Valor de referência R\$ 510,00 (s.m. em 2010).

Tabela 14 - Índice de desenvolvimento humano municipal de Londrina

IDHM 1991	0,588
IDHM 2000	0,716
IDHM 2010	0,778

FONTE: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

1.7 Educação

1.7.1 Redes de ensino pública e privada de 1º e 2º Graus:

Tabela 15 - Docentes e estabelecimentos de ensino na educação básica, 2012

Educação básica	Docentes ¹	Estabelecimentos de ensino
Creche	769	188
Pré-escolar	1.027	281
Ensino Fundamental	3.493	207
Ensino Médio	1.473	72
TOTAL	6.172	387

FONTE: MEC/INEP – SEED

¹ Um docente (professor) pode atuar em mais de uma etapa/modalidade de ensino. Os dados são referentes aos professores que estavam em sala de aula, na regência de turmas e em efetivo exercício na data de referência do Censo Escolar.

1.7.2 Número de alunos matriculados por faixa etária:

Tabela 16 - Matrículas no ensino regular, segundo a dependência administrativa, 2012

Dependência administrativa	Creche	Pré-escolar	Fundamental (1)	Médio	Profissional
Federal	-	-	-	40	131
Estadual	4	26	30.137	17.544	1.880
Municipal	685	4.824	24.027	-	-
Particular	4.859	8.124	12.473	4.115	2.440
TOTAL	5.548	12.976	66.637	21.699	4.451

FONTE: MEC/INEP – SEED

Nota: Os dados referem-se à matrícula do ensino regular com os inclusos.

¹ Ensino Fundamental: inclui matrículas do ensino de 8 e de 9 anos

Tabela 17 - Matrículas na educação especial e de jovens e adultos, segundo a dependência administrativa, 2012

Dependência administrativa	Educação especial	Educação de jovens e adultos
Federal	-	57
Estadual	107	4.140
Municipal	10	961
Particular	438	305
TOTAL	555	5.463

FONTE: MEC/INEP – SEED

1.7.3 Taxa de analfabetismo (porcentagem):

Tabela 18 - Taxa de analfabetismo segundo faixa etária – 2010

Faixa etária	Taxa (%)
De 15 ou mais	4,51
De 15 a 19	0,68
De 20 a 24	0,67
De 25 a 29	0,88
De 30 a 39	1,44
De 40 a 49	2,89
De 50 e mais	11,53

FONTE: IBGE – Censo Demográfico 2010

Nota: Foram consideradas como analfabetas as pessoas maiores de 15 anos que se declararam não capazes de ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinem o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram.

1.7.4 Taxa de rendimentos educacionais:

Tabela 19 - Taxa de rendimentos educacionais nos ensinos fundamental e médio – 2012

Tipo de ensino	Aprovação (%)	Reprovação (%)	Abandono
Fundamental	89,2	9,3	1,5
Anos iniciais (1ª a 4ª série e/ou 1º a 5º ano)	96,0	3,5	0,5
Anos finais (5ª a 8ª série e/ou 6º a 9º ano)	82,8	14,8	2,4
Médio	80,0	15,9	4,1

FONTE: MEC/INEP – SEED

Nota: Taxas calculadas pelo INEP

1.8 Aspectos gerais com abrangência rural e urbana:

1.8.1 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 por sistemas de captação superficiais designados Tibagi e Cafezal e por sistemas de águas subterrâneos, por meio 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.

Tabela 20 - Abastecimento de água pela SANEPAR, segundo as categorias, 2012

Categorias	Unidades atendidas	Ligações
Residenciais	187.972	135.910
Comerciais	20.081	12.617
Industriais	594	579
Utilidade Pública	1.174	1.156
Poder Público	819	706
TOTAL	210.640	150.967

FONTE: SANEPAR

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

1.8.2 Esgoto

O sistema de esgoto no município de Londrina também é administrado pela SANEPAR.

Tabela 21 - Atendimento de esgoto pela SANEPAR, segundo categorias, 2012

Categorias	Unidades atendidas	Ligações
Residenciais	160.884	108.842
Comerciais	18.196	10.854
Industriais	410	400
Utilidade Pública	874	859
Poder Público	455	440
TOTAL	180.819	121.395

FONTE: SANEPAR

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

1.8.3 Energia

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.

Tabela 22 - Atendimento de energia elétrica pela COPEL, segundo categorias, 2012

Categorias	Consumo (Mwh)	Consumidores
Residencial	430.387	185.552
Setor secundário	268.436	5.498
Setor comercial	356.963	22.574

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Rural	24.655	3.316
Outras classes	175.943	1.449
Consumo livre (Indústria) (Uso do Sistema) (1)	60.241	4
TOTAL	1.316.625	218.393

FONTE: COPEL

Concessionárias - CPFL, COCEL, FORCEL, CFLO e CELESC

(1) Refere-se ao consumo de energia elétrica da autoprodução da indústria. Inclui os consumidores atendidos por outro fornecedor de energia e os que possuem parcela de carga atendida pela COPEL Distribuição e a outra parcela por outro fornecedor.

1.8.4 Lixo

O Programa *Londrina Recicla* foi instituído pelo Decreto Municipal Nº 829/2009 e o serviço de coleta de resíduos recicláveis é realizado por cooperativas de catadores, que coletam resíduos recicláveis separados pela população no sistema porta à porta, são encaminhados a barracões de triagem e comercialização, retornando à cadeia produtiva. As cooperativas são contratadas pela Prefeitura e os catadores são beneficiados com o recolhimento de INSS, locação dos barracões, equipamentos de proteção individual (EPI), veículos para coleta e transporte, prensas, empilhadeiras, mesas de triagem e outras estruturas para a realização do trabalho diário. A coleta seletiva de Londrina promove a inclusão social, gera trabalho e renda, permite melhorias das condições de vida dos catadores e também contribui para a preservação ambiental.

A coleta de resíduos recicláveis de Londrina atendeu cerca de 67.500 domicílios, realizada pela COOPERSIL até novembro de 2011. A partir de dezembro/2011 a COOPRELON iniciou os trabalhos de coleta em mais 95.224 domicílios, ampliando a abrangência para 77% dos domicílios.

Tabela 23 - Coleta seletiva em Londrina - 2011

Mês	Domicílios	Visitas/mês	Toneladas comercializadas
JAN	67.078	268.312	399,8
FEV	67.514	270.056	375,2
MAR	72.374	289.496	134,7
ABR	84.036	336.000	584,5
MAI	71.000	284.000	386,3
JUN	64.000	256.000	396,1
JUL	60.500	242.000	393,3
AGO	61.500	246.000	432,9
SET	67.500	270.000	399,7
OUT	67.500	270.000	381,9
NOV	67.500	270.000	419,7

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

DEZ	67.500	270.000	356,7
TOTAL	750.502	3.002.008	4.665

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

Tabela 24 - Coleta de lixo reciclável no município de Londrina – 2011

Discriminação	Valores
Volume Coletado Anual (t) (comercializado)	4 700
Volume Diário Produzido (t) (média comercialização 22 dias/mês)	17,66
Número de Funcionários na Coleta (cooperados)	200
Número de Veículos na Coleta (1)	16
Número de ONGs na Coleta	02
Destino Final do Lixo	Materiais Recicláveis: comercialização. Rejeitos: Enviados para o Centro de Tratamento de Resíduos do município.

Fonte: PML/Companhia Municipal de Trânsito e Urbanização (CMTU-LD).

(1) Número aproximado entre catadores terceirizados e funcionários.

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

Tabela 25 - Coleta de lixo doméstico no município de Londrina – 2011

Discriminação	Valores
Volume diário produzido (t)	356 (média)
Volume coletado anual (t)	128 135 760
Porcentagem da população atendida (urbana e rural)	99%
Número de viagens diárias	46 (média)
Número de veículos na coleta	16
Número de funcionários na coleta	140
Frequência da coleta domiciliar	Centro: Diária Bairros: 3 vezes por semana
Destino final do lixo	Central de Tratamento de Resíduos (CTR)
Área do aterro sanitário (m ²)	470 862,35

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

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

1.8.5 Habitação

Situação das favelas, assentamentos e ocupações irregulares de Londrina: habitação popular no município:

Tabela 26 - Assentamentos e favelas, áreas aptas à regularização, dezembro 2011

Localização	nº famílias	nº pessoas	região	ano de ocupação	ano de urbanização
Vivi Xavier	63	163	Norte	1998	1998
Sheknah	92	322	Norte	-	2004

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Jd. Sérgio Antônio	24	84	Leste	1983	1993
Rosa Branca I	140	490	Leste	1976	1995/1996
Jd. Bananeiras	29	106	Leste	-	1995
TOTAL	348	1165	-	-	-

Fonte: Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD)
Org.: PML/SMPOT/DP/Gerência de Pesquisas e Informações

Assentamentos e favelas urbanizadas no município de Londrina:

Tabela 27 - Áreas regularizadas, dezembro 2011

Localização	nº famílias	nº pessoas	região	ano de ocupação	ano de urbanização
Jd Quati	46	161	Norte	1993	1997
Jd Monte Cristo	471	1649	Leste	1996	2005
Jd Santa Fé	356	1246	Leste	1992	1994
TOTAL	873	3056	-	-	-

Fonte: Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD). Org.: PML/SMPOT/DP/Gerência de Pesquisas e Informações

Tabela 28 - Ocupações irregulares no município de Londrina, dezembro 2011

Localização	nº famílias	nº pessoas	região	ano de ocupação
Fundo de Vale Rua Café Arábica	48	144	Norte	1989
Fundo de Vale C.H. Prof. Hilda Mandarino	43	129	Norte	1997
Fundo de Vale Jardim Alto da Boa Vista	5	8	Norte	1990
Fundo de Vale Jardim Bele Ville	0	0	Norte	2001
Fundo de Vale Jardim Belinati	0	0	Norte	1995
Fundo de Vale C.H. Vivi Xavier	63	163	Norte	1998
Fundo de Vale Jardim Marieta	10	22	Norte	2002
Fundo de Vale do Santa Mônica	20	42	Norte	1989
Cantinho do Céu – Jardim Paulista	22	46	Norte	1961
Jardim das Bananeiras	29	106	Leste	1994
Fundo de Vale Jardim das Bananeiras	03	07	Leste	1996
Jardim Santa Inês	102	274	Leste	1976
Fundo de Vale Santa Inês – R. Pingo D'água	48	168	Leste	1996
Fundo de Vale Rua Zircônio	5	14	Leste	1973
Fundo de Vale Santa Fé	22	51	Leste	1994
Fundo de Vale Monte Cristo	10	18	Leste	1996
Fundo de Vale Rosa Branca	140	490	Leste	1972
Fundo de Vale Vila Ricardo	31	70	Leste	1983
Lixão da Rua Victorelli	-	-	Leste	1992
Jardim Kobayashi	31	109	Leste	1994
União da Vitória	600	1850	Sul	1997
Fundo de Vale Jardim Cristal	52	135	Sul	1977
Fundo de Vale Novo Perobal	9	33	Sul	1998

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Jardim Novo Perobal Área Sanepar	26	91	Sul	1998
Fundo de Vale Jardim Franciscato	0	0	Sul	1997
Área do D.E.R.	0	0	Sul	1993
Fundo de Vale Fazenda Refúgio	0	0	Sul	1997
Fundo de Vale Rua Bélgica	0	0	Sul	1975
Vila Marizia II	27	216	Centro	1995
Fundo de Vale do Marizia	38	121	Centro	1990
CILO III	20	52	Oeste	1990
Jd. Marieta	10	22	Norte	2002
TOTAL	1414	4381	-	-

Fonte: Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD). Organização dos dados: PML/SMPOT/DP/Gerência de Pesquisas e Informações.

Tabela 29 - Ocupações irregulares em áreas particulares no município de Londrina – dezembro 2011

Localização	nº famílias	nº pessoas	região	ano de ocupação	ano de urbanização
Morro do Carrapato	34	47	Leste	2007	-
Viva Feliz	47	85	Sul	2001	2007
Colosso	80	400	Oeste	1975	1982
TOTAL	161	532	-	-	-

Fonte: Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD).
Organização dos dados: PML/SMPOT/DP/Gerência de Pesquisas e Informações.

2. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

2.1 Perfil epidemiológico:

No Quadro 1 observa-se aumento no número de nascidos vivos residentes em Londrina, entre os anos de 2008 e 2012, com consequente aumento na taxa bruta de natalidade. Quanto à taxa de mães adolescentes, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 10 a 19 anos, observa-se pequena oscilação entre os anos de 2008 a 2012. Em relação ao baixo peso ao nascer, identifica-se aumento em 2008 (8,3) para 2012 (9,0). O baixo peso ao nascer pode sinalizar risco de óbito infantil. No que se refere à taxa de nascidos vivos por partos cesáreos e vaginais houve pouca oscilação de 2008 a 2012. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de partos cesáreos seja no máximo de 25%.

Quadro 1 – Características dos nascidos vivos, residentes em Londrina, 2008 a 2012.

Condições	2008	2009	2010	2011	2012
Número de nascidos vivos	6618	6761	6916	7022	7148
Taxa bruta de natalidade	13,10	13,24	13,65	13,73	13,86
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes					
% de mães de 10-19 anos	15,9	16,3	15,0	14,8	14,9
% de mães de 10-14 anos	0,6	0,6	0,7	0,5	0,7
% com baixo peso ao nascer	8,3	8,4	8,7	8,8	9,0
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	57,4	61,4	62,0	60,9	61,6
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais	42,5	38,6	38,0	39,1	38,3

Fonte: SINASC/Ministério da Saúde/DATASUS

O Quadro 2 demonstra que a proporção de mães que referiram ter feito 7 ou mais consultas de pré natal em 2012 foi de 76,5, identificando-se diminuição de 14,2% se comparado a 2008 (90,7%). O Ministério da Saúde considera elevada a taxa superior a 80% de cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal.

Quadro 2 – Percentual de crianças nascidas vivas, por número de consulta de pré-natal, residentes em Londrina, 2008 a 2012

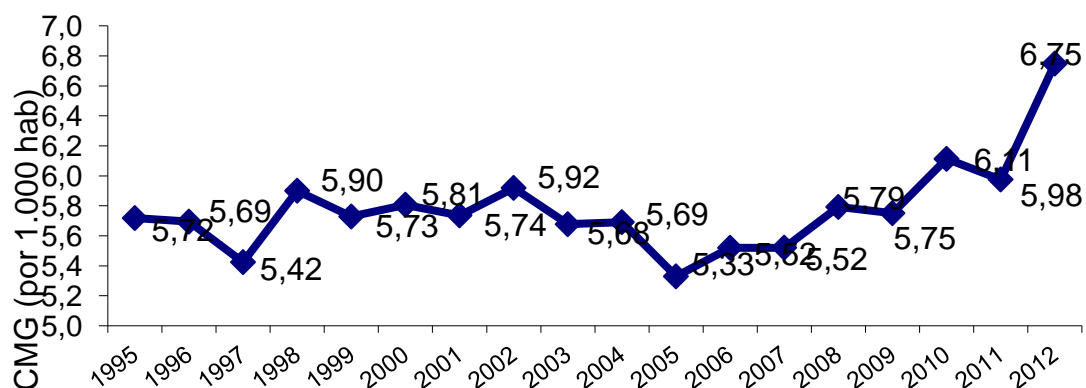
Consultas de pré-natal	2008	2009	2010	2011	2012
1-3 consultas	1,3	1,7	1,7	1,4	4,2
4-6 consultas	7,1	9,0	9,6	5,0	18,0
> 7 consultas	90,7	88,6	87,7	92,7	76,5
Total	99,1	99,3	89,9	99,0	98,7

Fonte: SINASC/Ministério da Saúde/DATASUS

Em 2012 foram registrados 3.480 óbitos de munícipes no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ocorridos Londrina.

O Coeficiente de Mortalidade Geral, que expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes, foi de 6,75/1.000 habitantes, valor pouco mais elevado que dos anos anteriores (Figura 5).

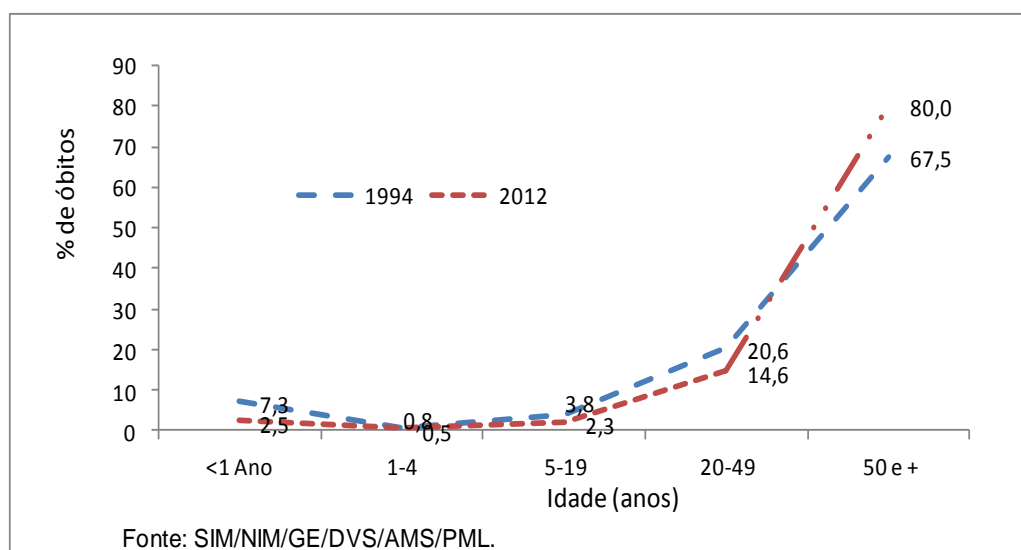
Figura 5 - Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab.), residentes em Londrina, 1995 a 2012



Fonte: NIM/DVS/GE/AMS/PML. 2012- Dados preliminares, sujeito a

A Mortalidade Proporcional por faixa etária, que constitui uma representação segundo grupos etários prefixados, inclui 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. No ano de 1994 o percentual de pessoas que morreram com mais de 50 anos foi de 67,5 e em 2012, esse valor passou para 80,0%, o que indica bom nível de saúde, segundo o índice proposto por Moraes. O percentual atingido pelo município para óbitos ocorridos com pessoas com 50 anos ou mais de idade é comparável ao de países como Suécia, Estados Unidos e Japão (Figura 6).

Figura 6 - Mortalidade proporcional, segundo faixa etária, Londrina, 1994 e 2012



Fonte: SIM/NIM/GE/DVS/AMS/PML.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Em relação a causas de óbitos de 2012, 29,9% do total das mortes tiveram por causa as doenças do aparelho circulatório, seguido pelas neoplasias (20,6%) e causas externas de morbidade e mortalidade (13,2%), conforme Tabela 30.

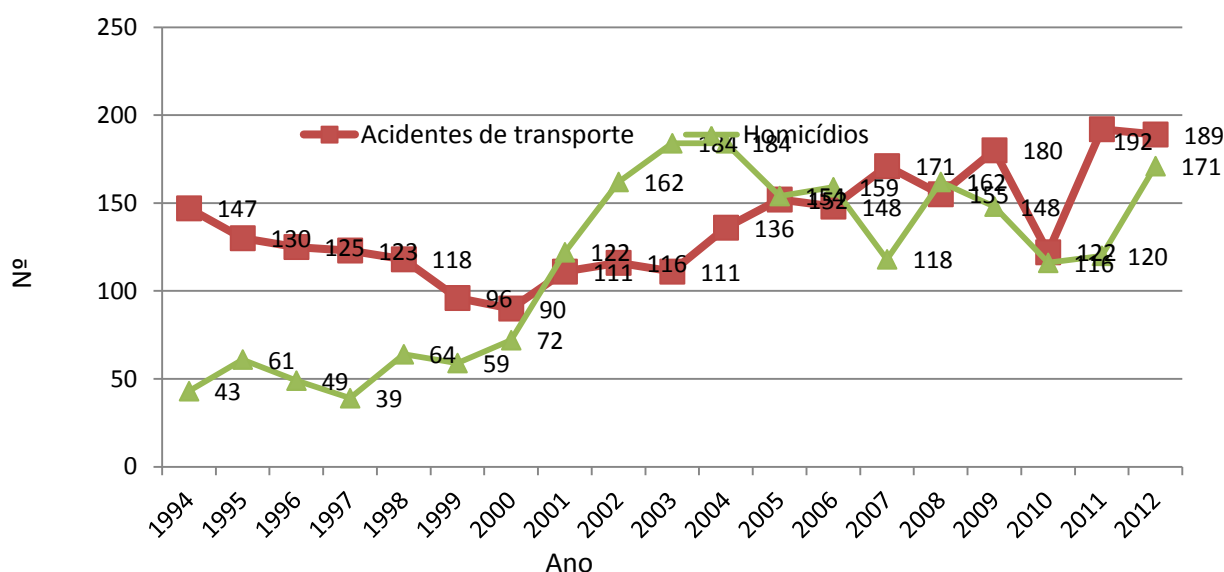
Tabela 30 - Óbitos segundo grupos de causas (Cap CID10), residência em Londrina, 2012

Causa (Cap. CID10)	Frequência	%
Doenças do aparelho circulatório	1041	29,9
Neoplasias (tumores)	716	20,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	458	13,2
Doenças do aparelho respiratório	333	9,6
Doenças do aparelho digestivo	198	5,7
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	182	5,2
Doenças do sistema nervoso	151	4,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	105	3,0
Transtornos mentais e comportamentais	75	2,2
Doenças do aparelho geniturinário	61	1,8
Algumas afec originadas no período perinatal	51	1,5
int sinais e achad anorm ex clín e laborat	40	1,1
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	33	0,9
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	22	0,6
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8	0,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0
Total	3480	100,0

Fonte: NIM/DVS/GE/AMS/PML. 2012- Dados preliminares, sujeito a alterações.

Quanto a óbitos por causas externas, os acidentes de transporte mantiveram-se com valores elevados até 2009, com queda em 2010. Em 2011 observou-se o maior valor no período analisado, mantendo-se elevado em 2012. Desde 2001 as mortes por homicídios apresentavam tendência crescente, apesar de haver variação entre os anos, atingindo maiores valores em 2003 e 2004. De 2008 a 2010 houve redução, porém em 2012 houve um aumento significativo (Figura 7).

Figura 7 - Total de óbitos por acidentes de transporte e homicídios, ocorridos em Londrina, 1994 a 2012



Fonte: NIM/DVS/GE/AMS/PML.

No período de 2008 a 2012, as três principais causas de óbitos permaneceram inalteradas, ficando em primeiro lugar às doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias e em 3º lugar as causas externas (Tabela 31).

Tabela 31 – Óbitos segundo grupos de causas (Cap CID10), residência em Londrina, 2008 a 2012

Causa (Cap CID10)	2008		2009		2010		2011		2012	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	93	3,1	92	3,1	104	3,2	99	3,2	105	3,0
II. Neoplasias (tumores)	603	20,3	621	20,6	661	20,4	643	20,6	716	20,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	0,2	9	0,3	9	0,3	10	0,3	8	0,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	119	4,0	102	3,4	106	3,3	124	4,0	182	5,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	48	1,6	45	1,5	48	1,5	66	2,1	75	2,2
VI. Doenças do sistema nervoso	98	3,3	115	3,8	126	3,9	145	4,6	151	4,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	936	31,5	868	28,9	980	30,3	936	30,0	1041	29,9
X. Doenças do aparelho respiratório	336	11,3	331	11,0	374	11,6	343	11,0	333	9,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	165	5,6	160	5,3	155	4,8	188	6,0	198	5,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,1	11	0,4	9	0,3	10	0,3	5	0,1

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12	0,4	17	0,6	21	0,6	18	0,6	22	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	67	2,3	74	2,5	76	2,3	63	2,0	61	1,8
XV. Gravidez, parto e puerpério	4	0,1	5	0,2	5	0,2	3	0,1	1	0,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	39	1,3	40	1,3	47	1,5	41	1,3	51	1,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	27	0,9	30	1,0	31	1,0	28	0,9	33	0,9
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	37	1,2	54	1,8	50	1,5	41	1,3	40	1,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	376	12,7	434	14,4	436	13,5	360	11,5	458	13,2
Total	2968	100,0	3008	100,0	3238	100,0	3119	100,0	3481	100,0

Fonte: SIM/DATASUS

A taxa de mortalidade prematura está demonstrada no Quadro 03, por meio do qual se observa que o conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis manteve-se estável no período entre 2008 a 2012.

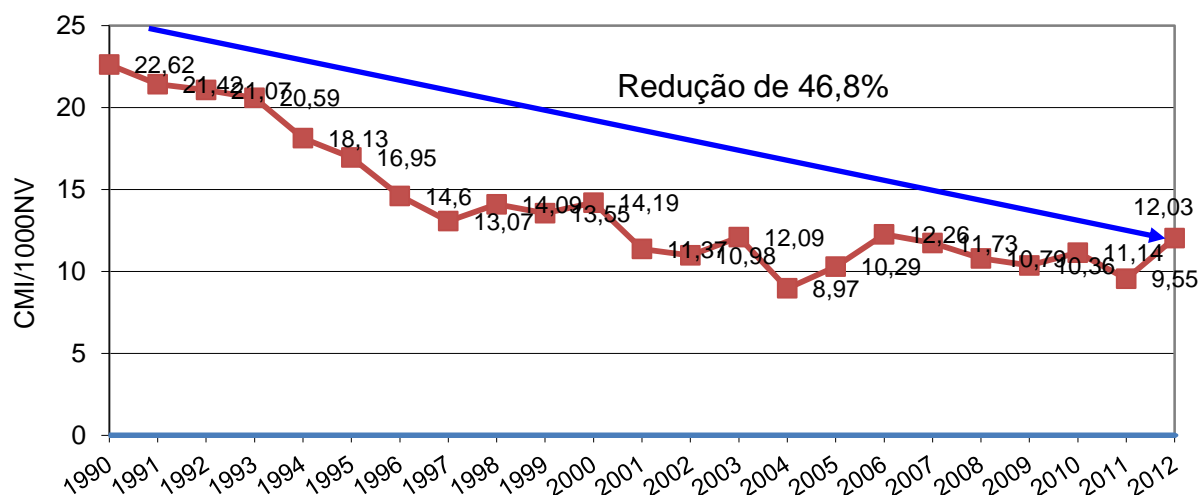
Quadro 03 – Outros indicadores de mortalidade proporcional, residentes em Londrina, 2008 a 2012

Indicadores de mortalidade	2008	2009	2010	2011	2012
Total de óbitos	2968	3008	3238	3119	3481
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,88	5,89	6,39	6,10	6,75
% óbitos por causas mal definidas	1,25	1,49	1,45	1,35	1,13
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas - por 1.000 hab., de 30 a 69 anos de idade)	3,46	2,84	3,32	3,25	3,49

Fonte: SIM/DATASUS/IBGE

Relativo à mortalidade infantil de Londrina no ano de 2012 ocorreram 86 óbitos de crianças menores de 1 ano residentes em Londrina. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para 2012 foi de 12,03 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Em 1990, esse valor era de 22,62 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos (NV), sendo que a redução para o período de 1990 a 2012 foi de 16,8%. Nos últimos 15 anos o CMI de Londrina tem apresentado valores entre 10 e 14 óbitos por cada grupo de 1.000 nascidos vivos; em 2004 registrou-se o menor valor observado, que foi de 8,97/1000 NV e em 2011 o segundo menor índice alcançado pelo Município (Figura 8).

Figura 8 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, série histórica de Londrina, 1990 a 2012*

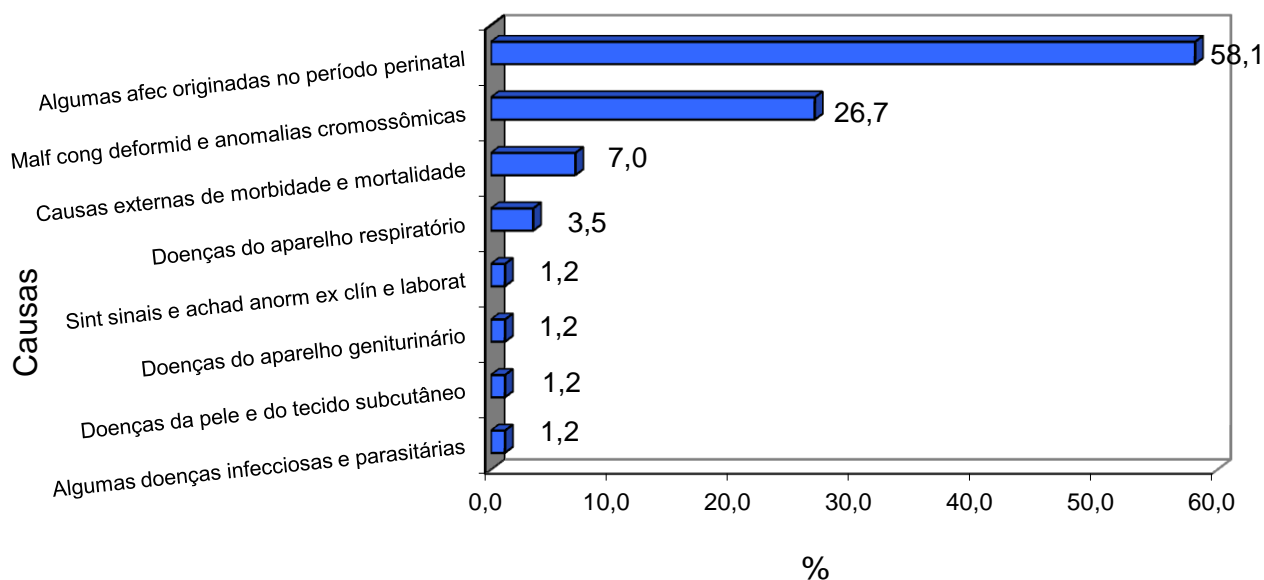


* 2012- Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Fonte: 1990 a 2009- Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Paraná/Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde/Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. 2010 e 2012 - PML/AMS/DVS/GE/NIM/SIM.

Do total de mortes de crianças menores de 1 ano, atribui-se às afecções do período perinatal como causa de 58,1% (50 casos). As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas foram a segunda causa mais frequente, com 26,7% (23 casos) e as mortes por causas externas foram responsáveis por 6 óbitos (7,0%). As demais causas representaram 8,2% do total de óbitos infantis (Figura 9).

Figura 9 - Mortalidade infantil, segundo grupos de causas, ocorrência e residentes em Londrina, 2012*



* 2012 - Dados preliminares, sujeitos a alterações.
 Fonte: PML/AMS/DVS/GE/NIM/SIM.

Londrina apresenta Índice de Mortalidade considerado baixo pela OMS, que classifica como Mortalidade Infantil alta quando ocorre uma média de 50 ou mais mortes de crianças de até um ano de idade entre 1.000 nascidos vivos; média quando fica há de 20 a 49 óbitos por 1.000 nascidos e, baixa quando o índice fica abaixo de 20 mortes. A Tabela 32 apresenta Coeficientes de Mortalidade Infantil comparativos, de 2006 a 2011.

Tabela 32 - Coeficientes de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos), Brasil, Região Sul, Estado do Paraná e Londrina, 2006 a 2011.

	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Brasil	13,49	13,8	14,8	15,0	15,7	16,4
Região Sul	11,57	11,3	11,8	12,6	12,9	13,3
Paraná	11,57	12,0	12,4	13,1	13,2	14,0
Londrina	9,55	11,1	10,3	10,7	11,7	12,2

Do total de óbitos infantis de residentes ocorridos em Londrina, 67,4% aconteceram no período neonatal, que compreende do nascimento até o 28º

dia de vida. Entre as mortes deste período, 41 foram no período neonatal precoce, que vai do nascimento até 7º dia de vida e 17 foram no período neonatal tardio, que é do 7º dia de vida até o 27º dia. O período pós-neonatal representou 32,5% dos óbitos de crianças acima de 28 dias até um ano de idade. Os Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal de 1995 a 2012 estão apresentados na Tabela 33.

Tabela 33 - Coeficientes de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-neonatal (por 1000 nascidos vivos), residentes em Londrina, 1995 a 2012*.

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
2008	8,01	2,77	10,79
2009	6,10	4,11	10,67
2010	7,81	3,47	11,14
2011	6,84	2,56	9,55
2012	8,11	3,91	12,03

Fonte: AMS/DVS/GES/Sistema de Informações sobre Mortalidade 2012* Dados preliminares.

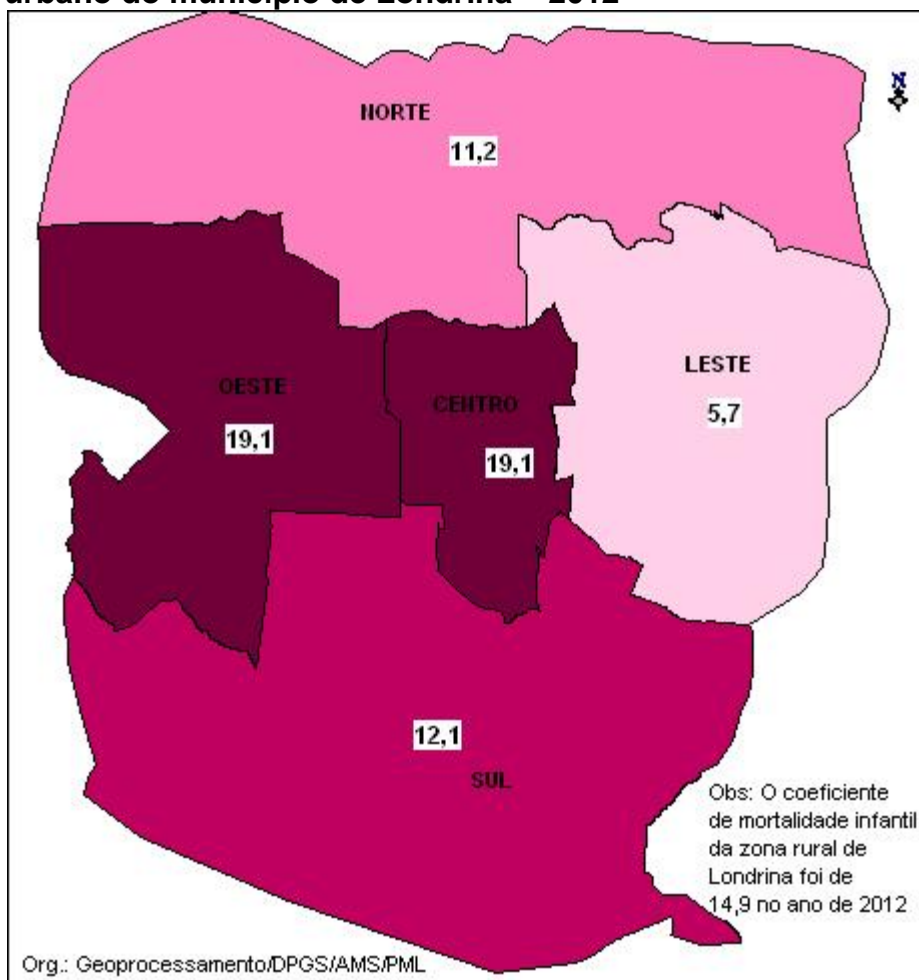
No Quadro 4 observa-se aumento do número absoluto de óbito infantil e taxa de mortalidade infantil nos últimos 5 anos. Quanto à taxa de mortalidade perinatal houve um pico em 2008, enquanto que nos anos 2009 a 2012 manteve-se na média.

Quadro 4 – Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade (por 1000 nascidos vivos), residentes em Londrina, 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Óbito infantil (número absoluto)	71	69	78	67	86
Taxa de mortalidade infantil	10,73	10,21	11,28	9,54	12,03
Taxa de mortalidade perinatal	13,63	12,17	12,06	12,02	12,09

Fonte: SINASC/SIM/Ministério da Saúde/DATASUS

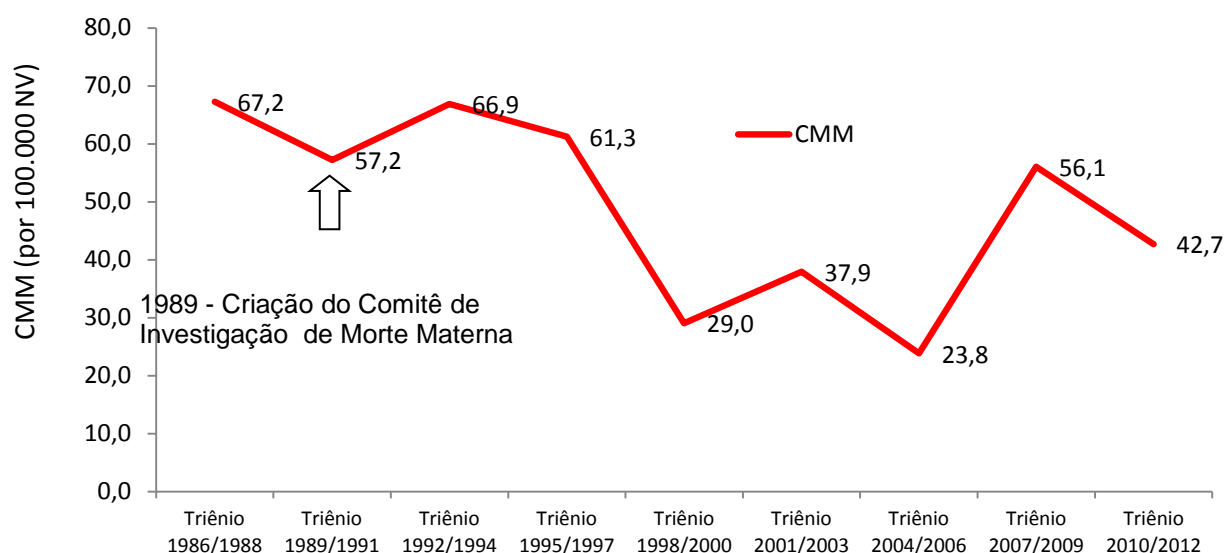
Figura 10 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por região, no espaço urbano do município de Londrina – 2012



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.

Os óbitos maternos foram reduzidos em 25,3% entre os triênios 1989-1991, triênio em que foi criado o Comitê de Investigação de Morte Materna e o triênio 2010-2012. A Figura 6 mostra a evolução destes valores de 1986 a 2012, sendo o maior valor de 67,2/100.000 NV e o menor de 23,8/100.000 NV, para os triênios 1986/1988 e 2004/2006, respectivamente.

Figura 11 - Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM por 100000 Nascidos Vivos), por triênios, 1986 a 2012, residentes em Londrina



Fonte: NIM/DVS/GE/AMS/PML.

No Quadro 5 identifica-se diminuição no número de casos e taxa de mortalidade materna nos anos de 2011 e 2012.

Quadro 5 – Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), residentes em Londrina, 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Óbito materno (número absoluto)	4	5	5	3	1
Taxa de mortalidade materna	60,44	73,95	72,30	42,72	13,99

Fonte: SINASC/SIM/Ministério da Saúde/DATASUS

A cobertura vacinal para crianças de 1 ano e menos em Londrina é considerada satisfatória pelo Ministério da Saúde (MS), ainda que historicamente o município de Londrina tenha tido dificuldade de alcançar a meta de cobertura mínima, em todas as vacinas, preconizada pelo MS, que é imunizar no mínimo 95% dessa população.

Ao se avaliar o Quadro 5, tem-se a impressão que tem havido incremento na cobertura vacinal, ainda que lento, porém não é o que ocorre. Até 2010 a população do Município sob o foco da Avaliação do Programa de Imunizações (API) do Ministério da Saúde era maior que o número de NV e, a partir de 2011, ocorreu uma inversão, passando o número de NV ficar maior que a população API, levando à interpretação equivocada. A Tabela 34 apresenta comparação entre as coberturas API (oficial) e a cobertura por NV, demonstrando-se que a cobertura do desse último grupo é ainda baixa. Considerando que essa população é a mais próxima da realidade, ações devem ser implantadas/implementadas para que a cobertura seja mais efetiva. Outros indicadores também podem ser observados, como taxa de abandono e cobertura da população residual de 1 e 2 anos, demonstrando insuficiência na cobertura vacinal do Município.

Tabela 34 - Coberturas das vacinas de BCG, Contra Hepatite B, contra Rotavírus, Tetravalente, de menores de 1 ano e residentes em Londrina, 2008 a 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
BCG	99,05%	99,17%	97,65%	108,24%	119,32%
Contra Hepatite B	77,10%	88,07%	85,13%	89,17%	103,78%
Contra Rotavírus	70,56%	82,62%	75,12%	88,74%	93,82%
Tetravalente *	77,98%	89,67%	87,50%	95,09%	98,68%

*Em agosto de 2012 esta vacina foi substituída pela Pentavalente.

Quando analisada individualmente, a vacina BCG é a que tem a mais alta cobertura, ao que se atribui, em parte, porque a Maternidade Municipal Lucila Balallai (MMLB) realiza a vacinação nos recém nascidos (RN) antes da alta hospitalar. No entanto, como o Município realiza partos de mulheres residentes em municípios vizinhos e todos os RN recebem a vacina, a contabilização final se eleva, dando a falsa impressão de uma cobertura ótima.

Em 2012 houve a introdução das vacinas Inativa de Poliomielite e Pentavalente e a divulgação de ambas na mídia fez com que aumentasse a procura pela vacinação, contribuindo para a cobertura destas e de outras vacinas. A introdução da vacina Pentavalente também influenciou para ao aumento da cobertura de vacina contra Hepatite B (Quadro 6).

Quadro 6 - Comparação da cobertura vacinal, 2012, entre população API e nascidos vivos, Londrina.

Vacina	Cobertura API	Cobertura Nasc. Vivos
BCG	119,32%	110,26%
Contra Hepatite B	103,78%	95,90%
Rotavírus	93,82%	86,70%
Poliomielite oral	99,92%	92,34%
Tetraivalente	98,66%	91,17%
Tríplice viral	98,53%	91,05%
Contra Febre Amarela	86,48%	79,92%
Pneumo 10	91,91%	84,93%
Meningo C	97,33%	89,94%

Nos últimos 2 anos várias ações têm sido realizadas para elevar a cobertura vacinal, pela Coordenadoria de Imunização em conjunto com a Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DAPS). Nos anos de 2012 e 2013 foi realizado monitoramento de cobertura com metodologia própria do Município e, anual e semestralmente, são realizadas discussões acerca das coberturas vacinais com as Coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e internamente nas UBS de forma constante.

Em 2013 foi iniciada capacitação para todos os vacinadores, enfocando aspectos técnicos e operacionais da vacinação. A Tabela 35 apresenta a cobertura vacinal para pessoas com 60 anos ou mais, demonstrando evolução anual da cobertura. Salienta-se que até 2009 a meta era 60% de cobertura e que essa tem sido elevada anualmente, sendo que para o ano de 2013 a proposta é 80%.

Tabela 35 - Cobertura das campanhas de Influenza para população de 60 anos ou mais, Londrina, 2008 a 2012.

ANO	COBERTURA %
2008	68,71
2009	69,50
2010	77,89

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

2011	82,03
2012	83,89

A tabela 36 ilustra importante aumento de casos detectados de hepatite B em 2012 (192). Quanto à hepatite C houve discreto decréscimo em 2012 (48), e quanto às ocorrências de hepatite A, passaram de 127 casos em 2008 para 4 em 2012. Em relação a intoxicações por agrotóxicos, manteve-se a incidência, enquanto que os casos de intoxicações por medicamentos houve aumento nos anos de 2011 e 2012. Considerando as intoxicações por pesticidas domésticos, manteve-se a incidência, com exceção do pico apresentado em 2010. Quanto aos casos de dengue, 2011 foi marcado por uma epidemia, com incidência de 1457,5/100.000 habitantes. Quanto à malária houve aumento entre os anos de 2010 e 2012. Houve pouca oscilação quanto à incidência de doença meningocócica no período de 2008 a 2012, à exceção de 2011, quando não foi registrado nenhum caso. Quanto à meningite viral, houve dois picos de manifestação importantes, em 2008 e 2011. Quanto à tuberculose, a maior incidência apresentada foi em 2011, 30,7/100.000 habitantes, com 157 casos. Em 2010 com a notificação de casos graves e surtos de varicela, houve aumento do número de casos detectados. Para a hanseníase a maior incidência foi registrada em 2008 (9,5/100.000 hab.) e em relação aos casos de AIDS, em pessoas com 13 anos ou mais, a maior detecção deu-se em 2009, com 116 casos e incidência de 27,9/100.000 hab.

Tabela 36 – Doenças de notificação compulsória, número de casos e incidência por 100.000 habitantes residentes em Londrina, 2008 a 2012

Doença notificação de	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.
Hepatite B	78	15,4	105	20,6	110	21,7	126	24,6	192	37,2
Hepatite C	60	11,9	39	7,6	71	14,0	69	13,5	48	9,3
Hepatite A	127	25,1	0	0,0	1	0,2	2	0,4	4	0,8
Intoxicações por agrotóxico agrícola	23	4,6	21	4,1	18	3,6	24	4,7	25	4,8
Intoxicações por medic.	205	40,6	205	40,1	207	40,9	294	57,5	291	56,4
Intoxicações por pesticidas domésticos	15	3,0	18	3,5	29	5,7	22	4,3	24	4,7

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Dengue	154	30,5	105	20,6	1985	391,7	7452	1457,5	102	19,8
Malária	1	0,2	1	0,2	3	0,6	5	1,0	4	0,8
Doença meningocócica	2	0,4	3	0,6	4	0,8	0	0,0	2	0,4
Meningite viral	152	30,1	90	17,6	51	10,1	135	26,4	69	13,4
Meningite bacteriana	19	3,8	24	4,7	19	3,7	37	7,2	27	5,2
Meningite não especificada	3	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Tétano										
Acidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Tuberculose	134	26,5	135	26,4	135	26,6	157	30,7	149	28,9
Varicela	0	0,0	0	0,0	18	3,6	20	3,9	37	7,2
Hanseníase	48	9,5	32	6,3	39	7,7	21	4,1	44	8,5
Taxa incidência AIDS 13 anos ou mais de idade	98	24,0	116	27,9	89	21,3	99	23,5	71	16,7

Fonte: SINAN/IBGE/DATASUS

Os agravos relacionados ao trabalhador passaram a ser de notificação compulsória a partir da Portaria Nº 777/2004, substituída pela Portaria GM/MS Nº 104 de 25/01/2011. São considerados agravos dessa natureza as lesões por esforço repetitivo (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), estabelecimento de nexos e investigação epidemiológica pela equipe do NAST/Gerência de Vigilância Epidemiológica, após atendimento.

Tabela 37 - Investigação de LER/DORT: frequência segundo ano da notificação, Londrina, 2011 a 2013

Ano da Notificação	Frequência
2011	3
2012	94
2013	57
Total	154

Fonte: SINAN NET

Tabela 38 - Investigação de intoxicação exógena: frequência por exposição trabalho segundo ano da notificação, Londrina, 2011 a 2013

Ano da Notificação	Ign/Branco	Sim	Não	Total
2011	229	43	759	1031
2012	76	27	749	852
2013	41	31	312	384

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Total	346	101	1820	2267
-------	-----	-----	------	------

Fonte: SINAN NET

Quanto à tabela 38, as intoxicações exógenas são notificadas pelos diversos serviços de saúde do Município. Do total de 2.267 notificações registradas nos últimos anos, somente 101 foram decorrentes de exposição relacionada ao trabalho. Destaca-se a urgência de orientação e sensibilização para a melhoria das informações desse campo de preenchimento, pois o número de casos ignorados e em branco são consideráveis (346), apresentando-se como potencial para poder ter sido relacionados ao trabalho.

Tabela 39 - Investigação de câncer relacionado ao trabalho: frequência segundo ano da notificação, Londrina, 2013

<u>Ano da Notificação</u>	<u>Frequência</u>
2013	28
Total	28

Fonte: SINAN NET

A incidência de câncer relacionado ao trabalho é notificada pelo hospital de referência, após busca ativa, identificação, anamnese ocupacional e estabelecimento de nexo causal.

Tabela 40 - Investigação de acidente grave de trabalho: frequência por local segundo ano da notificação, Londrina, 2011 a 2013

<u>Ano da Notificação</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
Ign/Branco	6	3	1
Instalações contratante	60	112	103
Via pública	65	143	119
Instalações de terceiros	9	37	22
Domicílio próprio	1	8	2
Total	141	303	247

Fonte: SINAN NET

Os casos de acidentes graves de trabalho são notificados pelos serviços de atendimento de urgência e emergência e enviados à Gerência de Epidemiologia para investigação epidemiológica dos mesmos.

Quanto à frequência de acidentes por local de ocorrência, destacam-se os ocorridos em via pública, que podem estar relacionados à violência urbana.

Tabela 41 - Investigação de acidente com material biológico: frequência por circunstância do acidente, segundo ano da notificação, Londrina, 2011-2013

Ano da Notific	2011	2012	2013
Ign/Branco	5	10	3
Adm. med. endovenosa	19	29	18
Adm. med. intramuscular	13	15	4
Adm. med. subcutânea	11	28	6
Adm. med. intradérmica	2	2	0
Punção coleta	22	39	15
Punção NE	15	25	9
Descarte inadeq. lixo	21	26	22
Descarte inadeq. chao	20	44	14
Lavanderia	4	5	2
Lavagem de material	9	11	3
Manip caixa perfuro/cortante	26	16	9
Proced. cirúrgico	55	51	32
Proced. odontológico	19	15	6
Proced. laboratorial	15	6	6
Dextro	17	16	15
Reencape	4	4	6
Outros	63	87	38
Total	340	429	208

Fonte: SINAN NET

Os casos de acidente por exposição à material biológico são notificados pelas unidades de referência para o primeiro atendimento e enviadas para a gerência de epidemiologia, para investigação epidemiológica dos casos.

No ano de 2011 as circunstâncias dos acidentes que mais se destacaram foram procedimentos cirúrgicos com 55 casos, seguidos por manipulação caixa/recipiente de descarte de perfurocortante com 26 casos e 22 ocorrências durante procedimento de punção em coleta de sangue (Tabela 41).

No ano de 2012, novamente os procedimentos cirúrgicos aparecem como principal causa de ocorrência, apresentando 51 casos, seguido de descarte inadequado de material perfurocortante disposto no chão em 44 casos e 39 ocorrências nos procedimento de punção de coleta de sangue (Tabela 41).

Tabela 42 - Investigação de dermatose ocupacional: frequência segundo ano da notificação, Londrina, 2011 a 2013

<u>Ano da Notificação</u>	<u>Frequência</u>
2011	2
2012	1
2013	1
Total	4

Fonte: SINAN NET

Os casos de dermatose ocupacional são notificados pela Gerência de Epidemiologia do NAST, após atendimento, anamnese ocupacional e estabelecimento denexo causal (Tabela 42).

Tabela 43 - Investigação de pneumoconiose: frequência segundo ano da notificação, Londrina, 2012

<u>Unidade de saúde de notificação</u>	<u>Nov.</u>
Hospital Universitário	1
Total	1

Fonte: SINAN NET

Ocorre subnotificação dos casos de pneumoconiose, sendo necessária a realização de sensibilização e capacitação do serviço de referência para atendimento, estabelecimento de nexoe notificação dos casos.

Tabela 44 - Investigação de transtorno mental: frequência segundo ano da notificação, Londrina, 2010 e 2012

<u>Ano Notificação</u>	<u>Frequência</u>
2010	1
2012	4
Total	5

Fonte: SINAN NET

A Tabela 44 demonstra a ocorrência de transtorno mental relacionado ao trabalho são notificados pela Gerência de Vigilância Epidemiológica/NAST, por meio de atendimento, anamnese ocupacional e estabelecimento de nexo causal. Há parceria com o Departamento de Psicologia Social da UEL, que disponibiliza estagiários para atendimento psicológico desses pacientes.

No Quadro 7 observa-se incremento considerável no número absoluto de casos de sífilis congênita em crianças e sífilis em gestantes, respectivamente de 25 e 39 casos.

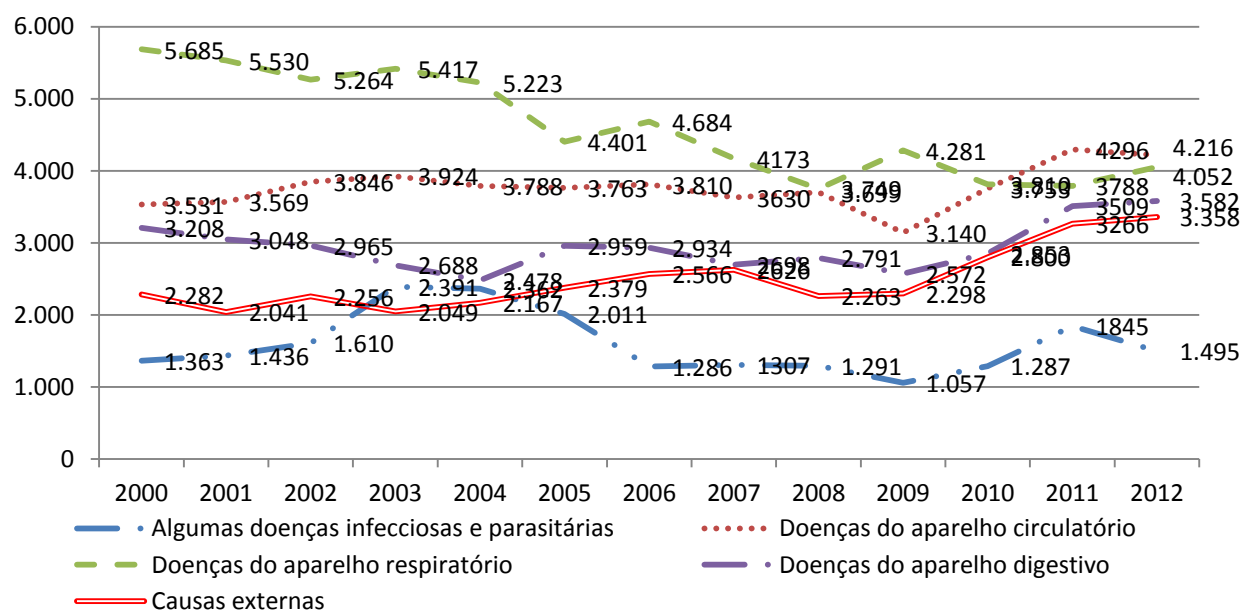
Quadro 7 – Incidência de sífilis congênita e sífilis em gestantes residentes em Londrina, 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Número absoluto de sífilis congênita em crianças	10	18	17	20	35
Número absoluto de sífilis em gestantes	11	14	29	30	50

Fonte: SINAN/DATASUS

As internações por doenças do aparelho respiratório de residentes em Londrina foram a principal causa de 2000 a 2010, porém, as internações por doenças do aparelho circulatório aparecem como importante grupo de causas desde 2009, atingindo 4.216 internações em 2012. As internações por doenças do aparelho digestivo continuam sendo a terceira causa das internações e as causas externas aparecem na sequência, ambas com tendências crescentes desde 2009 (Figura 12).

Figura 12 - Internações por causas selecionadas (CID10), residentes em Londrina, 2000 a 2012



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

As internações hospitalares pelo SUS, de pacientes residentes em Londrina, totalizaram 35.705 casos no ano de 2012 (Tabela 45).

A principal causa das internações foram doenças do aparelho circulatório, que representaram 11,8% (4.216 casos) do total, seguida por doenças do aparelho respiratório, com 11,3% (4.052 casos) acometendo principalmente indivíduos acima de 55 anos. Internações por gravidez, parto e puerpério totalizaram 12,2% do total das internações, por mulheres de 25 a 34 anos.

Quanto à idade dos internados, as doenças do aparelho respiratório foram mais frequentes em crianças até 4 anos, seguida pelo grupo com 65 e mais anos de idade. As doenças do aparelho circulatório foram predominantes entre pessoas de 45 e mais anos. Complicações por causas externas tiveram o ápice das internações em indivíduos de 15 a 24 anos.

Observando a influência apenas etária, a maior incidência das internações deu-se na faixa etária de 65 anos e mais, tendo por principais causas as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e neoplasias. Adolescentes e jovens adultos predominam no grupo dos internados por lesões e envenenamento. Adultos de 25 e 54 anos de idade apresentam maior acometimento por transtornos mentais e comportamentais que necessitam de internação.

Embora o Sistema de Internação Hospitalar (SIH) informe que ocorreram somente sete internações no ano, é provável que tenha havido falha na alimentação da base de dados por parte dos prestadores (Tabela 45).

Tabela 45 - Internações por faixa etária segundo Capítulo CID-10, residentes em Londrina, 2012

Capítulo CID10	1-4a	5-14a	15-14a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65ª e+	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90	77	82	113	166	181	212	483	1.495
Neoplasias (tumores)	44	78	71	124	344	544	561	828	2.607
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	27	18	18	25	25	43	92	269
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	34	25	45	58	88	110	128	175	674
Transtornos mentais e comportamentais	0	1	250	715	796	779	359	63	2.964
Doenças do sistema nervoso	40	40	73	105	114	147	174	302	1.049
Doenças do olho e anexos	3	12	24	19	12	21	40	71	209
Doenças do ouvido e da	5	16	6	2	10	3	0	2	46

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

apófise mastóide									
Doenças do aparelho circulatório	10	18	77	193	355	730	1.076	1.743	4.216
Doenças do aparelho respiratório	723	465	180	184	170	248	342	1.220	4.052
Doenças do aparelho digestivo	82	202	283	405	496	594	603	852	3.582
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	77	78	93	110	109	116	124	229	957
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	17	53	120	170	174	213	188	233	1.170
Doenças do aparelho geniturinário	145	165	228	326	386	390	301	664	2.691
Gravidez, parto e puerpério	0	47	2.299	1.590	418	9	1	0	4.364
Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	3	4	1	0	0	2	554
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	40	82	56	29	16	11	7	7	281
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11	14	40	29	43	62	51	77	335
Lesões enven e alg out conseq causas externas	73	226	715	564	492	481	306	492	3.358
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	3	2	1	0	1	0	7
Contatos com serviços de saúde	8	20	64	289	169	68	85	120	825
Total	1.417	1.646	4.730	5.049	4.385	4.732	4.602	7.655	35.705

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

As internações hospitalares de pacientes do SUS residentes em Londrina no ano de 2012 totalizaram 35.705 casos. As internações por doenças do aparelho circulatório representaram 11,8% (4.216 casos), representando a principal causa do total de internações, seguidas por internações decorrentes de doenças do aparelho respiratório, com 11,3% (4.052 casos). As internações por gravidez, parto e puerpério totalizaram 12,2% do total das internações (Tabela 46).

Tabela 46- Internações por faixa etária segundo Capítulo CID-10, residentes em Londrina, 2012

Capítulo CID10	1-4a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65e+a	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90	77	82	113	166	181	212	483	1.495
Neoplasias (tumores)	44	78	71	124	344	544	561	828	2.607
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	27	18	18	25	25	43	92	269

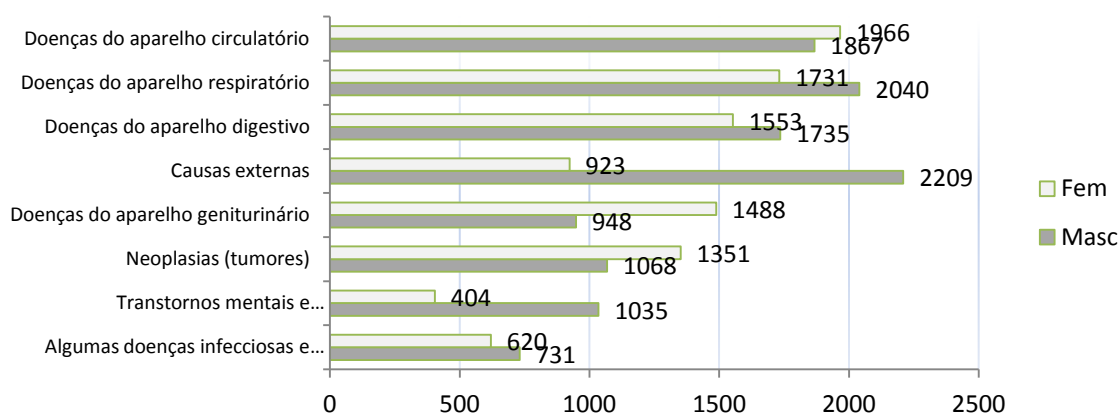
Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	34	25	45	58	88	110	128	175	674
Transtornos mentais e comportamentais	0	1	250	715	796	779	359	63	2.964
Doenças do sistema nervoso	40	40	73	105	114	147	174	302	1.049
Doenças do olho e anexos	3	12	24	19	12	21	40	71	209
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	16	6	2	10	3	0	2	46
Doenças do aparelho circulatório	10	18	77	193	355	730	1.076	1.743	4.216
Doenças do aparelho respiratório	723	465	180	184	170	248	342	1.220	4.052
Doenças do aparelho digestivo	82	202	283	405	496	594	603	852	3.582
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	77	78	93	110	109	116	124	229	957
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	17	53	120	170	174	213	188	233	1.170
Doenças do aparelho geniturinário	145	165	228	326	386	390	301	664	2.691
Gravidez parto e puerpério	0	47	2.299	1.590	418	9	1	0	4.364
Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	3	4	1	0	0	2	554
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	40	82	56	29	16	11	7	7	281
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11	14	40	29	43	62	51	77	335
Lesões enven e alg out conseq causas externas	73	226	715	564	492	481	306	492	3.358
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	3	2	1	0	1	0	7
Contatos com serviços de saúde	8	20	64	289	169	68	85	120	825
Total	1.417	1.646	4.730	5.049	4.385	4.732	4.602	7.655	35.705

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

Em relação à distribuição por sexo, entre os homens prevaleceram as internações por causas externas e doenças do aparelho respiratório e para as mulheres a principal causa de internações foi decorrente de doenças do aparelho circulatório, seguida por doenças do aparelho respiratório. A terceira causa das internações do sexo masculino foi decorrente de doenças do aparelho circulatório e para as do sexo feminino, as doenças do aparelho digestivo (Figura 13).

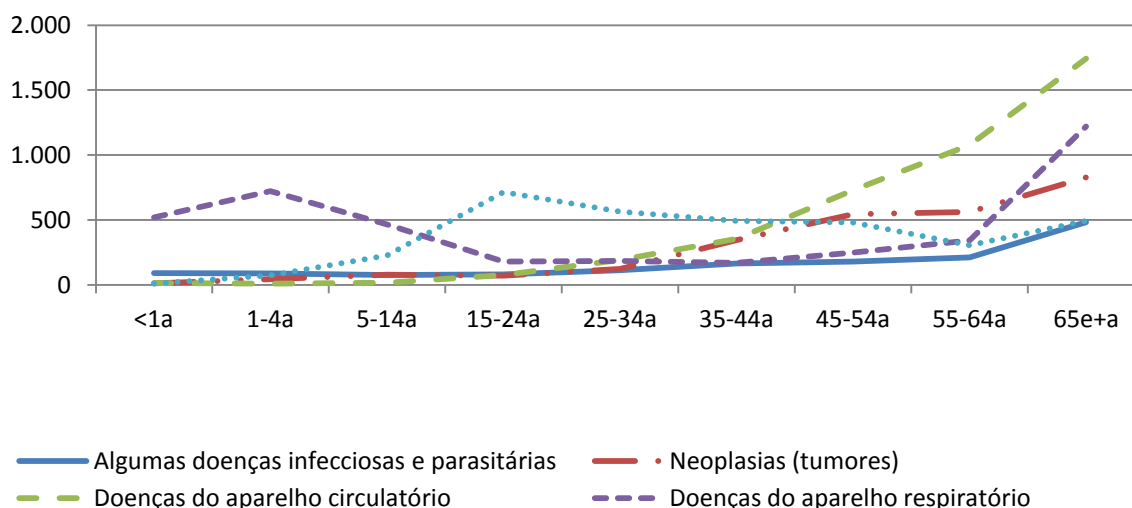
Figura 13 - Internações por causas selecionadas e sexo, residentes em Londrina, 2012



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

Quanto à faixa etária entre as internações, as doenças do aparelho respiratório foram mais frequentes em crianças até 4 anos de idade e as internações por doenças do aparelho circulatório foram predominantes em pessoas de 45 e mais anos. Já as complicações por causas externas tiveram o ápice das internações em indivíduos de 15 a 24 anos (Figura 14).

Figura 14 - Internações por causas selecionadas e idade, residentes em Londrina, 2012



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

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, instituída pela Portaria MS/SAS Nº 221/2008, pode ser instrumento de avaliação da atenção primária, da utilização da atenção hospitalar e pode ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. No período analisado observou-se aumento significativo das internações por condições sensíveis à atenção básica, apontando a necessidade de fortalecimento da assistência em rede, uma vez que esse indicador é utilizado como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família (Quadro 8)

Quadro 8 – Causas de internações sensíveis à atenção básica, residentes em Londrina, 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	0,90	0,79	0,90	1,13	1,11

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

Em relação ao indicador do Quadro 09, observou-se no período analisado incremento significativo na incidência de internações de idosos por fratura de fêmur, podendo ser interpretado como aumento na incidência de acidentes com fraturas nessa faixa etária ou à implementação dos serviços de regulação na área de urgência e nos processos de regulação e auditoria hospitalar, com melhora do acesso aos serviços que realizam tais internações. Independentemente da interpretação conferida, há necessidade de implantação de efetivas ações preventivas junto à população idosa e comunidade, de forma a reduzir acidentes e traumas nessa faixa etária.

Quadro 09 – Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur (por 10.000 habitantes de 60 anos ou mais), residentes em Londrina, 2008 a 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur	12,69	12,13	16,75	19,21	16,15

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

A Tabela 47 demonstra a evolução dos casos de AIDS adulto entre os anos de 2009 a 2013 (até julho). No período analisado prevaleceram casos de

AIDS entre indivíduos de 20 a 39 anos, seguidos pela faixa etária de 40 a 59 anos de idade. Entre adultos de 20 a 39 anos maiores incidências foram observadas no período de 2009 e 2012, no entanto, entre os indivíduos de 40 a 59 anos houve redução no número de casos no mesmo período. Para os indivíduos de 60 anos e mais a maior frequência pôde ser observada no ano de 2011.

Tabela 47 - Investigação de AIDS adulto: frequência por faixa etária, segundo ano do diagnóstico, Londrina, 2009 a 2013

Ano Diagnóstico	10-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60 anos e +	Total
2009	0	65	49	3	117
2010	0	42	43	4	89
2011	1	58	32	8	99
2012	1	64	30	3	98
2013*	0	13	13	0	26
Total	2	242	167	18	429

Fonte: SINAN/DEPIS/GVE. * Dados preliminares até julho.

Quanto à caracterização na faixa etária de 60 anos e mais no período de 2009 a 2012 (Tabela 48), a maioria era do sexo masculino com 12 casos, quanto à escolaridade 83,3% tinham até 8 anos de estudo, na totalidade dos casos, 15 eram heterossexuais e metade dos indivíduos faleceu por AIDS durante o período analisado.

Tabela 48 - Investigação de AIDS na faixa etária de 60 anos e mais, características individuais, segundo ano do diagnóstico, Londrina, 2009 a 2012

Ano Diagnóstico	2009	2010	2011	2012	Total
Masculino	3	4	4	1	12
Feminino	0	0	4	2	6
Total	3	4	8	3	18
Escolaridade					
Analfabeto	0	0	1	0	1
1ª a 4ª série incompleta do EF	2	0	3	2	7
4ª série completa do EF	0	1	2	1	4
5ª a 8ª série incompleta do EF	1	2	0	0	3
Educação superior completa	0	1	2	0	3
Total	3	4	8	3	18
Frequência por Transfusão					
Sim	0	0	1	0	1
Não	3	4	7	3	17
Total	3	4	8	3	18

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Categoria de Exposição					
Homossexual	0	1	1	0	2
Bissexual	0	0	1	0	1
Heterossexual	3	3	6	3	15
Total	3	4	8	3	18
Situação atual					
Vivo	0	1	5	3	9
Óbito por AIDS	3	3	3	0	9
Total	3	4	8	3	18

Fonte: SINAN/DEPIS/GVE.

O Quadro 10 apresenta alguns indicadores relacionados à Atenção Básica.

A média de ação coletiva de escovação dental supervisionada tem se mantido constante em todos os anos avaliados. Para incremento dessa cobertura faz-se necessária a ampliação do número de equipes da Estratégia de Saúde Bucal. As ações coletivas de escovação dental supervisionada são realizadas nas clínicas odontológicas das UBS, nos Centros de Educação Infantil e Escolas Municipais da área de abrangência das UBS em que estão inseridas as Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A proporção de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família tem se mostrado satisfatória. As equipes das UBS acompanham as famílias beneficiadas por esse Programa e a sua cobertura e o acompanhamento tem se mantido constante ao longo dos anos.

A taxa de internação por AVC manteve-se constante, exceto no ano de 2009, quando essa taxa ficou abaixo da média.

Na área de Saúde da Mulher, podemos observar no Quadro 10 aumento gradativo nos indicadores no decorrer dos anos, em razão de exames preventivos (citopatológicos de colo de útero e mamografias) realizados nas mulheres de 50 a 69 anos de idade. O aumento se deve à ampliação do acesso às mulheres ao longo dos anos, com ações de priorização para a faixa etária alvo nas agendas dos exames preventivos por profissionais enfermeiros, campanhas aos sábados para favorecer o acesso de mulheres trabalhadoras, parceria entre as Secretarias Municipais da Saúde e de Políticas para Mulheres, envolvimento do movimento civil Outubro Rosa e abordagem do tema em grupos de saúde nos meses de março e outubro em todas as UBS.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Quanto ao seguimento de pacientes com lesão de alto grau de colo de útero, o Município tem conseguido nos últimos anos realizar o seguimento de 100% das mulheres, sendo que o ano de 2012 ainda não foi encerrado pelo SISCOLO, tendo o Município até dezembro de 2013 para finalizá-lo.

Quadro 10 – Indicadores relacionados à Atenção Básica, residentes em Londrina, 2008 a 2012

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,73	1,39	1,54	1,53	1,41
% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	53,20	58,58	83,57	78,83	82,87
Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações (população acima de 30 anos)*	3,79	2,35	3,88	5,39	4,51
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) - população acima de 30 anos*	21,58	18,58	20,31	20,20	21,19
% de exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária*	0,55	0,58	0,58	0,57	0,60
Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária*	0,34	0,46	0,35	0,38	0,41

* Alteração na fórmula:

1. Internação por AVC – população era acima de 40 anos; fórmula atual trabalha com população acima de 30 anos;
2. Exames citopatológicos - população era de 25 a 59 anos e o denominador era a população total na faixa etária; fórmula atual considera 1/3 da população na faixa etária de 25 a 64 anos. Alteração do denominador em 2011;
3. Mamografias - o denominador era a população total na faixa etária; fórmula atual considera 1/2 da população na faixa etária. Alteração do denominador em 2011.

2.2 Rede física de atendimento em saúde:

Quadro 11 – Estabelecimentos e tipo de prestador, segundo dados do CNES, Londrina, 2012

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Academia da Saúde	2	0	0	0	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1	0	0	0	1
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	0	0	1	0	1
Centro de Atenção psicossocial (CAPS)	3	0	0	0	3

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	52	0	0	0	52
Clinica especializada/ambulatório especializado	5	6	114	0	125
Consultório	5	1	797	0	803
Cooperativa	0	0	5	0	5
Hospital especializado	1	1	6	0	8
Hospital geral	3	2	9	0	14
Hospital dia	0	0	5	0	5
Policlínica	5	3	18	1	27
Pronto atendimento	1	0	0	0	1
Pronto socorro geral	1	0	0	0	1
Secretaria de saúde	3	0	0	0	3
Unidade de atenção à saúde indígena	1	0	0	0	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	1	2	61	0	64
Unidade de vigilância em saúde	1	0	0	0	1
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	12	0	0	0	12
Total	97	15	1016	1	1129

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Quadro 12 – Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado, segundo dados do CNES, Londrina, 2012

Serviço prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde	
			Público	Privado
Internação	13	21	17	20
Ambulatorial	120	957	174	430
Urgência	25	11	3	4
Diagnose e terapia	40	74	11	20
Vig. Epidemiológica e sanitária	3	-	-	-
Farmácia ou cooperativa	3	4	0	0

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Quadro 13 – Leitos de internação por 1.000 habitantes, segundo dados do CNES, Londrina, 2012

Leitos existentes por 1.000 habitantes	3,42
Leitos SUS por 1.000 habitantes	2,25

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/IBGE

Quadro 14 – Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, segundo dados do CNES, Londrina, 2012

TIPO DE LEITO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
Cirúrgico	580	308	272
Clínico	475	351	124

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Complementar	252	133	119
Unidade intermediária neonatal	20	20	0
Unidade isolamento	15	9	6
UTI adulto - tipo I	51	0	51
UTI adulto - tipo II	7	7	0
UTI adulto – tipo III	93	57	36
UTI pediátrica - tipo III	19	15	4
UTI neonatal - tipo III	23	19	4
UTI de queimados	6	6	0
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	10	0	10
Unidade de cuidados intermediários adulto	8	0	8
Obstétrico	103	65	38
Pediátrico	155	125	30
Outras especialidades	349	288	61
Hospital-dia	56	32	24
TOTAL GERAL	1.970	1.302	668

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Quadro 15 – Recursos Humanos (vínculos), segundo categorias selecionadas, Londrina, 2012

Profissionais selecionados	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1000 hab.	Prof SUS/1000 hab.
Médicos	4575	3407	1168	8,9	6,6
Anestesiata	191	164	27	0,4	0,3
Cirurgião Geral	354	299	55	0,7	0,6
Clínico Geral	1221	1073	148	2,4	2,1
Gineco Obstetra	344	193	151	0,7	0,4
Médico de Família	81	80	1	0,2	0,2
Pediatra	310	231	79	0,6	0,4
Psiquiatra	66	41	25	0,1	0,1
Radiologista	117	75	42	0,2	0,1
Cirurgião dentista	678	256	422	1,3	0,5
Enfermeiro	737	657	80	1,4	1,3
Fisioterapeuta	390	234	156	0,8	0,5
Fonoaudiólogo	89	49	40	0,2	0,1
Nutricionista	72	49	23	0,1	0,1
Farmacêutico	176	150	26	0,3	0,3
Assistente social	76	71	5	0,1	0,1
Psicólogo	263	145	118	0,5	0,3
Auxiliar de Enfermagem	1885	1574	311	3,7	3,1
Técnico de Enfermagem	514	494	20	1,0	1,0
Total	9455	7086	2369	18,3	13,7

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/IBGE

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tem por objetivo desenvolver atenção integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica de acordo com preceitos do SUS. Para o Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer reorientação do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica. Por meio dessa estratégia amplia-se a resolutividade e o impacto positivo na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade.

No município de Londrina a cobertura da Estratégia Saúde da Família apresentou tendência de declínio no período de 2008 a 2011, no entanto em 2012 a cobertura alcançou 50,61%, apresentando um aumento em relação aos dois anos anteriores.

Com relação à cobertura das equipes de Saúde Bucal podemos verificar que esta vem se mantendo baixa em todo o período, de 2008 a 2012. Para que ocorra o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde Bucal é necessário a criação de vagas de profissionais e dentistas e auxiliar de saúde bucal para que sejam cadastradas mais equipes nas Unidades de Saúde. O Quadro 16 apresenta uma série histórica de cobertura de APS, ESF e ESB.

Quadro 16 – Série histórica de cobertura da APS, ESF e ESB, Londrina, 2008 a 2012

Cobertura populacional	2008	2009	2010	2011	2012
Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS	-	-	-	-	52,17
Cobertura da ESF	57,4	50,08	43,85	39,49	50,61
Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	11,61	11,48	11,57	11,57	13,57

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/IBGE

Quadro 17 – Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos, Londrina, 2012

Grupo de Equipamentos	Existentes	Em uso	Disponíveis ao SUS
Equipamentos de audiologia	3	3	2
Equipamentos de diagnóstico por imagem	603	576	111
Equipamentos de infraestrutura	275	265	26
Equipamentos por métodos ópticos	207	199	36
Equipamentos por métodos gráficos	158	145	24
Equipamentos de manutenção da vida	2057	1976	113
Equipamentos de Odontologia	2013	1925	81
Outros equipamentos	413	395	36
Total	5729	5484	429

Fonte: Ministério da Saúde/CNES

Quadro 18 – Número de equipamentos de categorias selecionadas: existentes, em uso e disponíveis para o SUS, segundo categorias dos equipamentos, Londrina, 2012

Equipamento selecionado	Existentes	Em uso	Disponíveis para o SUS
Mamógrafo	14	13	8
Raio X	438	414	53
Tomógrafo Computadorizado	13	12	6
Ressonância Magnética	6	6	4
Ultrassom	119	119	30
Equipo Odontológico Completo	790	785	59
Total	1380	1349	160

Fonte: Ministério da Saúde/CNES

3. SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

3.1. Assistência à Saúde:

3.1.1 Atenção Primária (AP) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Primária no município de Londrina está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família, que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas UBS. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade adscrita.

Ao mesmo tempo em que serve de porta de entrada para o sistema de saúde, a Atenção Primária deve também resolver as necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens. Executa desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, etc.

A Estratégia de Saúde da Família tem apresentado grande potencial de reorientação da Atenção Primária, potencial que se relaciona com as características que convergem para ruptura de modelos assistenciais tradicionais, buscando fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

A Atenção Primária em Londrina é desenvolvida pela Autarquia Municipal de Saúde (AMS), sendo dividida em 6 regiões que dispõem de 52 UBS: 40 na zona urbana e 12 na rural. Todas trabalham com a Estratégia Saúde da Família, conforme Quadro 19. Além das equipes saúde da família, as UBS da zona urbana contam com 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantadas em 2008, constituídas por profissionais de diferentes áreas de saúde (nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física, psicologia), que atuam junto às ESF em seus respectivos territórios.

Quadro 19 – Apresentação das UBS Londrina, ESF, serviço de odontologia e respectiva população, Londrina, 2012

Região	UNIDADES DE SAÚDE	Equipe Saúde da Família	Odont. Saúde Bucal	Odontologia Criança/adolescente/gestante	População abrangência 2010	População - SIAB*
O 1	Alvorada "Dr. Carlos da Costa Branco"	01	-	01	24437	3.429
N 2	Aquiles Stenghel "Maria Anideje de Mello"	02	01	01	18163	9.351
L 3	Armando Guazzi "Dr. Paulo Roberto Moita"	01	01	01	16471	10.606
O 4	Bandeirantes "Dr Rui Viana Júnior"	01	01	01	15582	10.053
N 5	C.H. Newton/Paraty "Dr Bruno Piancastelli Fº."	01	01	01	8543	8.199
S 6	Cafezal " Aníbal Siqueira Cabral"	01	01	01	18461	10.005
N 7	Carnascialli " Ruy Viermond Carnascialli"	02	-	01	10245	7.618

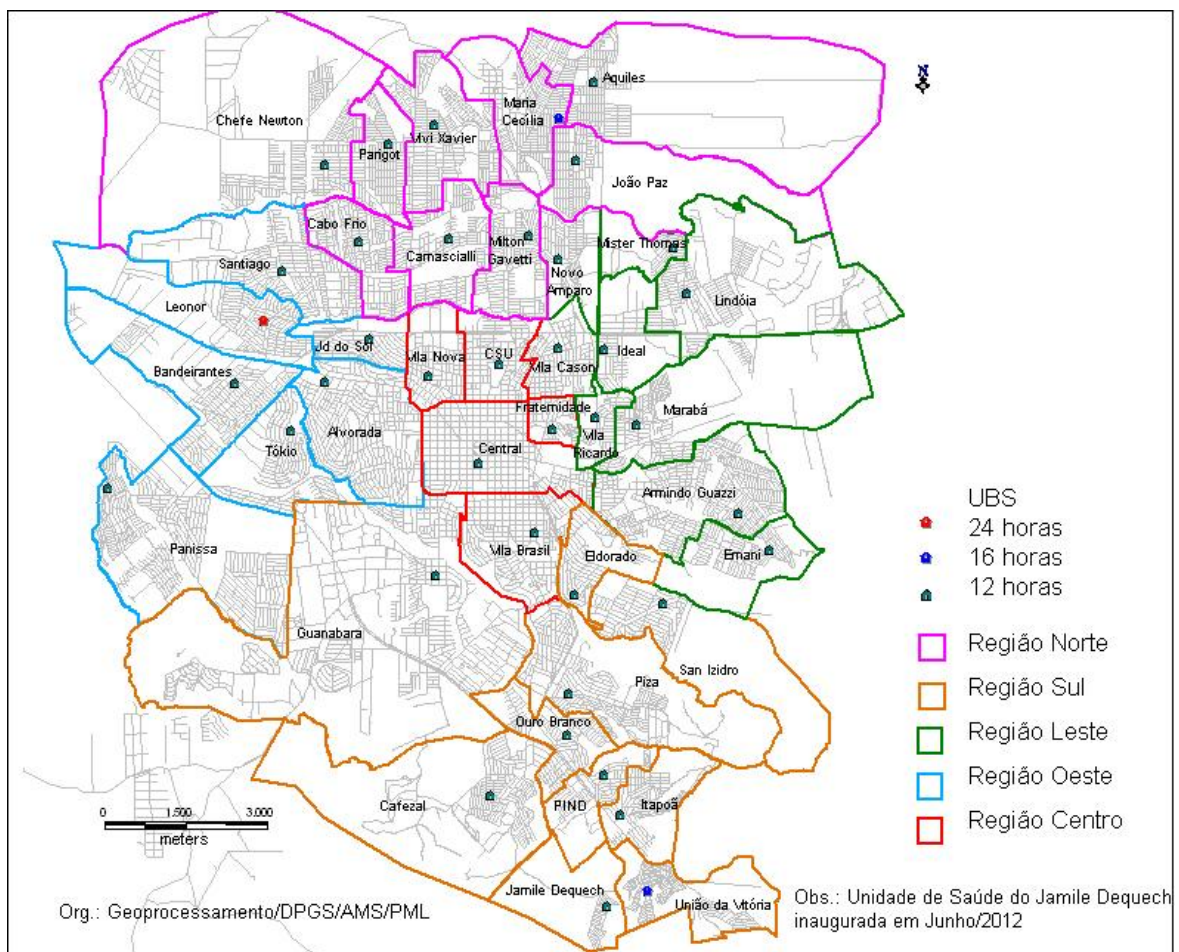
Plano Municipal de Saúde 2014-2017

C 8	CENTRO " Clair A. Pavan"	00	02	-	40702	5.417
C 9	Centro Social Urbano "Dr Ody Silveira"	02	-	02	10064	6.673
S10	Eldorado	01	01	-	9543	5.273
L11	Ernani Moura Lima " Dom Elder Câmara"	01	-	01	7445	4.387
C12	Fraternidade	01	-	-	5046	2.971
C13	Guanabara "Dr Ibrahim Soubhia"	01	-	-	16839	3.784
N14	Imagawa/Cabo Frio "Padre Pedro Jorda Sureda"	02	01	01	11317	12.030
L15	Ideal / PIL "Armando Porto Alegre"	01	00	01	3885	1.649
S16	Itapoã "M.W.K. Kellog"	01	01	02	12138	7.982
S17	Jamile Dequech	01	-	01	4400	2.398
O18	Jardim do Sol "Dr Anísio Figueiredo"	01	00	02	9850	6.354
N19	João Paz " Márcia Andreoni Der Bedrossian"	01	-	02	12296	7.747
O20	Leonor "Hebert de Souza, Betinho"	00	01	01	15923	7.608
L21	Lindóia "Irmã Maria Osvalda Kneer"	01	-	02	10381	7.278
L22	Marabá"Dr. Eugênio Molim"	01	01	02	14771	9.197
N23	Maria Cecília "Dr Orlando Vicentini"	01	01		19450	7.524
N24	Milton Gavetti	01	-	01	8208	3.902
L25	Mister Thomas	01	-	01	4000	2.757
L26	Novo Amparo "Moema"	00	00	02	4440	2.729
S27	Ouro Branco "Dr Luiz Carlos Jeolás"	02	-	02	9568	2.790
O28	Panissa "Avelino Antonio Vieira"	02	01	01	14147	5.664
N29	Parigot de Souza "Dr Mauro R R. Bergonse"	02	-	02	12242	9.362
S30	Parque das Indústrias-"Dr Walter Zamarian"	02	-	01	7883	5.322
S31	Piza/Roseira "Dra Maria do Socorro N. Brito"	03	-	01	14287	10.742
S32	San Izidro "Julinda F. da Cunha Pereira"	01	-	-	6099	2.715
O33	Santiago "Dr Edgard B. Valente"	03	-	02	14722	10.253
O34	Tóquio "Carlos Augusto Mungo Genez"	-	01	01	11826	3.701
S35	União da Vitória "Orlando Cestari"	-	01	01	10680	9.096
C36	Vila Brasil/Flórida "Dr Aroldo M. Sardenberg"	02	-	01	19931	5.902
C37	Vila Casoni "Dr. Newton Leopoldo da Câmara"	01	-	01	11591	3.031
C38	Vila Nova "Luiz Marques de Mendonça"	01	01	-	8721	6.150
L39	Vila Ricardo	02	-	01	9032	4.637
N40	Vivi Xavier "Dr Justiniano Climaco da Silva"	02	-	02	13968	9.669
R41	Guairacá	-	-	-	Pop incluída em Paiquerê	900
R42	Guaravera	01	01	00	4386	2.224
R43	Irerê "Dr Isao Udihara"	01	-	00	2442	2.609
R44	Lerrovilla "João Nicolau"	01	01	00	4260	4.528
R45	Maravilha	01	-	01	1037	1.340
R46	Paiquerê	01	-	01	2954	4.244
R47	Patrimônio Regina	01	01	-	2278	2.911
R48	São Luiz " Waldomiro Pereira Dutra"	01	01	-	1539	870
R49	Patrimônio Selva	01	00	00	2182	1.946
R50	Taquaruna	00	00	00	Pop incluída em Irerê	548
R51	Três Bocas	00	00	00	Pop incluída em Selva	1000

R52	Warta " Gertrudes Stapassoli Herek"	01	00	01	1712	1.901
-----	-------------------------------------	----	----	----	------	-------

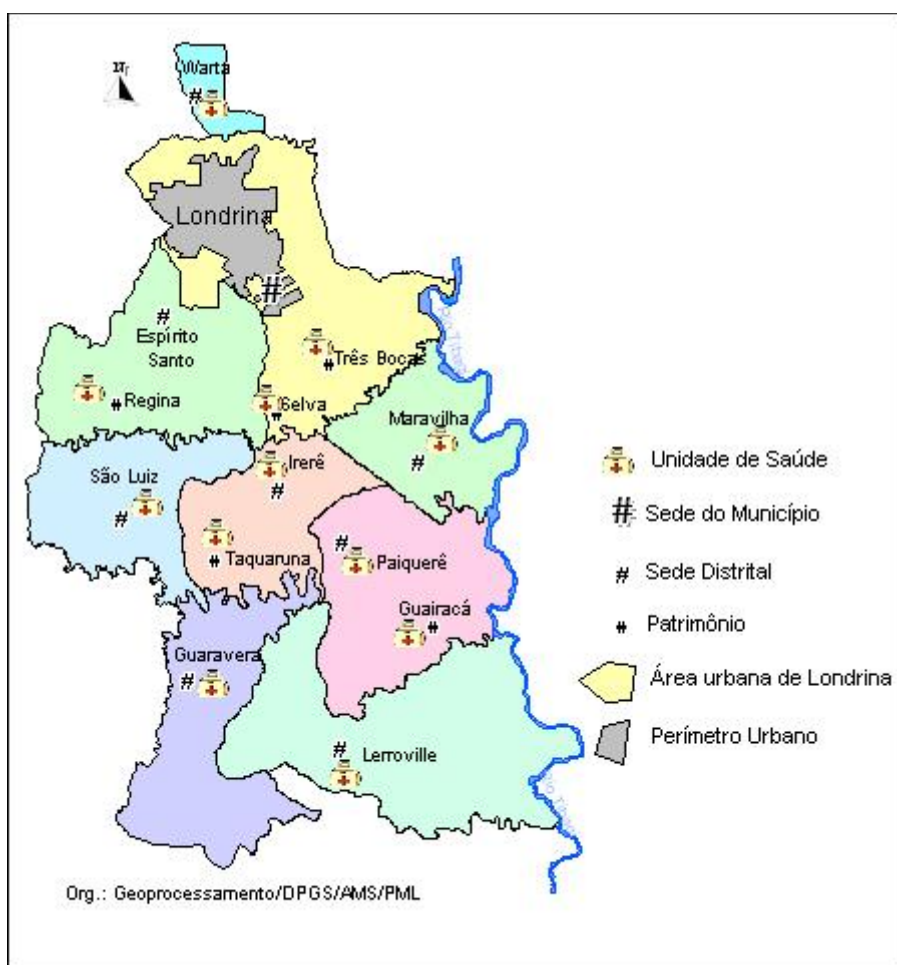
Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. É por meio da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc. Podem ser realizadas ações como consultas médica e odontológica, fisioterapia, nutrição, educação física, psicologia, farmacêutico, ou de enfermagem, até procedimentos como um curativo, controle de PA, etc.

Figura 15 - Áreas de abrangência das UBS localizadas no espaço urbano, por região, Londrina, 2012



Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as UBS 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: autocuidado, 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, melhoria de autoestima (terapia comunitária) etc.

Figura 16 - Distribuição espacial das UBS localizadas no espaço rural, Londrina, 2012



A equipe da UBS presta atendimento à demanda espontânea de seu território de responsabilidade, organiza a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico através de programas específicos. O objetivo desses programas é 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 assistência médica nas unidades de saúde é oferta consultas nas especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de risco habitual, exame ginecológico, inserção de DIU, pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura, avaliação, visitas domiciliares e encaminhamento para outras especialidades quando necessário, entre outras.

A equipe de enfermagem oferece, além da avaliação 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. O profissional enfermeiro apresenta atuação específica realizando consulta de enfermagem a todos os ciclos de vida (criança, adulto, gestante, idoso) com enfoque no pré-natal de risco habitual, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncológica, avaliação dos resultados e tratamento (conforme protocolos existentes), puericultura, doenças crônicas não transmissíveis. É, ainda, responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da UBS.

Para melhor qualificar a Atenção Primária à Saúde e padronizar o processo de trabalho, a SMS estabeleceu como estratégia de gestão a utilização de protocolos clínicos, validados pelas sociedades científicas, órgãos

de classe e universidades. São instrumentos de normatização da atenção à saúde que têm como objetivos: organizar a atenção de acordo com a condição de risco identificado; auxiliar na tomada de decisão na clínica e gestão; capacitar os profissionais na promoção, prevenção e no tratamento dos agravos; estabelecer indicadores a serem monitorados. Os protocolos vigentes são: Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Assistência de Enfermagem, Asma, Fitoterapia e Imunização. Sendo que os da Criança, Adulto e Mulher estão em fase de atualização e estão sendo elaborados: Tratamento de Feridas, Atendimento à Pessoa Vítima de Violência, Terapia Nutricional, Atribuições do NASF (fisioterapia, farmacêutico, nutricionista, psicólogo e educador físico) e Protocolo de Dispensação de Fórmulas Infantis.

Para as áreas de atuação e/ou grupos de população considerados de maior risco ou interesse epidemiológico são desenvolvidos programas por ciclos de vida.

Com o objetivo de ampliar as possibilidades das ESF, no que se refere a resolubilidade e integralidade das ações na atenção básica, estão implantados dez equipes de NASF. Entre as principais atividades desenvolvidas pelos núcleos estão: atuar junto às ESF buscando ampliar as ações de forma multiprofissional para melhoria dos indicadores de saúde da população. Além disto, devem atuar em projetos terapêuticos individuais, por meio de gestão de casos clínicos e atendimento aos usuários em conjunto com as equipes de saúde, visando a redução de agravos à saúde da população.

Faz parte das diretrizes a ampliação dos Programas 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. Ainda se propõe, mediante processo de trabalho das assessorias técnicas de enfermagem e medicina, implantar o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco voltado à Atenção Básica. Tal proposta visa ampliar a resolubilidade das UBS, possibilitando resolver casos de urgência e emergência e redirecionando as queixas eletivas para agendamento e realizando monitoramento, conforme protocolos assistenciais instituídos. Espera-se, dessa forma, resgatar o papel de porta de entrada

ordenadora do sistema, além de ampliar a credibilidade do serviço de Atenção Básica pelos usuários.

A atenção odontológica é desenvolvida por 54 equipes, compostas por cirurgião dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB) distribuídos em 45 UBS, priorizando-se a faixa etária infanto-juvenil e gestantes, conforme Quadro 19. 23 Equipes de Saúde Bucal (ESB), da Estratégia Saúde da Família, ofertam atenção odontológica básica e integral a 18% da população. O Município dispõe de programa de prevenção na área de saúde bucal para o público infantojuvenil, embora a cobertura das equipes de saúde bucal seja considerada baixa.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é referência para casos mais complexos. Casos de urgência são encaminhados ao pronto socorro da Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O CEO foi inaugurado em 8 de Outubro de 2004, sendo o primeiro no Brasil, ou seja, considerado referência nacional no atendimento especializado.

O CEO contribuiu com a ampliação e qualificação da oferta de serviço especializado, pois são referência o serviço odontológico da atenção básica, extensão do Programa de Saúde Bucal (PSB), conforme diretrizes de 2004 da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. O serviço prestado pelo CEO é de média complexidade técnica: cirurgias periodontais e buco-maxilo-facial, tratamento endodôntico, tratamento de pacientes especiais, radiologia e prótese. Considerando a alta demanda por prótese dentária, eventualmente esses serviços são ofertados também em mutirões profissionais, proporcionando reabilitação estética e funcional à população encaminhada a esse serviço.

Para atendimento à demanda de pacientes que não possuem condições sócioeconômicas para acesso a tratamento de saúde estão organizadas ações de apoio social, como: fornecimento de medicamentos que não constam na lista padronizada, transporte clínico agendado, tratamento fora de domicílio e órteses e próteses. Há também ações que visam integrar o usuário às demais políticas públicas setoriais, como: Assistência Social, Idoso, Mulher, Pessoas

com Deficiência e Programa de Economia Solidária. A equipe contribui com o planejamento de ações multiprofissionais na rede de saúde.

Os exames de patologia clínica são solicitados e coletados pelas UBSs e são realizados pelo laboratório municipal CENTROLAB, que faz os exames de bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, hormônios, líquido, urinálise, 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 pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM) e por serviços contratados pelo Município.

- **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)**

O município de Londrina participou do 1º ciclo (2011/2012) do PMAQ com 21 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 27 ESF e 4 ESB.

Esse é um programa federal que tem por principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), garantido o padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB.

As UBS participantes do 1º ciclo foram: Carnascialli, CSU, Vila Brasil, Vila Nova, Bandeirantes, Cabo Frio, Santiago, Ernani, Ideal, Lindóia, Marabá, Parigot, Vivi Xavier, Cafezal, Eldorado, Piza, San Izidro, União Vitória, Paiquerê, Regina e Warta.

Após a avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde, 7,4% das equipes obtiveram certificação muito acima da média, 88,9% obtiveram certificação acima da média e 3,7% com certificação mediana ou um pouco abaixo da média.

No 2º ciclo do PMAQ 2013, o Município contratualizou 78 ESF, 21 ESB, 07 NASF, 2 CEO.

O Programa visa estimular o gestor municipal e também as equipes da AB no diálogo e pactuação, quanto à contratualização ao Programa, com foco na melhoria do acesso e da qualidade da AB.

- **Assistência à Saúde da Criança e Adolescente**

Propõe garantir à criança e ao adolescente um conjunto de ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis. Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até 2 anos de idade com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo-se diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evitando assim desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também se promove o aleitamento materno e a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência. O Programa é desenvolvido pela AB desde a década de 70, sendo periodicamente aprimorada, e em 2013 o processo de trabalho foi reorganizado, consideradas as recomendações atuais do Ministério de Saúde.

No mesmo ano o serviço aderiu Programa Saúde na Escola (PSE), dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído no ano de 2007 pelo Decreto Presidencial Nº 6.286. É um espaço privilegiado para as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando enfrentamento das vulnerabilidades da comunidade escolar que comprometem o pleno desenvolvimento nessa faixa etária. A gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis (pactuadas em Termo de Compromisso), desenvolvidas por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), numa construção em que, tanto o planejamento quanto a execução das ações, são realizados coletivamente, a partir de análises e avaliações realizadas intersetorialmente. O GTI tem a função de programar as ações para execução, monitoramento e acompanhamento.

O Comitê de Estímulo ao Aleitamento Materno de Londrina (CALMA) foi criado em setembro de 1994 e instituído pela SMS por meio do Decreto Nº 245, em 19 de abril de 1995. Seu objetivo é apoiar e integrar as ações das instituições de assistência, ensino e pesquisa de Londrina na promoção,

proteção e manejo do aleitamento materno. As reuniões deste comitê são mensais e regulares. O Comitê possibilita: troca de experiência interinstitucional; promove atualizações e compartilha novas experiências com os profissionais de saúde para a mudança da prática profissional; contribui na reflexão do processo de trabalho das instituições integrantes; promove integração entre os participantes e tem contribuído na formação de profissionais de saúde. Ainda, oferece apoio às instituições de saúde com relação à implementação de ações de promoção, proteção e manejo do aleitamento materno. A SMS entende que este Comitê tem um importante papel na redução da morbimortalidade infantil no município. As ações desenvolvidas pelo CALMA/Londrina foram reconhecidas nacionalmente e alguns profissionais de saúde foram convidados a participar da construção das atuais diretrizes políticas nacionais do Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil. Essa estratégia tem contribuído para a mobilização de ações conjuntas através de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar na AB em todo o país. Integram o CALMA dezenove instituições de ensino, pesquisa e assistência de Londrina e região, instituições públicas, privadas e filantrópicas. As reuniões são mensais, sendo sempre contemplado momento científico de assuntos selecionados pelos integrantes. Anualmente é feita avaliação da participação das instituições integrantes, assim como das ações desenvolvidas em prol do aleitamento materno. Os índices de aleitamento materno no município têm sido avaliados e monitorados por pesquisas realizadas em 2002, 2008 e 2010 e norteado as políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno no Município. A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da AB com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. Essa iniciativa resulta da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova

estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na AB.

Em Londrina realizou-se a implantação e implementação da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS entre 2010 a 2012 e as UBS Piza, São Izidro e Warta receberam certificação do Ministério da Saúde na Rede Amamenta Brasil. Em 2014 será necessário atualizar/capacitar tutores nesta estratégia e reavaliar a o processo iniciado pela Rede Amamenta Brasil e ENPACS, assim como implantar nas unidades que não iniciaram a implantação.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN é um sistema de informação que tem por objetivo fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira. O monitoramento contribui para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais. Detectar precocemente os desvios nutricionais, sejam baixo ou sobre peso/obesidade, pode minimizar ou mesmo evitar as possíveis consequências dessa incidência. A implantação deu-se em 2009, porém houve dificuldades no sistema operacional e com a rede de informática disponível, pretendendo-se implantar novamente o referido sistema no 1ª trimestre/2014.

- **Assistência à Saúde da Mulher**

A política de Saúde da mulher em Londrina tem como objetivo geral a promoção de saúde e prevenção de agravos, baseadas em ações de atenção integral á saúde, perpassando todas as fases biológicas da vida mulher. Uma equipe multiprofissional e transdisciplinar vinculada à rede de assistência intersetorial realiza as ações voltadas a esse grupo na AB, dentro da Estratégia Saúde da Família, com o auxílio das equipes NASF.

No intuito de direcionar e padronizar essa assistência, o Município instituiu Protocolo Clínico de Saúde da Mulher em 2006, acerca das ações voltadas à atenção integral à gestante de risco habitual e puérpera, detecção e controle do câncer de colo de útero e mama e planejamento familiar.

Atenção ao pré-natal e puerpério

O acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico- puerperal se dá com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.

Segundo as evidências internacionais, um pré-natal pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros obstetras ou generalistas capacitadas, esta diretriz também é recomendada pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina dentro de seu protocolo de assistência específico.

Entretanto é importante alertarmos que uma assistência integral não se faz apenas com consultas, nem apenas por médicos e enfermeiras, por mais competentes, habilidosos ou envolvidos que sejam. Pois integralidade da assistência se faz por meio de múltiplos olhares. Em outras palavras significa o envolvimento de uma equipe multi e transdisciplinar exemplificada pela equipe mínima da Estratégia Saúde da Família incluindo agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Mas também pela equipe de apoio formada por assistentes administrativos, serviços gerais, médicos pediatras, gineco-obstetras, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, educadores físicos, nutricionistas e tantos outros que compor o trabalho na atenção primária em saúde. É assim, através deste modelo que o município reduziu e vem controlando os números de mortalidade materno-infantil.

Para aprimorar o cuidado a Secretaria de Saúde está atualizando o Protocolo de Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco, implantado na Secretaria de Saúde desde 2006. A revisão está sendo realizada por comissão multiprofissional e intersetorial, tendo como diretrizes o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Assistência ao Pré-natal de baixo risco (2012).

Foi elaborado e enviado para apreciação e discussão do Comitê Municipal de Urgência e Emergência proposta de Acolhimento com avaliação e classificação de risco para gestantes, fetos e puérperas, com o objetivo de agilizar e padronizar o atendimento de Urgência prestado pela rede de serviços de saúde de Londrina para o momento gravídico puerperal.

Ocorreu a adesão do município à Rede Mãe Paranaense, que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida no estado do Paraná. Dentro desta proposta o município realizou no ano de 2012 duas oficinas do Programa de Qualificação da Atenção Primária - APSUS com o tema, para planejamento local e municipal da rede de assistência materno-infantil.

Outra estratégia que o município aderiu foi a Rede Cegonha (portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011), um projeto do governo federal que objetiva a reorganização da rede de assistência materno-infantil inclusive com financiamento federal para o município.

Desta forma com base na Rede Mãe Paranaense e Rede Cegonha o município está reorganizando a assistência obstétrica. Na atenção primária são realizadas consultas de pré-natal de baixo risco (risco habitual) em todas as Unidades de Saúde, que também realizam visitas domiciliares para acompanhamento da gestante, busca ativa das faltosas e acompanhamento das puérperas. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas para o ambulatório de patologia obstétrica, mas permanece vinculada a equipe de saúde da atenção primária para o melhor acompanhamento. O município e região contam agora com 2 ambulatórios de Alto Risco, no Hospital Universitário – HC e no Hospital Evangélico – Alto da Colina.

Há 2 anos foi criado relatório para monitoramento e avaliação das gestantes cadastradas no programa de pré-natal do município onde as UBS mensalmente relatam à Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DAPS as informações das gestantes cadastradas no serviço. E também utilizamos como ferramenta de monitoramento o SISPRENAL WEB, desde 2012.

Está previsto para o segundo semestre de 2013 a implantação de novos exames para o pré-natal como: eletroforese de hemoglobina, pesquisa de proteinúria e teste rápido de gravidez, com vistas à captação precoce e início do pré-natal e verificação de alterações que possam resultar em aumento da morbimortalidade materno-infantil.

Encontra em andamento o projeto para reforma e ampliação, ambiência e equipamentos para os 3 hospitais que prestam assistência ao parto no SUS, no valor estimado de 300 mil Reais para cada Hospital (HURNPR, AEBEL e MMLB). Na maternidade Municipal Lucilla Ballalai está previsto a construção de Centro de Parto Normal (CPN) Peri hospitalar com 5 leitos, tendo como financiamento estimado para construção e equipamentos R\$ 705.000,00 sendo o custeio parcialmente financiado pelo Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal.

Prevenção do câncer de colo de útero e detecção precoce do câncer de mama

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades.

O Câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

Para direcionar as ações da Secretaria de Saúde, as equipes da Atenção Primária usam o Protocolo Clínico como linha guia na realização da coleta de preventivo de colo de útero e exame clínico das mamas, e sequenciar o encaminhamento das pacientes com alterações nos exames.

A cobertura destes programas é avaliada pela secretaria de saúde através de relatório mensal, e o seguimento das pacientes com alteração nos exames é realizado pela equipe através de registros de controle da Unidade de Saúde e Sistema Ministerial, Siscolo e Sismama, que foi unificado em um sistema único denominado SISCAN WEB, iniciado em agosto de 2013.

Para ampliar o acesso das pacientes aos exames a Secretaria realiza no mínimo 2 campanhas anuais, uma no mês de março para comemorar o Mês da Mulher, e outra em outubro com parcerias com o movimento Outubro Rosa.

Programa de Planejamento Familiar

A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento.

O Programa de Planejamento Familiar está em vigor no município de Londrina desde outubro de 1994, e hoje é ofertado em todas as Unidades de Saúde, bem como nos serviços de referência.

A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade, bem como das alternativas de métodos existentes para o efetivo planejamento, e encaminhamentos para especialidades se assim necessário.

Rede de Proteção à Criança e Adolescente, mulher Vítimas de Violência

A violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos, que envolve práticas em diferentes níveis.

A violência tem trazido impacto na saúde da população, seja sobre a mortalidade, morbidade e custos para o sistema de saúde. No Brasil, a violência adquiriu um caráter epidêmico, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz. A violência é um fenômeno complexo e apresenta múltiplos fatores causais e, portanto, implica

necessariamente ações articuladas entre diversos setores e instituições do poder público e da sociedade para o seu enfrentamento.

O protocolo de atendimento às pessoas vítimas de violência doméstica e/ou sexual e outras violências está em construção em conjunto com outras diretorias e vai abordar todos os ciclos de vida, além de conter as orientações de acolhimento, assistência, notificação, tratamento, fluxogramas de encaminhamento e acompanhamento dos casos.

Capacitações com as equipes das UBS estão sendo construídas para ser implementadas em 2013.

Considerando que a violência possui causas multifatoriais e necessita de uma intervenção interdisciplinar para o atendimento resolutivo, o médico, o assistente social, a equipe de enfermagem, o psicólogo, o agente comunitário de saúde e outros profissionais que possuem contato direto com o usuário têm uma importância crucial na identificação, notificação e intervenção das situações de violência dentro de suas especificidades.

Trabalhar de forma interdisciplinar possibilita uma discussão sobre os desfechos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas, que podem acabar afastando a família. Nas situações de violência contra a criança, os profissionais ficam entre os deveres de proteger a criança, de tratá-la clinicamente, de mantê-la junto à família e de melhorar as relações familiares. Ressalta-se que a violência, na esfera pública ou privada da família, coloca a criança/adolescente vítima de maus-tratos diante de um verdadeiro pacto de silêncio, do qual fazem parte os pais, os familiares, os vizinhos, os profissionais de saúde, educação, justiça e segurança pública.

O Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Lei Federal nº. 8.069/1990) – resgata a cidadania da criança por meio da doutrina da proteção integral. Essa lei tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra criança ou adolescente (artigos 13 e 245), e os profissionais de saúde e educação passaram a ter uma razão prática para proceder à notificação: o dever previsto em lei.

Por meio da notificação, cria-se o elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da

atuação fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência. Dessa forma, o profissional de saúde deve priorizar a assistência à criança/adolescente e a sua família e encaminhar para a intervenção intersetorial: órgãos de proteção, responsabilização e atendimento.

Assim, o papel dos profissionais de saúde é de prevenir, atender e notificar. Não cabendo a esses profissionais investigar a situação de violência.

No dicionário de português, a palavra “violência” envolve atuação com base no uso de força, “constrangimento, físico ou moral, exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem” (MICHAELIS, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como: “O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (OMS Apud BRASIL, 2005 p.7).

A assistência à mulher vítima de violência sexual é realizada pelo Programa Rosa Viva, que foi concretizado através de parceria entre a Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Municipal de Saúde. O atendimento é realizado na Maternidade Municipal com assistência multiprofissional, o atendimento é 24 horas.

A Secretaria de Saúde está elaborando Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e/ ou Sexual e outras Violências, e para sensibilizar os profissionais de saúde no reconhecimento de situações de violência e notificação dos casos, a secretaria de Saúde/ Rede de Enfrentamento à violência da Mulher está realizando oficinas de trabalho nas Unidades de Saúde do Município.

Saúde do Adulto e Idoso

O Programa de atenção ao adulto e idoso do município, além de incentivar a adoção de um estilo de vida saudável pela comunidade, tem como objetivo a prevenção dos principais fatores de risco à saúde nestas faixas

etárias. Para tanto é realizada a captação precoce e o acompanhamento sistemático das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio de uma rede de cuidados e profissionais de saúde capacitados.

Baseados na Política Nacional de Saúde do Idoso, a Atenção Primária à Saúde realiza ações como: Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, com aumento gradativo do preenchimento; Promoção à saúde através de prevenção como a vacinação da pessoa idosa e prevenção de quedas, através de grupos (atividade física e atividade de vida diária).

Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes

A doença cardiovascular representa hoje, no Brasil, a maior causa de mortes sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise. Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, devido ao crescimento e envelhecimento da população e persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (MS, 2006). Estratégias e ações têm sido implementadas com intuito de reduzir as incapacidades que estas morbidades produzem, bem como medidas de rastreamento e de prevenção. Com a implantação dos programas de atendimento integral aos pacientes diabéticos e hipertensos, melhores índices de cobertura têm sido alcançados, por meio da Estratégia Saúde da Família apoiada pelo NASF. Tem sido possível a detecção precoce de pacientes sintomáticos e sob risco, por meio de realização de grupos, palestras, acompanhamento por exames laboratoriais periódicos de acordo com a severidade de cada caso, controle clínico-metabólico, consultas médicas e de enfermagem e fornecimento de medicamentos previstos em Protocolos e Portarias do MS.

Os medicamentos fornecidos nesses Programas são: captopril 25 mg, enalapril 10 mg e 20 mg, glibenclamida 5 mg, hidroclortiazida 25 mg, metformina 850 mg, metildopa 250 mg, anlodipina de 5 mg, propranolol 40 mg, furosemida 40 mg.

Houve a padronização de novos medicamentos, visando o melhor controle pressórico/ redução do risco de complicações dos pacientes: Carvedilol 12,5 mg, Succinato de Metoprolol 50 mg, Losartan 50 mg, Espironolactona 50 mg e levotiroxina 25, 50 e 100 mg (esse para portadores de hipotireoidismo, situação clínica que pode alterar o controle da doença).

As Insulinas NPH e regular têm sido fornecidas pelo Ministério da Saúde e dispensadas em todas as UBS, salvo que, a partir do segundo semestre de 2012, houve redução no repasse destes hormônios ao Município, prejudicando a qualidade da assistência prestada ao usuário que se enquadra no Programa. Como tratamento complementar ao paciente portador de Diabetes mellitus em uso de insulina regular e NPH, são fornecidas nas UBS fitas de glicemia capilar e aparelhos para uso domiciliar (esses em termo de comodato). O aparelho para aferir a glicemia também tem uso nas UBS, para atender solicitação médica em consultas e aferição esporádica. As fitas são liberadas pelas ESF e profissional farmacêutico do NASF, visando agilidade no processo de atendimento aos usuários.

O Protocolo de Saúde do Adulto de Londrina (Protocolo de Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus e Dislipidemia) está submetido a processo de revisão/atualização pela AMS em conjunto com equipe técnica da 17ª Regional de Saúde, para validação externa.

Atenção Integral à Saúde do Idoso

O grupo etário que representa os idosos tem aumentado expressivamente nas últimas décadas. Estima-se que entre 10% a 14% da população nos países em desenvolvimento e desenvolvidos têm mais de 65 anos. Em Londrina, segundo dados de 2006, a população acima de 60 anos representou 9,7% da população local. Essa transição demográfica tem gerado impacto na área da saúde, pois pacientes idoso apresentam mais doenças crônicas, o que demanda maior disponibilização de consultas; características peculiares ao envelhecimento, mesmo diferenciadas das patologias, requerem também cuidado e acompanhamento sistemático.

A Unidade de Saúde da Família é a principal referência de assistência ao idoso, onde esse representa prioridade, e as equipes de saúde desenvolvem ações diversas como: consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, visitas domiciliares, acompanhamento de acamados, dispensação de medicamentos, entre outras.

Também no atendimento prestado pelo NASF, a partir de 2011, o idoso passou a ser considerado prioridade e, em parceria com a equipe local, desencadearam diversas atividades com essa clientela, como: distribuição de folder explicativo sobre prevenção de quedas, potencialização de grupos como os de caminhada e de alongamento.

Os profissionais têm trabalhado na perspectiva de atendimento individualizado e formação de grupos para estimular e aumentar a atividade física, prevenção de quedas, possibilitar convivência social, promoção do auto cuidado, resgate de autoestima, etc.

A Atenção Integral ao Idoso foi implementada nas UBS do município de Londrina no ano de 2011, tendo os idosos sido cadastrados e, com fornecimento da Caderneta do Idoso para seu acompanhamento.

As UBS desenvolvem parcerias intersetoriais com outras secretarias (do Idoso, Serviço Social, CRAS), com resultado positivo quanto à melhor assistência prestada ao idoso na APS e integralidade nas ações, o que tem favorecido a construção de redes, servindo de apoio e suporte aos idosos e suas famílias, como também aos idosos em situação de risco social, algumas vezes vítimas de negligência ou violência intrafamiliar.

Nesse sentido, foi firmada parceria com a Secretaria Municipal do Idoso (SMI), a partir do Fórum sobre Rede de Proteção Contra a Violência ao Idoso, Criança e Mulher, realizada em 2011. Técnicos da SMI foram capacitados para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência e essa parceria viabilizou ações para retirada do idoso de situação de risco ou violência.

Programa de Combate ao Tabagismo

Dentro do Atendimento ao indivíduo adulto e idoso destaca-se o Programa Municipal de Combate ao Tabagismo que é oferecido ao usuário por

meio de 36 ambulatórios em Londrina (34 UBS, Policlínica, HU, HC). O tratamento para o tabagismo ocorre através da abordagem cognitivo-comportamental e medicamentosa.

Terapia Comunitária

A terapia comunitária é uma metodologia psicopedagógica que propõe um atendimento e acolhimento grupal que possibilita a integração com os serviços da rede de atenção à crianças, adolescentes, famílias e comunidade de forma lúdica, acolhedora e integrativa visando diminuir o aparecimento de doenças, conflitos, violência doméstica e abandono social.

A terapia comunitária está inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde como estratégia transversal e interdisciplinar que propõe acolhimento, inclusão, prevenção de doenças e promoção de saúde.

A Roda de terapia comunitária é um espaço de acolhimento e de partilha de sentimentos e experiências de vida. Mobiliza recursos e competências das pessoas por meio da ação terapêutica do próprio grupo, e estimula a formação de uma rede social solidária para enfrentar os problemas do cotidiano.

No primeiro quadrimestre de 2013, aconteceu um total de 156 rodas de terapia comunitárias com a participação de 1574 pessoas.

Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde do Ministério da Saúde tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

O município de Londrina aderiu ao projeto de similaridade do Programa Academia da Saúde, realizando ações de promoção e prevenção à saúde utilizando espaços públicos, centros comunitários e academias ao ar livre já

existente no município, tudo isso vinculado a uma Unidade de Saúde. São dois polos implantados em Londrina, nas Unidades de Saúde Bandeirantes e Panissa.

3.2 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 e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento com apoio do Complexo Regulador.

As Unidades de Saúde estão organizadas a partir da Estratégia Saúde da Família, do Acolhimento com Classificação de Risco, da Estratificação de Risco das Condições Crônicas e, estão sendo qualificadas para Gestão do Cuidado através das Redes de Atenção à Saúde.

Os casos que demandam atendimentos especializados de média e alta complexidade das especialidades clínicas são referenciados para os serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados e credenciados, como a Policlínica Municipal, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), sendo este o serviço com maior oferta de consultas especializadas e outros credenciados. Fazem parte da rede os prestadores de serviços estaduais, filantrópicos e privados, que compõem as redes de atenção à saúde.

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes no município é referência regional e macrorregional com a oferta e atendimento nas diversas áreas, incluindo oncologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, dermatologia, pequenas cirurgias, hemodiálise, cardiovascular, hematologia, oftalmologia, transplantes, reabilitação funcional global e gestação de alto risco. A incorporação tecnológica na área especializada tem sido significativa principalmente na área de cirurgias ambulatoriais como urologia, gastroenterologia, vasectomia, oftalmologia, vascular e saúde auditiva (próteses) entre outros.

Central de Laboratório Municipal

Em relação aos exames solicitados pela rede básica, eles são realizados pelo laboratório municipal CENTROLAB que faz os exames de bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, hormônios, líquor, urinálise, parasitológico de fezes, etc. Alguns exames de maior complexidade e/ou justificados por fazerem parte de protocolos de programas prioritários são ofertados pelos serviços contratados. O Pronto Atendimento Municipal (PAM) e os serviços credenciados pelo Município realizam exames radiológicos.

O CENTROLAB também realiza exames de emergência obstétrica, do recém-nato, programa pré-parto, pesquisa de infecção intra-parto, programa Rosa-Viva, de controle de infecção hospitalar e de pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). É ofertado suporte para o envio de amostras da Vigilância Epidemiológica para o LACEN (dengue, H1N1, coqueluche, HIV, toxoplasmose, etc) e realizados exames de controle de tuberculose e hanseníase, sendo que o laboratório é referência para treinamento de servidores das UBS de Londrina e dos municípios da 17ª Regional de Saúde (17ª RS). A Penitenciária Estadual de Londrina, o Centro de Detenção e Ressocialização, a Casa de Custódia, o Centros de Socioeducação (CENSE) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) também encaminham pedidos de exames ao CENTROLAB.

Para atender a toda essa demanda, no ano de 2012 o CENTROLAB passou por reformulação evoluindo de laboratório que atendia parcialmente as Unidades Básicas de Saúde, passando a atender a totalidade delas, no que diz respeito às solicitações de exames de análises clínicas de rotina e urgências. Isso foi possível, pois houve ampliação do quadro de profissionais para atuação no Centrolab, onde foram criadas 14 novas vagas, sendo oito para bioquímicos e seis para auxiliares de patologia. Destas, 11 contratações se efetivaram, as demais serão concluídas ao longo do ano de 2013, proporcionando equipe suficiente para funcionamento 24 horas por dia do CENTROLAB. Assim, o volume de exames cresce mês a mês. Sendo que o CENTROLAB realiza aproximadamente 70 exames diferentes e atende 95%

das solicitações de exames dos serviços municipais. As metas para disponibilização dos resultados no sistema operacional Saúde Web são de 24 à 48 horas (conforme grupo de exames) para os exames de rotina e de 2 à 4 horas para os exames de urgência, estas metas são cumpridas 95%. Para se ter uma ideia do trabalho desenvolvido pelo laboratório municipal, em 2012, o total de exames realizados foi de 652.731.

Policlínica Municipal

Para dar respostas às 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 incrementado o atendimento na Policlínica Municipal. Os atendimentos em especialidades que atuam na Policlínica são: cardiologia, endocrinologia (adultos e crianças), dermatologia, reumatologia, portadores de doença de Alzheimer, nefrologia pediátrica, pneumologia, atendimento ao fumante, atendimento ao adolescente, atendimento a criança e adolescente com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, atendimento a criança com alergia ao leite de vaca e/ou intolerância a lactose e doenças respiratórias da criança e adolescência. Também são realizados serviços de fisioterapia, nutrição, assistência social e enfermagem que atendem a demanda interna.

Para atendimento à demanda por eletrocardiograma encaminhada pelas UBS, a Policlínica Municipal disponibiliza agenda exclusiva e atendimento à demanda interna em Espirometria necessária ao Respira Londrina. Pequenas cirurgias são realizadas em ambiente próprio, para apoio ao diagnóstico aos profissionais da Policlínica.

As consultas iniciais com médico especialista são agendadas previamente, retornos e exames, quando necessários, são agendados no mesmo serviço. São garantidos exames laboratoriais, exames de média e alta complexidade e também cirurgias, sendo que, em alguns casos, há encaminhamento ao serviço de Regulação (Diretoria de Regulação, Auditoria em Saúde).

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

A Policlínica trabalha com sistema de prontuário informatizado, integrado à rede de unidades de saúde, o que permite maior agilidade no agendamento de consultas.

Quadro 20 - Produção da Policlínica em 2012:

Especialidade	1º Tri	2º Tri	3º Tri	4º Tri	TOTAL
Acupuntura	0	61	72	61	194
Doença Alzheimer	216	240	278	148	882
Cardiologia	538	429	468	382	1817
Dermatologia Sanitária	183	161	224	156	724
Endocrinologia	1069	991	1176	827	4063
Nefrologia Infantil	132	202	176	166	676
Pneumologia Asma	128	138	132	60	458
Pneumologia DPOC	91	81	92	58	322
Pediatria Respiratória	0	42	160	105	307
Reumatologia	683	502	569	358	2112

Exames	1º Tri	2º Tri	3º Tri	4º Tri	TOTAL
Coleta de BAAR	0	0	0	4	4
ECG	1859	1763	1870	1315	6807
Espirometria	51	77	93	65	286
Total	1910	1840	1963	1384	7097

Outros serviços	1º Tri	2º Tri	3º Tri	4º Tri	TOTAL
Enfermagem Dermato Sanitária	31	58	90	56	235
Fisioterapia Dermato Sanitária	20	26	42	48	136
Fisioterapia	8	75	96	208	387
Infiltração	33	28	30	13	104
Neuro TDAH	146	100	99	74	419
Nutrição	146	259	295	155	855
Programa Leite	95	153	187	190	625
Programa Tabagismo	511	754	714	304	2283
Psico Alzheimer	33	53	42	148	276
Psico Fibromialgia	46	86	143	54	329
Psicologia	81	156	150	73	460
Total		1748	1888	1323	6109

Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema

O Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR) foi criado em 1995, pelos municípios que compõem a 17ª regional de saúde, para oferecer atendimentos nas áreas de maior necessidade e maior dificuldade de acesso do paciente por não existência destes nos municípios, como por exemplo a disponibilização de exames de broncoscopia, espirometria, endoscopia, colonoscopia e retossigmoidoscopia, eletroencefalograma, ultrassonografia, doppler de vasos, nasolaringofibroscopia, estudo urodinâmico. Oferece também os exames na cardiologia como ecocardiograma, eletrocardiograma e ergometria. São ofertados os serviços de fisioterapia, coleta de material para exames, Programa de Saúde Auditiva e ambulatório de pequenas cirurgias e atenção nas seguintes especialidades: Acupuntura, Ambulatório de feridas, Angiologia, Cardiologia, Cardiologia infantil, Cirurgia geral, Cirurgia ginecológica, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Dermatologia, Dermatologia sanitária, Doenças clínicas do aparelho digestivo, Endocrinologia infantil, Ginecologia, Mastologia, Moléstias infecciosas, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neuropediatria, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia adulto e infantil, Pneumologia, Pneumologia infantil, Proctologia, Reumatologia e Urologia. Assim, o CISMEPAR disponibiliza para os municípios conveniados, a média de 24.000 mil atendimentos mensais na área de média complexidade, sendo atendidas diariamente no consórcio aproximadamente 1.130 pessoas. Para isso, são disponibilizados cerca de 80 médicos e 150 funcionários.

Outros programas e/ou projetos são disponíveis pelo SUS nos ambulatórios de prestadores como o CISMEPAR que desenvolve por exemplo o Programa de Saúde Auditiva para portadores de deficiência auditiva.

Rede de Saúde Mental

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

Em relação ao CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, as perspectivas para implementação na área de saúde mental apontam para ampliação das ações na Atenção Básica, fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental aumentando a resolubilidade 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.

A complexidade dos casos de sofrimento emocional intenso tem requisitado da equipe a ampliação, não somente do olhar de cada especificidade técnica, como também de parcerias externas ao serviço. O acolhimento familiar tem sido de suma importância no trabalho com a criança e o adolescente, fazendo com que os pais troquem experiências e esclareçam dúvidas e angústias relativas ao quadro clínico e a inserção social e emocional.

Entre as atividades desenvolvidas em 2012 destacam-se:

- realização de grupo de família simultâneo ao atendimento individual ou em grupo da criança e adolescente;
- atividades culturais em parceria com a UEL, Casa de Cultura , Alma Brasil, conhecendo a arte da comunicação: visita à emissora de TV Tarobá e no programa Game Over. Capacitação do educador artístico no trabalho com material reciclável;
- atividades festivas: Carnaval no Caps-i, festa junina com a participação da população e a rádio Jovem Pan, Comemoração do Dia da Criança, piquenique no parque Arthur Thomas, brincadeiras com pais e filhos, confraternização de Natal em piscina (Grepom), atividade aquática dirigida no SINPRO;
- participação em concurso cultural (desenhos de pacientes portadores de esquizofrenia).

Discussões de casos foram desenvolvidas com a Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, CREAS, CRAS, UBS, Núcleo Regional de Ensino, GAE e toda a rede significativa nos casos em questão. Foi dada continuidade ao grupo de adolescentes em uso de substâncias psicoativas, com dificuldades devido ao frequente envolvimento em atos infracionais, abandono escolar e a relação difícil entre família e criança/adolescente. Realizado também atendimento domiciliar em casos graves.

Durante o ano houve várias trocas de experiências entre os serviços da rede, esclarecendo o fluxo de cada serviço e também aproximação entre serviço e com Ministério Público, o que resultou em ações mais efetivas e rápidas.

O CAPS-ad passou por relevante modificação em seu processo de trabalho, como as avaliações técnicas e o atendimento pelo Grupo de Acolhimento, que realiza o atendimento diário até a montagem do plano terapêutico individual. As mudanças representaram avanço, favorecendo o acompanhamento mais próximo do caso e planos terapêuticos mais adequados às necessidades e expectativas dos usuários e familiares, o que resulta em

maior adesão e perseverança ao tratamento. O serviço consolidou critérios e objetivos para avaliação e conduta.

Houve ampliação do quadro profissional, viabilizando melhor distribuição do trabalho e qualidade do atendimento prestado. Atualmente, o serviço conta com equipe multiprofissional adequada à necessidade do serviço.

O atendimento prestado inclui avaliação inicial, utilizando: instrumento ASSIST – OMS para detecção do uso de substâncias psicoativas, grupo de acolhimento diário, avaliações específicas das áreas da enfermagem, médica, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e educação física. Estas avaliações fundamentam os planos terapêuticos individuais que, por meio de atividades tais como: grupos psicoterápicos, grupo social, terapia comunitária, oficinas de terapia ocupacional, oficina de música, oficina de teatro, oficina de dança, aulas de futebol, basquete, tênis, canoagem, bola suíça, entre outras, reduzem danos provocados pelo uso/abuso de substâncias.

O Município foi contemplado em 2012 com recursos do Plano de Enfrentamento ao Crack, do Ministério da Saúde, para conveniamento com as Comunidades Terapêuticas, disponibilizando 40 vagas de acolhimento a usuários de álcool, *crack* e outras drogas. Esses leitos ampliaram as possibilidades de atendimentos/encaminhamentos em situações que o afastamento social e/ou familiar temporário era indicado.

O CAPS III foi implantado em 1996 e é referência para usuários com transtornos mentais de moderado a grave, com oferta de seis leitos para acolhimento noturno e de curta permanência. É constituído por equipes multiprofissionais: psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde (técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos clínicos gerais, técnicos administrativos, instrutores de oficina e serviço gerais).

O CAPS III funciona com o trabalho de acolhimento, desenvolvendo atividades coletivas e individuais, realizando oficinas de reabilitação e inserção na sociedade, trabalho, lazer, estudo e outras atividades próprias a cada caso.

Durante o ano foram realizadas várias discussões com outros serviços, como: CREAS, UBS, SAMU e SECRETARIA DO IDOSO.

Também foram realizados vários eventos de motivação dentro e fora do CAPS III, voltados à socialização do usuário, como: passeio na Exposição Agropecuária de Londrina, *shopping center*, calçadão da cidade, bombeiro, cinema, boliche, SANEPAR e outros lugares. Datas festivas foram comemoradas no decorrer do ano (Carnaval, Páscoa, Corpus Christi, Dia do Trabalho, Dia das Mães, Natal) e trabalhada a importância de cada evento, no contexto da vida cotidiana do usuário.

O Pronto Atendimento de Saúde Mental é referência municipal no atendimento ambulatorial e em situações de urgência e emergência psiquiátrica a pessoas portadoras de transtorno mental. A regulação dos leitos de internação psiquiátrica é realizada e encaminhada a demanda psiquiátrica local e dos municípios da Macrorregional Norte. Serviço de 24 horas com atendimento por médicos plantonistas é disponibilizado e, além dos médicos, o serviço conta com equipe técnica composta por psicólogo, enfermeiro e auxiliar de enfermagem no período diurno.

No ano de 2012, buscando regular a demanda espontânea que busca o serviço, foi iniciada a classificação de risco, encaminhando pacientes portadores de patologias mais leves a ambulatório na própria unidade. Para garantir cobertura médica 24h, foi aberta a participação a profissionais médicos plantonistas da rede municipal que atuam em UBS ou unidades de pronto atendimento, completando a escala do Pronto Atendimento de Saúde Mental (PASM) e, dessa forma, ampliou-se o quadro de profissionais aptos ao atendimento de pessoas com transtorno mental. Houve também incremento do quadro de técnicos administrativos e de enfermagem para atendimento no período diurno. No entanto, não foi possível disponibilizar mais médicos psiquiatras, sendo essa uma programação para 2013.

As equipes de saúde mental do Município estão participando da capacitação APSUS/Governo do Paraná, o que vem agregando conhecimentos aos trabalhadores dos CAPSi, CAPS-ad e CAPS III, principalmente para o

trabalho com indicadores, além de promover importante aproximação entre Saúde Mental, rede de Atenção Primária e outras redes intersetoriais.

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, define o perfil dessa população, público a ser atendido pelo Consultório na Rua: *“A população em situação de rua, de acordo com o conceito adotado no Decreto Presidencial 7.053/09, é um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e em suas regiões metropolitanas; que tem na rua sua principal fonte de sustento; que possui em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se ainda, de unidades de acolhimento para pernoite, de forma temporária ou como moradia provisória.”* (Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2012).

Em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, a AMS iniciou o Consultório na Rua em 15 de março de 2012, atendendo à Portaria MS n. 122, de 25 de janeiro de 2011. A equipe é composta por 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 técnicos de enfermagem e 1 técnico em saúde bucal.

O Consultório na Rua de Londrina-PR recebe moradores de rua com queixas e sintomas de acometimentos clínicos, constatados na triagem inicial feita pelo serviço de Abordagem Social – CREAS I e equipe técnica do Consultório na Rua. Presta atendimento a moradores de rua acometidos por doenças como: tuberculose, hanseníase, HIV, Hepatites, DSTs, viroses, escabioses, pediculoses, tunguiases, doenças de pele (em geral com pústulas e abscessos) e outras e realiza procedimentos curativos e coletas para exames.

Após abordagem, a equipe do Consultório na Rua poderá encaminhar e acompanhar os atendimentos às pessoas em situação de rua nas UBS, Rede de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, hospitais gerais, SAMU, Pronto Atendimento - da Assistência Social CREAS I, Rede de Acolhimento

Institucional, Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, Centro de Referência em DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais e Tuberculose, Centro de Testagem Anônima - CTA, Polícia Militar ou Secretaria do Idoso. Perfil geral do público atendido:

- pessoas em situação de rua, fazendo daquele seu espaço de moradia e relações;
- etilistas crônicos de longa data, faixa etária média 40 anos, com prejuízos sociais e de saúde advindos do alcoolismo; vínculos familiares rompidos há longa data;
- jovens entre 20 e 30 anos, usuários de álcool e *crack*, com vínculos familiares frágeis ou rompidos; prejuízos sociais, desesperança, projetos de vida frágeis e que se expõem a situações de risco;
- indivíduos com síndromes demenciais ou com transtornos mentais; vínculos familiares rompidos.

Ações do Consultório na Rua:

- abordagens solicitadas e programadas, atendimento das demandas de forma a garantir a oferta de serviços, conscientizar, informar, estimular a autopercepção, fortalecer iniciativas de autocuidado e de busca por ajuda, auxiliar na resolução das dificuldades apontadas;
- atendimentos e acompanhamentos individuais e em grupo;
- auxílio na vinculação aos serviços de referência do território e da demanda;
- acompanhamento do plano terapêutico integrado;
- procedimentos de enfermagem;
- encaminhamentos, conforme o caso, à rede de saúde bucal, rede sócio-assistencial, redes básica e especializada de saúde; internamentos;
- promoção de saúde, com fundamentação nos princípios da redução de danos;

- atividades político-pedagógicas;
- atividades terapêuticas;
- esclarecimentos da comunidade próxima a pontos de aglomeração de moradores de rua, quanto aos prejuízos com relação à sustentação da mendicância.

Desde a implantação do serviço foram realizados 1.498 atendimentos, e 113 indivíduos acompanhados em situação de alta vulnerabilidade.

Para a Rede de Atenção Psicossocial há necessidade de expansão das ações de saúde mental com envolvimento de toda a rede de atenção, a iniciar pelas UBS e envolvendo até a atenção hospitalar. Para tanto, deve ser ofertada capacitação e acordadas pactuações para realização de atividades preventivas e de acompanhamento conjunto entre as UBS e os CAPS com pacientes de maior vulnerabilidade, realizando matriciamento de casos. A rede de Urgência e Emergência deve ser fortalecida promovendo-se capacitação e educação permanente em saúde mental, ampliando a oferta de atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou transtornos provocados pelo uso de álcool e outras drogas.

É necessário ampliar os dispositivos de atenção psicossocial, de acordo com orientação do Ministério da Saúde, por ocasião da adesão do município ao Programa Crack é Possível Vencer. É necessário aprofundar a discussão sobre saúde mental com outras instituições e cadastrar leitos em Hospital Geral para atendimento de pacientes com transtornos mentais e portadores de outras patologias/agravos. Assim a adequação dos serviços municipais para melhor atendimento em geral e das práticas propostas pela política de enfrentamento do *crack* são necessárias, como a reforma CAPS III. Da mesma forma, é preciso que se amplie a oferta de serviços da equipe do Consultório na Rua, expandindo-se a carga horária de seis para oito horas diárias e implantação de mais uma equipe na modalidade III.

Serviço de Atenção Domiciliar

Em 2012 o então Serviço de Internação Domiciliar (SID) implantado em 1996, tornou-se Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo habilitado por meio da Portaria GM 574 de 29 de março de 2012 do MS, com o nome de Programa Melhor em Casa. Londrina foi habilitada a implantar cinco Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD) e 2 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), porém até o final de 2012, foi implantado, efetivamente 3 EMAD e 2 EMAP. Cada EMAD é composta por dois médicos, com carga horária de 20 horas semanais, um enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais, quatro técnicos de enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais e um fisioterapeuta, com carga horária de 30 horas semanais. Cada EMAP é formada por três profissionais de nível superior. Dentre os profissionais que compõem atualmente as EMAP estão: dois psicólogos, duas assistentes sociais, uma farmacêutica e uma nutricionista. Desde a habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde, o Município recebe mensalmente R\$ 34.560,00 por EMAD e R\$ 6.000,00 por uma EMAP a título de custeio das equipes. O SAD desenvolveu atividades de divulgação do serviço e sobre o fluxo entre as instituições hospitalares e as UBS com intuito de fortalecer o trabalho da rede assistencial.

No trabalho em rede e na interlocução entre atores e serviços envolvidos houve avanços importantes. Percebe-se que houve aproximação entre os serviços e maior capacidade operacional por equipe e de acolhimento a pacientes com necessidade de oxigênio medicinal. Foram desenvolvidas atividades de matriciamento quando solicitadas pelas UBS. Dois profissionais do SAD (1 enfermeiro e 1 nutricionista) participaram na elaboração do Protocolo para instituir Programa de Terapia Nutricional no âmbito da Atenção à Saúde.

Quanto aos diagnósticos atendidos no SAD há predominância de agravos relacionados ao sistema nervoso e aparelho circulatório, destacando a predominância de doenças crônico-degenerativas da atualidade. Contudo verifica-se pouca utilização do serviço relacionado às doenças infecto-parasitárias (3,31%).

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

A média mensal de encaminhamentos é de aproximadamente 30 pacientes e a média mensal de admissões é de 17 pacientes nos quatro primeiros meses de 2013.

Quanto às altas no serviço, aproximadamente 40% são por melhora clínica, isto confirma a efetividade do serviço na assistência aos agravos. Contudo, aproximadamente 50% dos usuários da Atenção Domiciliar necessitam “reinternação” em serviços hospitalares. Essa “reinternação”, pode ser creditada a dois aspectos: prognóstico ruim de cada agravo cuja evolução é sombria devido às limitações terapêuticas e fragilidade na assistência devido ao déficit de recursos humanos e/ou estruturantes.

O tempo de permanência/acompanhamento no serviço varia: cerca de 30% dos pacientes que ficam em acompanhamento no serviço permanecem de 30 dias a 6 meses; 25% permanecem de 1 a 5 anos e, aproximadamente 20% dos pacientes são acompanhados de 8 a 30 dias.

O quadro abaixo demonstra os principais diagnósticos no Serviço de Atenção Domiciliar no primeiro quadrimestre de 2013.

Quadro 21- Principais diagnósticos no Serviço de Atenção Domiciliar, 1º quadrimestre de 2013

Diagnósticos em SAD	Total	%
Neoplasias	09	5,96
Doenças do Sist. Nervoso	34	22,52
Doenças do Ap. Respiratório	36	23,84
Doenças do Ap. Geniturinário	14	9,27
Doenças do Ap. Circulatório	28	18,54
Doenças Infecciosas e parasitárias	05	3,31
Outros	25	16,56
Total	151	100,00

Maternidade Municipal Lucilla Balallai

A Maternidade Municipal Lucilla Balallai (MMLB) atende em média 75% dos partos SUS realizados no Município, sendo referência à gestante de risco habitual e intermediário que fazem ou não pré-natal na rede básica de saúde de Londrina e Tamarana dentro da Rede Cegonha/Mãe Paranaense.

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 280 partos mensais, sendo em média de 70% 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 são: 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.

É necessário para o melhor desenvolvimento da Rede Materno-Infantil (Mãe Paranaense/Rede Cegonha), realizar educação permanente para a revisão dos processos de trabalho médico e de enfermagem e contratação de RH; readequação dos espaços de lavanderia, costura, Centro de Materiais e Esterilização-CME e Centro Obstétrico-CO. Também mais leitos de alojamento

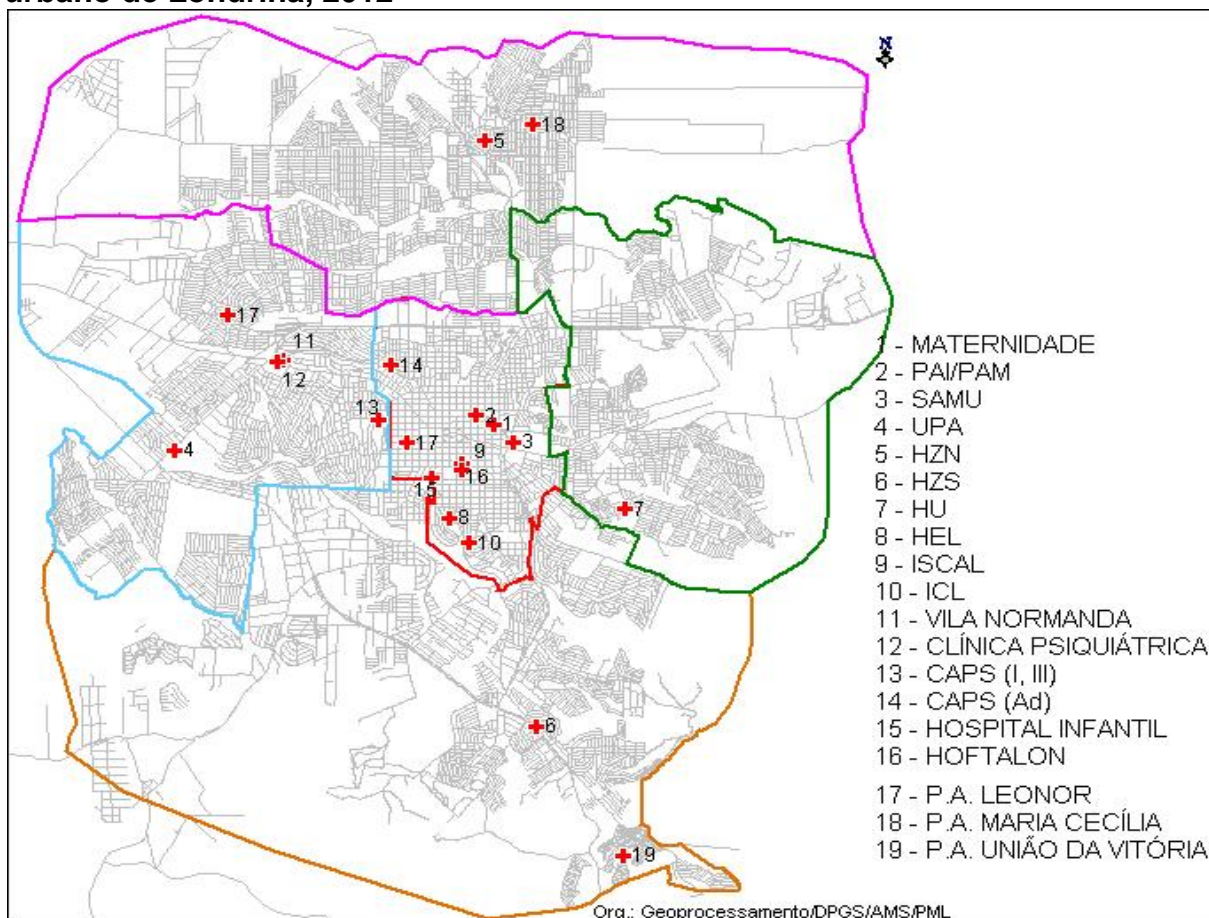
conjunto, tanto para melhoria da ambiência, como para suprimento do déficit de leitos no município, assim como readequação dos leitos de observação do recém-nascido para implantação de Unidade de Cuidados Intermediários-UCI. A Maternidade deve passar por reestruturação e reforma e implantação de um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, visando à organização de espaços saudáveis voltados à atenção acolhedora, resolutiva e humanizada ao trinômio Mãe/Filho/Família.

Rede de Serviço de Urgência e Emergência

A Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde (DUES) tem sob sua responsabilidade a gestão dos serviços próprios municipais de urgência. São as Unidades de Saúde com atendimento prioritário na área de Urgência e Emergência, entre elas o Pronto Atendimento Infantil, o Pronto Atendimento Adulto, o Pronto Atendimento Leonor e a Unidade de Pronto Atendimento Sabará (inaugurada em junho de 2013) que funcionam 24 horas. As Unidades Maria Cecília e União da Vitória são unidades mistas, isto é, possuem escala de médicos plantonistas para atender a região norte e sul, além de funcionar juntamente com a Estratégia Saúde da Família, e possuem funcionamento de 16 horas, de segunda a segunda.

Estas unidades são componentes da rede de assistência de urgência e emergência adulta e infantil do município e presta apoio às unidades básicas de saúde, ao SAMU/192, além do atendimento a procura espontânea de usuários de Londrina e região, gerando mais de trezentos mil atendimentos ao ano.

Figura 17 - Distribuição geográfica dos serviços de urgência no espaço urbano de Londrina, 2012



Obs.: Fazem parte da Rede de Urgência o SAD e as demais UBSs, não localizadas no mapa

Complexo Regulador de Urgência e Emergência

Além das unidades pré-hospitalares fixas, acima citadas, o Complexo Regulador de Urgência e Emergência tem estrutura que foi implantada a partir da habilitação pelo Ministério da Saúde do SAMU Regional, em 27 de fevereiro de 2012, pela Portaria nº312. Com isso, ampliou-se a área de abrangência assistencial para os 21 municípios que compõem a 17ª RS. Dessa forma, passando de três para nove bases descentralizadas do SAMU na região. A assistência que era para os municípios de Cambé, Ibiporã e Londrina, teve a cobertura ampliada para 850.000 habitantes da região.

O SAMU Regional possui três viaturas de suporte avançado de vida, uma viatura de intervenção rápida e seis viaturas de suporte básico de vida. Também contamos com uma viatura de suporte avançado de vida, no

município de Rolândia, e mais nove viaturas de suporte básico de vida, nas bases descentralizadas nos municípios de: Centenário do Sul, Primeiro de Maio, duas viaturas em Cambé, Rolândia, Sertanópolis, Ibiporã, Assaí e Tamarana.

A regionalização do SAMU/192 atendeu ao amplo conceito da saúde como direito social e de cidadania, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde, conforme disposto no Artigo II da Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nesse sentido, a implantação da Central SAMU/192 Regional foi a resposta de Londrina ao chamamento do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), assumindo a responsabilidade enquanto polo macrorregional e realizando regulação assistencial de urgência e emergência dos municípios da 17ª RS.

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação das Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas de Urgência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e municipal, organizam a relação entre os vários serviços, determinando o fluxo de pacientes no sistema, configurando-se na porta de comunicação aberta ao público em geral, bem como aos serviços de saúde, por meio da qual, solicitações de atendimento de urgência são recebidas, avaliadas e classificadas segundo risco e encaminhadas, conforme a Portaria 2048/GM MS.

O Núcleo de Educação em Urgência e Emergência, consolidado na Portaria 2048, vem capacitando toda a rede de Urgência e Emergência da região, além da rede assistencial.

“Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à

população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.” (Portaria 2048, capítulo VII).

Com a implantação do SAMU/192 Regional, o trabalho do Núcleo de Educação tem garantido a capacitação e reciclagem dos profissionais envolvidos na rede de assistência da região, além do treinamento de órgãos distintos que solicitam.

Após os seis meses de funcionamento do SAMU Regional Londrina, através de relatórios encaminhados ao Ministério da Saúde demonstrando a atuação do SAMU/192 Regional Londrina e suas bases descentralizadas, onde alcançamos todos os parâmetros e requisitos propostos, pleiteamos a qualificação do SAMU Regional e a partir de setembro de 2012 passamos a receber o custeio mensal como SAMU Qualificado, através da Portaria nº. 1897/2012, com valor de R\$ 194.000,00 passando para R\$ 371.725,00.

A partir de setembro de 2012, incorporamos ao Complexo Regulador de Urgência, a Unidade de Suporte Avançado para os transportes intra-hospitalares, a qual ficava sob a gestão da 17ª Regional de Saúde, faltando ainda integrarmos os sistemas informatizados de gerenciamento de leitos bem como construir um processo de trabalho que realize a integração das equipes multidisciplinares dos serviços.

Ao longo de 2012, o Comitê Gestor Municipal das Políticas de Atenção às Urgências realizou reuniões periódicas, com a finalização da elaboração e aprovação do Regimento Interno pelos integrantes, também participação do grupo condutor do SAMU nas reuniões do CRESEMS para construção e definições dos valores financeiros repassados pelos municípios integrantes, baseados no critério de número de habitantes, chegando ao valor per capita.

A Central Municipal de Leitos e Interserviços fazem a busca de vagas e transferências entre os serviços de saúde e hospitais secundários e terciários, conforme a necessidade apontada pelos profissionais de saúde. No primeiro quadrimestre, houve 9.644 solicitações de transferências de pacientes, para continuidade de tratamentos com maior complexidade, não disponíveis no local de origem, busca de especialidades e avaliações. Essas solicitações partiram das unidades básicas de saúde (2.133), pronto atendimento municipal (1.554),

Hospital Zona Norte (717), Hospital Zona Sul (840), pronto atendimento infantil (548), Hospital Universitário (134), ISCAL (70), Hospital Evangélico (116), Hospital Ortopédico (24), Hospital Infantil (17), Maternidade Municipal Lucilla Balallai (49), outros prontos atendimentos (208). Da Unidade de Regulação Macronorte, que atende os municípios das regionais as quais o município de Londrina é referência, foi solicitado 2.438 transferências. Com relação aos hospitais terciários que fazem solicitação de transferência, muitas vezes é por conta de leitos de UTI que não estão disponíveis, para buscar em outros hospitais, ou manutenção de tratamento medicamentoso em hospitais secundários, sem necessidade da especialidade do terciário, podendo abrir vagas para novos pacientes.

A Central de Leitos e Interserviços regularam 9.702 nos quatro primeiros meses do ano, sendo que o Hoftalon recebeu 2.198, o Hospital Ortopédico 1.221 pacientes, Hospital Zona Norte 1.207 casos, Hospital Zona Sul recebeu 689. O Hospital Universitário recebeu 1.381, o Hospital Evangélico 783 casos e Santa Casa de Londrina 637 casos. O hospital Infantil recebeu 241 regulações, o Hospital do Câncer 73 casos. O Pronto Atendimento Municipal atendeu 43 regulações, e o Pronto Atendimento Infantil 05 crianças reguladas para avaliação. A Maternidade Municipal Lucilla Balallai recebeu 17 pacientes reguladas da Central de Leitos.

Finalmente, na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, será dada continuidade dos serviços ofertados, com melhorias: construção da sede do SAMU/192 Regional Londrina para a adequação do espaço físico e de transportes que está em fase de captação de recursos; compra de materiais e equipamentos de suporte de Urgência e Emergência para as Unidades Básicas de Saúde; elaboração de protocolos de urgência e de regulação; monitoramento da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e, desenvolvimento da unificação do sistema de informação. Importante também se faz o desenvolvimento de política de Educação Permanente em Saúde para os profissionais que atuam nestes serviços, com melhoria/aquisição de recursos audiovisuais para capacitações a serem realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgência/Núcleo de Educação

Permanente-NEU/NEP, com vistas à integração das equipes do serviço de referência. Devem ser implementadas medidas para diminuir a inadimplência do pagamento per capita do SAMU/192 pela Região/Municípios. Há previsão de construção de mais duas UPAS para o município, sendo uma para região centro-oeste (Jardim do Sol) e outra em outra região que não disponibilize este serviço.

As internações hospitalares são feitas a partir do atendimento de urgência referenciado ou de forma eletiva, encaminhadas a partir da atenção ambulatorial de serviços especializados e são agendados pelos setores de internação dos respectivos hospitais.

A documentação e a indicação são feitas pelo médico responsável e autorizadas pelo gestor municipal (Diretoria da Regulação da Atenção à Saúde – DRAS) na Vila da Saúde.

O Município conta com três hospitais estaduais, sendo dois de média e um de alta complexidade, além de outros três hospitais filantrópicos de alta complexidade e outros hospitais especializados conforme apresentado no Quadro 14 onde está descrito a rede física de atendimento.

Os atendimentos de média e alta complexidade são ofertados à população da respectiva área de abrangência regional e/ou macrorregional, conforme pactuação estabelecida pelas Comissões Gestoras do SUS.

O Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, o Hospital Evangélico e a Santa Casa de Londrina são considerados hospitais terciários com atendimentos de alta complexidade nas diversas áreas: cardiologia, ortopedia, transplantes, neurologia, obesidade mórbida e UTI's incorporando tecnologia avançada em procedimentos para os pacientes do SUS. 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.

Os hospitais estaduais Eulalino Andrade (Hospital Zona Sul) e Anísio Figueiredo (Hospital Zona Norte) se caracterizam por realizarem procedimentos de média complexidade, cirúrgicos eletivos que resultam em internações de curta permanência e internações na área de clínica médica e pediatria.

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 neonatal, 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 extracardíaco, eletrofisiologia).

A Irmandade Santa Casa de Londrina está habilitada para serviços de alta complexidade em neurocirurgia e ortopedia além de realizar transplante cardíaco e renal. Está habilitada como Unidade de Referência para cirurgia cardíaca, possui a Unidade de Cardiologia intervencionista, endovascular extracardíaco. Realiza busca ativa e abordagem de possíveis doadores de órgãos; tratamento de obesidade mórbida; tem serviço de nutrição parenteral e enteral e conta ainda, com UTIs nível III para adulto, pediátrica e neonatal. A ISCAL possui em sua estrutura o Hospital Infantil sagrada Família, que atende exclusivamente os pacientes pediátricos de alta complexidade.

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

O Hospital de Câncer de Londrina é hospital de referência macrorregional em oncologia 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.

3.3. Vigilância em Saúde

3.3.1. Vigilância Sanitária

No ano de 1993, com o processo de municipalização, os serviços de Vigilância Sanitária passaram a ser exercidos quase que exclusivamente pelo Município, com a cooperação de entes estaduais e até mesmo federais, dentro das respectivas competências.

A Lei Municipal nº. 5.668/1993 veio fortalecer o processo de municipalização, firmando a competência do Município na execução das ações de Vigilância Sanitária, incumbindo a Secretaria Municipal de Saúde como integrante do SUS, definindo as ações de Saneamento e Vigilância Sanitária no respectivo âmbito, compreendendo, inclusive, as decorrentes de convênios celebrados com o Estado do Paraná.

Na continuidade de dar sustentação legal à atividade, a Lei Municipal Nº 5.667/93 regulamentou a taxa de Vigilância Sanitária, anteriormente prevista no Código Tributário do Município e definiu o exercício do poder de polícia no âmbito da vigilância sanitária. A partir de então, tal tributo passou a ser destinado ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) e, pela natureza jurídica de taxa, faz-se mediante contraprestação de serviço, no caso, consubstanciado ao exercício de fiscalização.

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, considerando 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). Esses eixos e o Pacto pela Saúde orientaram a definição de prioridades do Plano de Ação da Vigilância Sanitária, compreendendo: 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 e setor regulado, de integração intra e extra-institucional.

Em 19 de julho de 2012, foi aprovado novo Regimento Interno da Autarquia Municipal de Saúde, Decreto nº 847, por meio do qual determinou-se que os processos de Vigilância Sanitária sejam realizados pelas Gerências de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, ambas subordinadas à Diretoria de Vigilância em Saúde.

O Decreto Municipal Nº 430 de 05 de junho de 2008 regulamentou o posicionamento dos servidores da Vigilância Sanitária Municipal, instituindo-os em sua função por ato legal.

Objetivos

A Vigilância Sanitária Municipal é responsável pela execução das ações de Vigilância Sanitária e Ambiental no Município, dentro do SUS, com o objetivo de promoção da saúde e prevenção de agravos, relativos ao consumo de bens e serviços de interesse à saúde e as interações com os ambientes de trabalho e de vida.

Como controle de bens de consumo, podemos mencionar a vigilância de produtos, como, medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes domissanitários, entre outros, através de ações sanitárias em estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços, de registro destes produtos nos órgãos competentes (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado e Serviço de Inspeção Municipal), coleta de amostras de produtos para análise laboratorial, divulgação e educação em saúde para a população e profissionais de diversos segmentos.

No que se refere a prestação de serviços, podemos mencionar a vigilância de estabelecimentos, tais como hospitais, clínicas médicas e odontológicas, unidades de hemoterapia, de Terapia Renal Substitutiva, consultórios, casas de repouso, creches, restaurantes, lanchonetes, estabelecimentos escolares, entre outros, através de inspeção, verificação de procedimentos, divulgação e educação em saúde para a população e equipe multiprofissional.

Dentre as ações relacionadas ao ambiente, podemos mencionar o monitoramento da água para consumo humano, o programa VIGISOLO e VIGIAR a ser implantado, o controle de zoonoses, o controle e combate a endemias, a vigilância em situações de intoxicações exógenas.

Cabe á Gerência de Vigilância Sanitária, através de suas coordenadorias, as inspeções sanitárias, o licenciamento de estabelecimentos na área de alimentos, produtos para saúde e de interesse a saúde, estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde, saúde do trabalhador, para verificação das condições estruturais e higiênico-sanitárias, procedimentos, produtos, coletas de amostras de alimentos e produtos. Investigação dos casos e surtos de toxinfecção alimentar em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e realização de atendimentos a denúncias.

E a Gerência de Vigilância Ambiental, através de suas coordenadorias, o controle e combate do vetor transmissor de dengue e a fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de maior risco ambiental, como ferros velhos, borracharias, pet shop, reciclagens, empresas de resíduos, entre outros.

Está sendo programada a integração das ações de controle de dengue e combate ao vetor, ao Programa de Saúde da Família. Além disso, é de fundamental importância a implementação da intersectorialidade no combate a dengue, tendo em vista que o controle transcende o setor saúde, devendo a dengue ser pautada definitivamente na administração pública.

O monitoramento da qualidade da água para consumo humano é realizado através do Programa VIGIÁGUA por meio de coletas e análise em sistemas e fontes alternativas de água. As análises são realizadas em convênio com o laboratório da UEL.

No Programa VIGISOLO realiza-se o cadastramento para identificação de áreas com populações expostas a solo contaminado.

Diversas ações de Vigilância Sanitária e Ambiental são desenvolvidas em conjunto com outros órgãos como Secretarias do Meio Ambiente, Educação, Alvará, Companhia Municipal de Trânsito e Urbanização, UEL, Unidades Básicas de Saúde, Sanepar e outros.

Em ação conjunta, a Gerência de Vigilância Epidemiológica, o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador-NAST e a Coordenadoria da Saúde do Trabalhador devem investigar os acidentes graves de trabalho, estabelecendo-se um fluxograma que contemple as atribuições de cada setor envolvido. Ações de prevenção, vigilância sanitária e investigação epidemiológica em ambientes e processos de trabalho, nas áreas urbanas e rurais do município, devem ser planejadas e desenvolvidas a fim de que acidentes e agravos à saúde do trabalhador sejam evitados. Nesse sentido, especial atenção deve ser dada as empresas que manipulam chumbo e outras substâncias contaminantes, potencialmente nocivas à saúde do trabalhador. Medidas educativo-preventivas proporcionadas aos trabalhadores, voltadas ao câncer de colo de útero, de mama e outros, sobre assédio moral no trabalho, assim como cobertura vacinal também contribuem para melhor qualidade da saúde do trabalhador e devem ser planejadas no quadriênio 2014-17.

Em 2006 houve a descentralização da aprovação de projetos de estabelecimentos de saúde, e o município assumiu a execução da análise e aprovação dos projetos de construção, ampliação e reforma 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.

As inspeções em estabelecimentos de radioterapia, medicina nuclear estão sob a responsabilidade da SESA-Pr. Os serviços de hemodiálise, quimioterapia, indústria de medicamentos e serviços de hemoterapia são de responsabilidade do município sendo as inspeções realizadas em caráter complementar com a 17ª Regional de Saúde.

Para que as ações sejam realizadas a contento, a implementação dos sistemas de informação em saúde é importante, pois vai integrar os diversos

serviços, permitindo a desagregação de dados e de perfil epidemiológico, bem como avanço no geoprocessamento e territorialização, levando ao aprimoramento na construção das Redes de Atenção à Saúde, constituindo redes por região e integrando os setores de Vigilância em Saúde.

Outro ponto importante, considerando a Vigilância em Saúde, é a implementação de políticas públicas para controle de zoonoses que afetam a população. Assim, é de fundamental importância a construção de um Centro de Controle de Zoonoses ou a implantação de Unidades de Sanidade Animal-USA. Neste contexto, deve-se considerar a reestruturação do laboratório hoje existente deve ser realizada para adequação dos Programas Vigiágua e VigiSolo.

Desde a descentralização da Vigilância Sanitária em 1993 vêm sendo desenvolvidas medidas para reorganização do setor de forma gradativa na busca por priorizar ações da promoção e prevenção à saúde, sem prejuízo das ações fiscalizadoras. Desta forma identificamos como principais problemas:

- a infraestrutura física e a manutenção da frota de veículos e de equipamentos necessitam de adequações para atendimento visto que após a municipalização a demanda por ações da VISA aumentou.
- o sistema de informações ainda encontra-se inadequado para atendimento com agilidade às necessidades do setor.
- atividades de educação sanitária para população através da imprensa, universidade, escolas e outros ainda são insuficientes.
- dificuldades de integração com a Atenção Básica /PSF e outros setores afins prejudicando a intersetorialidade.

Foram estabelecidas como prioridades de ação:

- elaborar protocolos de procedimentos administrativos em VISA;
- cadastrar 100% dos estabelecimentos inspecionados;
- participar da descentralização de ações básicas de VISA para as equipes da Atenção Básica do Programa de Saúde da Família- PSF;

- realizar ação educativa junto ao setor regulado e a comunidade;
- realizar ações sanitárias para atender a pactuação da PAV-S e Plano de Ação em VISA;
- implementar as ações sanitárias em conjunto com a Epidemiologia, Diretoria de Controle e Avaliação e com Secretarias afins, como Educação, Obras, CMTU, Idoso e outros, garantindo a intersectorialidade;
- Implementar o sistema de informação existente, quanto ao registro e controle adequado das denúncias e reclamações.
- Incorporar e implementar nas práticas da VISA as ações de proteção ao aleitamento materno e políticas antitabagismo.

3.3.2. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica necessita implementar atividades educativas à população, como também realizar parcerias para ampliar notificações de outros agravos com ênfase nos acidentes de trabalho leves e graves, violência, pois são fundamentais para o desenvolvimento da rede de atenção. É preciso criar mecanismos para conseguir maior autonomia da equipe, como autoridade sanitária e aumento do número de fiscais da Vigilância Sanitária para incrementar ações de fiscalização de sua competência, conforme pactuação.

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.

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 de epidemiologia.

Dentro do organograma da Autarquia Municipal de Saúde, a Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE), está situada na Diretoria de Vigilância em Saúde.

A GVE é responsável pela Vigilância Epidemiológica das doenças e agravos de notificação, conforme disposto na Portaria nº 105 de 2011, da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Pela Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), cujas ações prioritárias são estabelecidas na Portaria Ministerial nº 687, de 30 de março de 2006 e pelo desenvolvimento de ações relacionadas ao Programa Nacional de Imunização e também processamento e análise dos dados epidemiológicos.

Segundo a Lei 8.080/90 (19 de setembro de 1990) o conceito de Vigilância Epidemiológica é: “Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Portanto os propósitos e funções da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) são: Coleta de dados; Processamento dos dados coletados; Análise e interpretação dos dados processados; Assessoria e recomendação das medidas de controle apropriadas; Promoção das ações de controle indicadas; Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e Divulgação de informações pertinentes.

As ações de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas de forma articulada com diversos setores. Atualmente, existem 66 fontes municipais de notificação e acompanhamento dos casos. Os exames para investigação são encaminhados ao laboratório de referência é o Laboratório Central do Estado – Lacen-PR.

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.

Dentro desta gerência, são realizados o processamento eletrônico dos seguintes programas: a) Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Vigilância Nutricional de Crianças Menores de 5 Anos – SISVAN; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC. Além destes, cria e mantém atualizados os mapas temáticos de áreas de abrangência, áreas de risco, áreas com dados socioeconômicos e de morbidade. Elabora relatórios referentes à saúde do município como um todo e de forma desagregada, atende ao pedido interno ou e externo de informações de saúde do município.

O Núcleo de Informações em Mortalidade – NIM, investiga todos os óbitos de causas mal definidas, de mulheres gestantes e em idade fértil e de crianças menores de 1 ano. Integra o Comitê Municipal de Óbito Infantil e o Comitê Municipal de Óbito Materno.

Ações de Combate e Controle da Dengue

Embora as doenças e agravos não transmissíveis correspondam a maioria dos óbitos no município, enfrentamos um sério problema de saúde pública – a dengue. Agravado endêmico, com epidemias cíclicas e influenciadas por diversas situações que vão desde as climáticas, estruturas, operacionais e comportamentais. A Prefeitura de Londrina através da Secretaria de Saúde, desenvolve ações de controle do vetor e da doença, de forma continuada, ou seja, independente do pico sazonal da doença, buscando reduzir os índices de infestação por *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, o risco da ocorrência de epidemias.

São monitoradas permanentemente situações de risco para dengue, utilizando instrumentos que detectem surtos localizados e sinalizem uma possível epidemia. Os dados das notificações dos serviços de saúde e do

levantamento do índice de infestação são utilizados no monitoramento do agravo e elaboração de boletins semanais, gerando informação para ações de intervenção.

Em 1986, foi constatada pela primeira vez no município a presença do *Aedes aegypti*, em duas regiões distintas do Município (no Jardim Califórnia e no Jardim Bandeirantes), demonstrando que as origens destes focos são diferentes e em 1994, foram confirmados os primeiros casos de dengue, sendo 2 casos importados. De 1994 a 2010, foram confirmados casos da doença na maioria dos anos, com exceção de 1997 em que não foram detectados casos positivos.

Em 2003, o município passou pela primeira epidemia de dengue, na qual foram confirmados 7352 casos, com incidência de 1.573,18/100.000 hab. decorrentes da circulação dos sorotipos DENV1, DENV2 e DENV3.

Londrina revive em 2011, mais uma epidemia, com a incidência de 1462,79/100.000 habitantes, decorrentes da circulação dos sorotipos DENV1 e DENV 2. Dos casos confirmados foram registrados 27 casos de FHD e 20 casos de dengue com complicação, com 04 casos de óbitos.

Em 2012 foram confirmados 105 casos, enquanto que em 2013, até 29 de agosto, foram confirmados 1146 casos, com 1037 casos autóctones, 06 casos de FHD e 12 casos de dengue com complicação. O coeficiente de incidência foi de 222,21/100.000 hab. decorrente da circulação dos sorotipos DENV1 e DENV4.

A introdução do sorotipo DENV4 no Município de Londrina representa uma ameaça para a saúde pública, tendo em vista a suscetibilidade de toda população, pela entrada em ação de uma nova variação do micro-organismo. A possibilidade da reincidência é preocupante, podendo levar ao aumento de casos com complicações, aumento de casos graves e óbitos.

Os levantamentos de índice rápido do *Aedes aegypti* (LIRAAs) realizados em janeiro, março e julho de 2013, apontam como criadouros predominantes os depósitos passíveis de remoção/proteção, resíduos sólidos como principal criadouro do mosquito (lixo). Em janeiro o levantamento demonstrou o índice de 8,05%, com 43,1% dos criadouros encontrados em recipientes plásticos,

garrafas e latas desprotegidas. Em março o índice foi de 6,2% com 51,75% de criadouros encontrados nos mesmos depósitos já citados e em julho o índice apresentado foi de 1,1%, com 52,4% dos criadouros encontrados nos mesmos depósitos.

Diante deste quadro e da análise de nossas fragilidades e capacidade de resposta, estratégias de intervenção foram estabelecidas, buscando o fortalecimento da intersetorialidade e da integração de ações, aliadas à participação ativa da população nas atividades de prevenção e controle.

Em agosto de 2013, foi implantado o Comitê Gestor Intersetorial de Controle da Dengue, sendo que a primeira providência adotada foi a elaboração e atualização do Plano de Contingência para o Controle da Dengue, na perspectiva de orientar e agilizar a tomada de decisão e a viabilização de uma ação integrada entre a Secretaria de Saúde, Secretarias e órgãos públicos afins, Ministério Público, Instituições de Ensino, Conselho Municipal de Saúde e hospitais.

No plano de contingência as ações foram divididas por componentes, no sentido de facilitar a identificação de ações indispensáveis ao alcance dos resultados, passando pelo controle do vetor, ações de educação, comunicação e mobilização, vigilância epidemiológica e assistência ao paciente. As ações estão detalhadas no referido plano, que será amplamente divulgado.

4. 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, ou ainda por serem projetos estruturantes que demandam maior incentivo e atenção dos gestores.

4.1. Política de Práticas Integrativas/ Programa de Fitoterapia

O programa tem como objetivo disponibilizar conhecimentos e produtos fitoterápicos para uso na rede básica de saúde do município de Londrina diminuindo o uso de determinados medicamentos alopáticos e seus possíveis

efeitos colaterais, além de oferecer alternativas terapêuticas, conforme dispõe a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 do Ministério da Saúde.

População alvo: Usuários das Unidades Básicas de Saúde de Londrina, pacientes atendidos pelo Sistema de Internação Domiciliar, Maternidade Municipal Lucilla Balallai, Saúde Mental, Clínicas Odontológicas e Centro de Especialidades Odontológicas, Policlínica, profissionais da saúde e população em geral.

Os objetivos específicos são: orientação quanto ao uso correto de diversas plantas medicinais, ampliação do arsenal terapêutico disponível, redução do consumo dos medicamentos de síntese (alto-custo), redução da medicalização alopática excessiva (inclusive automedicação e alto consumo de psicotrópicos), reduzir número elevado de efeitos colaterais dos medicamentos de síntese (iatrogenismo), valorização do saber popular e estímulo ao autocuidado através do uso correto de plantas medicinais em diversas formas (chás, banhos, cataplasmas e outras apresentações).

Ações para implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública de Saúde de Londrina, sendo elas:

- fitoterapia, Terapia Comunitária Integrativa, Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura) e Homeopatia;
- atualização permanente do protocolo de Fitoterapia;
- aperfeiçoar a forma de contratação de fornecedores de fitoterápicos manipulados, garantindo a qualidade, eficácia e eficiência do Programa Municipal de Fitoterapia;
- fomentar o conhecimento científico em Fitoterapia para um melhor aproveitamento de plantas medicinais buscando reduzir intoxicação, em função de uso indevido de plantas e medicamentos;

Em 2012 o Programa Municipal de Fitoterapia foi ampliado para 100% das Unidades Básicas de Saúde da rede da Autarquia Municipal de Saúde, tendo ocorrido em julho e agosto treinamento técnico para os profissionais de

saúde. Ações relevantes como o desenvolvimento do site de Práticas Integrativas e Complementares e a atualização do protocolo de Fitoterapia, com disponibilização na intranet, também foram realizados.

Para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares-PICs faz-se melhorar a estrutura da Policlínica para atendimento em homeopatia e acupuntura; adquirir material médico/hospitalar específico para acupuntura e medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais; prever recursos financeiros para promover encontros técnicos anuais em PIC's e implantar o Programa Saúde na Sala de Espera, que tem como objetivo educação em saúde à população num aspecto abrangente, inclusive o de como utilizar o sistema SUS.

4.2. Programas de Controle das DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose

O Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho desenvolve ações de assistência relacionada à DST/HIV/Aids, Hepatites virais e Tuberculose aos pacientes provenientes dos município da área de abrangência da 17ª RS, bem como, ações de prevenção relacionadas a estas patologias para os pacientes do município de Londrina.

O Programa tem como objetivo controlar as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o HIV/Aids, as Hepatites Virais e a Tuberculose, através de ações setoriais e interinstitucionais de prevenção para os pacientes residentes no município de Londrina, bem como oferecer a assistência às Pessoas Vivendo com DST – HIV/ Aids/Hepatites Virais e Tuberculose, residentes nos municípios da área de abrangência da 17ª Regional de Saúde.

O PM-DST/Aids de Londrina foi institucionalizado em maio de 2007, quando foi incluído no organograma da Autarquia Municipal de Saúde como "Gerência Municipal de DST/Aids e Tuberculose".

A Gerência Municipal de DST/Aids e Tuberculose tem como objetivo desenvolver ações de contingência da epidemia das Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais através de ações setoriais e interinstitucionais de prevenção, assistência às Pessoas Vivendo

com DST – HIV/ Aids de Londrina, em parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC/Aids).

Tem como finalidade a gestão e o desenvolvimento institucional deste, bem como coordenar o Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, onde funcionam o CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento e os ambulatórios de referência para as DST (Ginecologia e Obstetrícia - GO e Urologia - URO) e HIV/Aids e o Ambulatório de Tuberculose.

Um dos instrumentos de gestão do PM-DST/Aids é o Plano de Ações e Metas (PAM) elaborado anualmente e em conjunto com a Comissão Municipal de DST/Aids (COMUNIAIDS); aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Programa Estadual de DST/ Aids/ SESA-PR e pelo Programa Nacional de DST/Aids - Ministério da Saúde que, através da Política de Incentivo repassa mensalmente os recursos financeiros do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde.

Os quatro serviços que atendem às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) de Londrina são: o ambulatório do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, o Serviço de Internação Domiciliar - ADT/AMS, o ambulatório do Hospital das Clínicas / UEL e o setor de moléstias infecciosas do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná /UEL.

Centro de testagem e aconselhamento

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, mantém programas visando à prevenção da infecção por HIV/ AIDS.

Desde 1988, funcionam os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), rebatizados em 1997 como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesse serviço, é possível realizar testes para HIV e Hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma

definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) e por ela controlados.

O CTA em Londrina iniciou suas atividades em novembro de 1995. O atendimento nesse centro é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe multiprofissional de saúde que a orientará sobre resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, o CTA é responsável por encaminhar as pessoas para tratamento nos Serviços de Atenção Especializada em Aids (SAE).

Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço. O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, fornecer as informações e esclarecer dúvidas sobre DST e HIV/aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se.

Além do aconselhamento, outras ações de prevenção são realizadas pelos CTA, dentro da unidade de saúde (ações intra-muros) e fora dela (ações extra-muros), tais como: disponibilizam insumos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas para a população geral.

A missão do CTA é promover a equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

Ambulatório de DST/HIV/Aids

O serviço ambulatorial em HIV e aids é um serviço de saúde que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids.

O objetivo deste serviço é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de multiprofissional composta

por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem e odontologia, entre outros.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, urologista, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e aids. Campo de estágio para alunos de graduação universitária (UEL – UNOPAR – UNIFIL – INESUL – PITAGORAS). Campo de pesquisa para TCC, Tese de Mestrado e Doutorado na área afim.

Ações para controle da Tuberculose

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública reconhecido pelo governo brasileiro. Portanto, em razão de propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar sua evolução, procurando reduzir sua prevalência na população.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

As UBS realizam ações que visam identificar precocemente os suspeitos de tuberculose pulmonar. São ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária: Busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico baseado nos sintomas e resultado de exame de escarro, acompanhamento dos

casos de tuberculose pulmonar, por consultas e controle mensal de exame de escarro e Tratamento Diretamente Observado (TDO), busca ativa de faltosos por visita domiciliar, encaminhamento quando necessário ao Centro de Referência, controle de contatos por meio de avaliação médica e realização de exames, medidas de prevenção, promoção de saúde por meio de ações educativas nas unidades e grupos, além de capacitações aos profissionais de saúde.

Ações para Controle da Hanseníase:

Com relação a este agravo, as equipes das UBS tem papel fundamental no diagnóstico de casos novos no município de Londrina, exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, acompanhamento dos casos em tratamento, ações educativas para sensibilização e conscientização da população, capacitação permanente dos profissionais de saúde.

4.3. Programa Respira Londrina

Esse Programa foi implantado em 2003, com objetivo de melhorar o atendimento ao portador de asma e seu Protocolo permanece como instrumento norteador da assistência ao usuário asmático. As atividades de prevenção, orientação e acompanhamento do paciente no domicílio foram mantidas. Esse programa continua apresentando resultados positivos significativos na redução de internações de pacientes com asma, diminuição de atendimento nos prontos socorros e reduzindo a necessidade de nebulização nas UBS. Também foram mantidas as reuniões e discussões do Comitê Revisor do Programa, oficinas de capacitação para médicos clínicos gerais, pediatras e enfermeiros que atuam nas UBS do município para melhor atendimento ao bebê chador e criança com asma.

4.4. Atenção Fisioterápica na Atenção Primária e Média Complexidade

A Fisioterapia na APS e na média complexidade contribuiu para melhor qualidade de vida da população, por meio da utilização de conhecimentos específicos dessa área, seja no tratamento reabilitador ou por meio de ações educativo-preventivas, integrando o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional.

São objetivos específicos da Atenção Fisioterápica:

- a. Implementar programas de intervenção fisioterápica mais abrangente e envolvendo maior número possível de indivíduos dentro da realidade do serviço;
- b. Consolidação do processo de regulação da fisioterapia pelo Complexo Regulador, efetivando a priorização ao acesso aos serviços de fisioterapia na média e alta complexidades, nos serviços credenciados pelo SUS, de acordo com o estabelecido no Protocolo de Prioridades;
- c. Facilitar o acesso à consulta a pacientes que necessitam de próteses ou órteses;
- d. Agilizar o acesso a pacientes de alta hospitalar à fisioterapia ambulatorial, por meio de referência de auditores operativos;
- e. Melhorar e facilitar o atendimento fisioterápico ao paciente crônico, através de direcionamento pela UBS a grupos e espaços comunitários próximos à moradia do usuário.

Atividades desenvolvidas na Atenção Fisioterápica na APS e Média Complexidade

- Visita domiciliar a pacientes acamados, com demandas agudas ou crônicas passíveis de resolução e apoio domiciliar;
- Atividades físicas e educativas em grupos: terceira idade, hipertenso, diabético, obesidade;
- Atividades em grupo com usuários portadores de dor crônica, por exemplo, saúde da coluna;

- Intervenção no Grupo de Asmáticos do Programa Municipal de Controle da Asma;
- Tratamento individual do lactente chiador e criança asmática, dentro do Programa Municipal de Controle da Asma (PMCA) e de crianças com outras necessidades;
- Intervenção no atendimento a pessoa com hanseníase;
- Intervenção no Grupo de Tabagismo;
- Intervenção no Programa de Puericultura;
- Intervenção no Programa de Pré-Natal;
- Atendimento individual agendado na UBS, priorizando urgências (pós-operatórios recentes, afecções diversas agudas e crianças);
- Apoio a outros profissionais do NASF na realização de trabalho multiprofissional em outros grupos;
- Encaminhamento para atendimento ambulatorial em clínica de fisioterapia de média e alta complexidade para maior resolubilidade, quando indicado;
- Encaminhamentos para consultas de prótese e órteses quando indicadas, reduzindo a fila de espera;
- Atendimento individual em todas as especialidades, apoiando a consulta referenciada.

5- Gestão da Saúde

O sistema saúde do município de Londrina, não diferente do Sistema Nacional, atravessa atualmente um período de mudanças e transformações para o seu aperfeiçoamento. Para tanto, impõe-se a necessidade de repensar

os mecanismos de gestão e de produção do cuidado em saúde, que hoje estão postos.

As diretrizes do Ministério e da Secretaria de Estado da Saúde que apontam para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, requerem investimento importante em diferentes áreas e a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina tem envidado esforços para a construção das ações e processos de trabalho na lógica da articulação em redes.

O projeto de governo da atual gestão tem o usuário como centro da atenção em saúde e a educação permanente como eixo estruturante da gestão. Dessa forma, propõe ao longo de 4 anos, levar a saúde mais perto da população, por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde, organizando-as em todo município, reduzindo o tempo de resposta ao atendimento das necessidades de saúde e aumentando a resolubilidade dos serviços prestados. Para isto é necessário articular as informações produzidas pelas diferentes diretorias para sua utilização oportuna no planejamento, monitoramento e avaliação descentralizado e integrado das Unidades Assistenciais; Otimizar o Sistema de Informação enquanto ferramenta de gestão (Descentralização das Informações por território).

No ano de 2012 a Autarquia de Saúde passou por reestruturação estabelecida pela Lei Municipal nº 11.610/2012 que dispõe sobre o sistema organizacional da administração direta e indireta do município. No ano de 2013 o executivo municipal provocou que todos os órgãos realizassem avaliação do funcionamento desta nova estrutura com probabilidade de alterações. O ponto de maior fragilidade identificado pela equipe técnica foram os processos de compra e como sugestão a descentralização desta função criando uma diretoria de compras/licitação.

O processo de descentralização passa também pela participação da equipe gestoras e dos técnicos nas Câmaras Técnicas da Bipartites Regional e Estadual. A presidência do CRESEMS é do gestor de Londrina e membro do COSEMS-PR a partir de 2013. Londrina está representada na por técnicos na Câmara Técnica da CIB Estadual de Planejamento e gestão, Redes de Atenção e da Vigilância em Saúde, e membro do Grupo Condutor das Redes.

5.1. Instrumentos de planejamento, controle e avaliação

O município utiliza os instrumentos de planejamento conforme a Portaria Ministerial nº 3332, de 28 de dezembro de 2006 e recentemente o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 inserem o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão. Sendo este um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal pactuado pelo Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde/COAP, com seus respectivos conselhos de Saúde, Conferência Municipal de Saúde compatibilizando-se as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e o estabelecimento de metas de Saúde.

Com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do COAP, a Comissão Intergestores Tripartite/CIT, na sua primeira Reunião Ordinária, ocorrida em 28 de fevereiro de 2013, pactuou premissas que nortearam a seleção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período 2013 – 2015, a saber:

- I. Harmonizar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde;
- II. Manter vinculação com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), onde houver aplicabilidade, de modo a refletir a implantação das políticas prioritária respeitada o § 4º do art. 30 da LC nº 141/12;
- III. Estabelecer rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos;
- IV. Compor-se por indicadores universais que expressem o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema;
- V. Compor-se por indicadores específicos que expressem as características epidemiológicas locais e de organização do sistema.
- VI. Buscar a redução do número de indicadores com base nas premissas dos itens IV e V;

VII. Respeitar a autonomia do ente federado com relação a inclusão de outros indicadores observadas as especificidades locais e as diretrizes nacionais.

Este Plano Municipal de Saúde tem vigência 2014 – 2017 e tem seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde, atualizações pelas Conferências de Saúde, relatórios quadrimestrais e dos Relatórios Anuais de Gestão.

Foram utilizados também os demais instrumentos de planejamento como o Plano Plurianual (PPA 2014-2017), Plano Diretor, Lei de Diretrizes Orçamentárias (obras e equipamentos e custeios) e a Lei Orçamentária Anual (previsão de receitas e despesas do ano seguinte) e as propostas da Conferência Municipal de Saúde de 2011.

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

Os indicadores para avaliação do impacto das ações na saúde da população são os estabelecidos pelo Ministério da Saúde e são acompanhados pela equipe de gestão composta por diretores, gerentes, coordenadores, assessores e técnicos das respectivas áreas. O resultado dessas avaliações e propostas para intervenção compõe a programação anual de saúde correspondente.

Assim o Sistema de Regulação da atenção compete à regulação do sistema e da assistência, a avaliação e o controle sistematizados em todos os níveis de atenção, incluindo a elaboração de fluxos de acesso, a avaliação da execução da atenção, a apuração da resolubilidade do sistema, a programação das ações assistenciais em todos os serviços ofertantes ao SUS em Londrina, o controle do teto financeiro do município, disponível para a área da assistência e as ações de auditoria quando as demais ações apontarem não

conformidades. As ações são desenvolvidas pela Diretoria de Regulação, Auditoria em Saúde/DRAS da regulação do acesso em parceria com diretorias afins e subsidiam a construção de protocolos clínicos de manejo da atenção básica e de protocolos de regulação à assistência de média e alta complexidade, bem como a

O monitoramento do sistema de saúde, por sua vez, impacta diretamente sobre a qualidade dos serviços executados, atesta a eficiência dos fluxos de acesso implantados e produz um feedback imediato acerca da otimização do recurso financeiro aplicado.

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

Na Central de Regulação Eletiva foram implementadas diversas rotinas de acesso qualificado e regulado a especialidades e exames de média complexidade, como por exemplo: endocrinologia, endo/obesidade, fisioterapia, ortese/prótese, DI/TGD, pediatria no HC, ortopedia infantil, uro-ped, cardiologia, especialidades ortopédicas, mastologia, especialidades neurológicas, exames de USG, EEG, ecocardio, endoscopia digestiva e outros.

Com isto as 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, 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 garantindo assim a integralidade do cuidado. Também foi implantado em setembro/2012 o sistema de regulação online integrando a Central de regulação Eletiva/DRAS e as Unidades Básicas de Saúde do município, onde todas as solicitações de consulta de especialidades reguladas (38 especialidades) passaram a ser

realizadas via sistema Saúde WEB e as solicitações das especialidades não reguladas são agendadas de acordo com a oferta existente no sistema e, quando necessário, são classificadas e agendadas rapidamente de acordo com a prioridade estabelecida pela equipe de regulação (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas). Também foi implantada no sistema saúde web, a divisão da oferta de consultas de especialidades pelo critério populacional (percapita) a todos os municípios da 17ª Regional de Saúde. Esta regulação trouxe agilidade e racionalidade às demandas por consultas especializadas em Londrina.

As equipes constituídas por médico, enfermeiro e odontólogo, atuam 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.

Os serviços do SUS no município são submetidos às ações de auditoria, 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 adequada, bem como a utilização de rotinas técnicas, verificar a conformidade dos procedimentos realizados, e a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS. As ações de auditoria analítica e operativa visam verificar as conformidades e não conformidades sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, analisando documentos médicos, hospitalares e dos sistemas de informações disponíveis pelo DATASUS/MS. As atividades de avaliação de estrutura física dos serviços e cumprimento das normas e rotinas técnicas são realizadas em parceria com a Vigilância

Sanitária. Esta gestão está melhorar o acesso aos serviços avaliando e dimensionando a oferta da Rede Especializada (própria, privada, Consórcio) e monitoramento da Rede Hospitalar quanto a oferta e demanda para identificar vazios assistenciais e buscar recursos financeiros junto as demais instâncias (federal e Estadual)

Com a recomposição do quadro de profissionais na Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde por meio de Teste Seletivo, em 2012, houve o incremento das ações de auditoria operativa realizadas por profissionais de enfermagem. As ações diárias de auditoria in loco possibilitaram um maior controle principalmente sobre a assistência hospitalar, verificando a situação dos pronto-socorros, a ocupação de leitos gerais e das Unidades de Terapia Intensiva, o acesso dos pacientes e a satisfação dos usuários e também fornece informações diárias e relevantes para a Central de Leitos e SAMU. Ocorreu um aprimoramento nas ações de controle, avaliação, auditoria e monitoramento dos serviços de saúde através da qualificação das equipes técnicas e administrativas e implantação de POP – Procedimento Operacional Padrão. Neste contexto, houve incremento nas ações de avaliação do cumprimento de metas contratuais dos serviços hospitalares contratualizados com a realização de avaliações periódicas dos Planos Operativos pelas Comissões de Avaliação Interinstitucional. Oportunamente, foram realizadas auditorias analíticas e operativas nos serviços credenciados de forma rotineira ou em atenção à demanda da Ouvidoria Municipal com vistas à qualificação assistencial.

O processo de contratualização das unidades prestadoras de serviços de saúde junto ao SUS iniciou-se em 2005 com a assinatura do contrato do 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.

Dentre as ações de controle destaca-se a instrução e finalização dos

processos de contratualização de diversos prestadores ambulatoriais como serviços de reabilitação mental/autismo e encaminhamento dos Termos de Referência/projetos de serviços de fisioterapia, de diagnose e terapia, Terapia Renal Substitutiva, reabilitação motora e auditiva, sendo meta para 2013 a contratualização final de todos os prestadores SUS do município.

5.2 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 está composto por Blocos de Financiamento antes instituído pela Portaria nº 204 do ano de 2007 que foi alterada pela portaria nº 837 do ano de 2009, acrescentando o bloco de investimento na Rede de Serviços de Saúde. A 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 e Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

O financiamento da atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável (Fonte de Recurso 495).

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, Saúde Bucal e outras estratégias, programas que o Ministério da Saúde implantar.

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Fonte de Recurso 496, compreende os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, SAMU, CEREST - Saúde Trabalhador e CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

O financiamento para a vigilância em saúde (Fonte de Recurso 497) estão os recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose.

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 498 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 499, 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.

O financiamento para investimento em Rede de Serviços de saúde, destina-se, exclusivamente, às despesas de capital.

5.3. Participação Popular e Controle Social

O Conselho reúne-se mensalmente 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 são realizadas reuniões prévias com a secretária administrativa, comissão executiva e a comissão de avaliação e acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde.

Além da estrutura oficial do Conselho Municipal de Saúde está em desenvolvimento o processo de participação popular tem contribuições efetivas através dos Conselhos regionais e locais de saúde. A Lei nº 11.852,10 de junho de 2013 alterou a composição do conselho, eleição entre seus membros para eleger o presidente, sobre a duração do mandato e reeleição, atribui a constituição de grupos técnicos e comissões para assessorar o Conselho. As Comissões Permanentes do CMS são: Comissão de Orçamento e Finança; Comissão de Comunicação e Educação Permanente do Controle Social; Comissão de Assistência e Acesso ao SUS;(Humanização); Comissão de DST/AIDS; Comissão de Saúde Mental; Comissão de Saúde da Mulher; Comissão de Vigilância em Saúde; Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador – CIST; Comissão de Ética.

Com objetivo de qualificar a participação popular têm sido promovidos 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.

São também realizadas audiências públicas quadrimestral, em cumprimento da Lei Complementar 141, na Câmara Municipal conforme prazos estabelecidos pela lei.

5.4 Gestão do trabalho e Educação em saúde

Como em diferentes áreas de atuação da Autarquia de Saúde existe a necessidade de diminuir o déficit de recursos humanos, a contratação de profissionais deve ocorrer preferencialmente por concurso público, desta forma, reduzindo a rotatividade profissional e melhorando a qualificação das equipes de 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.

No início de 2013 a equipe gestora da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina optou por um modelo de gestão ampliada e colegiada com vistas a fortalecer a interação e articulação da rede de atenção básica, especializada e hospitalar e estreitar o vínculo da Secretaria de Saúde com as secretarias municipais e outras instituições que compõem o SUS.

Para tanto, vários processos de educação permanente em saúde (EPS) foram desencadeados a partir de 2013 como: Encontros Regionais de Educação Permanente; Reuniões Semanais para a cogestão da Secretaria Municipal de Saúde; Reuniões itinerantes das Diretorias; Oficina Municipal de Constituição das Redes de Atenção à Saúde com a participação de diferentes secretarias, rede de serviços do município e outros serviços contratualizados (hospitais, clínicas, instituições de ensino, COSEMS, organização civil); Oficina com Equipe de Apoio do Ministério da Saúde para Constituição das Redes , com participação do COSEMS e serviços de saúde do município (rede própria, contratada e complementar); Oficina de Planejamento e Gestão com Diretores, Assessores, gerentes e Coordenadores da rede de serviços da ASMS; Oficina

Interna para discussão da função da Policlínica, da Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde, Diretoria Financeira; Participação de técnicos nas reuniões do grupo de Trabalho de Gestão Pública Intersetorial, com desdobramentos para convergência entre todas as secretarias da divisão territorial do município e ações em conjunto; Ações intersetoriais no atendimento à mulher, à criança e ao adolescente; Elaboração da linha de cuidados à criança e adolescente de risco em parceria com Secretaria da Assistência Social, Educação, Saúde, com vistas a elaboração de um protocolo de atendimento à esta população; Parceria entre Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres, Secretaria Municipal de Assistência Social, Instituições de Ensino Superior e Secretaria Municipal para capacitação de aconselhores HIV; oficinas de qualificação da Atenção Primária no SUS –APSUS, com a participação de todos os profissionais da atenção básica e representantes de outras diretorias que compõem a rede; entre outros.

Esses movimentos propiciam a criação de espaços compartilhados de análise das práticas de cuidado realizadas pelos serviços de saúde do município, o fortalecimento da construção das redes de cuidado efetivas a partir da experiência nos territórios e a ampliação da articulação entre as diretorias da secretaria municipal de saúde com as unidades assistenciais.

Com objetivo de formar parceria para formação de pessoas para o Sistema de Saúde a Secretaria celebra convênios/parcerias para servir de campos de estágio e elaboração de projetos de pesquisa, capacitações.

O plano de governo prevê desenvolver melhores condições de trabalho; analisar a necessidade de Criação de Novos Cargos, rever a estruturação da Carreira/mesa de negociação permanente; adequação de número de profissionais conforme a diferenciação/realidade local das Unidades de Saúde, sua abrangência e complexidade (segundo características demográficas, epidemiológicas e sócio- econômicas); Adequação do número de profissionais da Autarquia Municipal de Saúde; Desenvolver e oportunizar a participação dos trabalhadores em cursos de atualização e capacitação profissional, ampliação do número de Equipes de Saúde da Família de 52% para 68% em 2017;

ampliação do número de Equipes de saúde Bucal; ampliação do número de Equipes NASF.

Incentivar os talentos locais para mostrar o seu trabalho e participar da humanização dos serviços por meio da disseminação das experiências exitosas em realização de Simpósios Temáticos (ex: aleitamento materno), eventos loco regionais para Socialização e divulgação de experiências da Rede Municipal (Mostra Saúde da Família) e outros também será fomentado pela gestão.

5.5 Informação em saúde

As ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde são implementadas tanto pelo acompanhamento de indicadores oficiais e pactos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, quanto por indicadores que acompanham a reorganização de processos de trabalho internos, priorizados no município no Programa de Modernização da Gestão Pública.

A Prefeitura Municipal de Londrina, através do Decreto nº 1040, de 27 de Outubro de 2011, instituiu O PMGP - Programa De Modernização da Gestão Pública na Prefeitura do Município de Londrina. O decreto considera como instrumentos oficiais de melhoria da gestão da Prefeitura do Município de Londrina, os quatro projetos implantados pelo INDG - Instituto de Desenvolvimento Gerencial, mediante convênio com o MBC – Movimento Brasil Competitivo e apoio financeiro dos empresários que integram o MLC - Movimento Londrina Competitiva: Gestão Matricial de Receitas; Gestão Matricial de Despesas; Reestruturação Operacional de Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde; e Reestruturação Operacional de Procedimentos dos Processos de Compras da Secretaria Municipal de Gestão Pública.

A metodologia utilizada pelo INDG foi de implementar essas melhorias através de grupos de gestores internos, formados por servidores públicos municipais, que foram os implantadores, multiplicadores e serão responsáveis

pela perenidade desses projetos de racionalização e modernização da gestão pública na Prefeitura do Município de Londrina.

Dentre os projetos propostos no Programa, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou os processos de Gestão Matricial de Despesas – GMD e Reestruturação Operacional de Procedimentos – ROP SAÚDE, com o acompanhamento de processos visando a melhoria da qualidade do atendimento, redução de filas (tempo de espera) e melhor uso dos recursos (relação custo/benefício), e utilização de indicadores.

No Programa GMD são definidas metas de despesas que são mensalmente monitoradas e, em data definida pela coordenação geral do Programa, a Autarquia Municipal de Saúde deve apresentar causas que justifiquem as metas não atendidas, bem como contramedidas a serem adotadas para que as despesas sejam reduzidas.

Atualmente a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina monitora 57 contas de despesas, distribuídas em 10 Pacotes: Transportes e Viagens; Alimentação; Benefícios; Materiais de Saúde; Serviços; Utilidades; Conservação/Limpeza e Vigilância; Materiais; Infraestrutura e Serviços de Saúde.

No Programa ROP são definidas metas que são mensalmente monitoradas como: tempo de espera para consulta por classificação de risco, tempo de espera para consultas especializadas reguladas e não reguladas, também a porcentagem de medicamentos faltantes na Central de Abastecimento Farmacêutico, entre outros e deve apresentar causas que justifiquem as metas não atendidas, bem como contramedidas a serem adotadas para que as despesas sejam reduzidas.

A implementação dos sistemas de informações em saúde também está sendo organizada para integrar os diversos serviços, permitindo a desagregação de dados e perfil epidemiológicos, bem como avanço no geoprocessamento e territorialização para o aprimoramento na construção das Redes de Atenção à Saúde, constituindo redes por região.

Quanto à inserção dos vários segmentos da sociedade nas ações de planejamento e gestão da saúde, além dos espaços informais já citados

anteriormente, como as oficinas de territorialização, também ocorrem nos espaços formais postos legalmente no SUS, como nas audiências públicas trimestrais e mensalmente nas reuniões ordinárias do Conselho municipal de Saúde.

O Projeto PETIC/Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação, PM Londrina está sendo desenvolvido através de parceria entre a Administração Municipal do município com a Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná – CELEPAR, mediante Termo de Cooperação Técnica. Este servirá de referência para o desenvolvimento de ações relacionadas à área de Tecnologia de Informação e Comunicação no âmbito da Administração Municipal e deverá guiar as políticas municipais na implementação das ações que virão transformar o município numa cidade mais moderna e digital, com o propósito maior de melhorar a oferta e eficiência dos serviços públicos municipais e contribuir para a qualidade de vida da cidade em geral. Os objetivos do PETIC são: propor Políticas e Boas Práticas de Tecnologia Informação e Comunicação para o Município; identificar projetos prioritários desta área para a gestão 2013-2017 e apresentar estimativas de investimentos necessários para desenvolvimento dos projetos.

5.6 Tecnologia da Informação

A estrutura da rede de informática está composta nas unidades de saúde, outros serviços municipais de saúde e setores administrativos.

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 por contrato com empresa.

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 que variam de 512kb e 2mb. A Policlínica municipal e Unidade de Pronto Atendimento/UPA Sabará são atendidas com uma linha privativa de dados/LP de 4Mb. 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 21 municípios que compõem o CISMEDPAR (além de Londrina), algumas regionais de saúde e prestadores de serviços de saúde contratados, 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). Estes acessos externos via VPN, somam 80 conexões.

Em substituição ao sistema Hygia, em uso desde 1994, o SAUDEWEB a partir de 2007 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 munícipe em um único sistema.

A reestruturação organizacional e de processos desenvolvida pela gestão municipal priorizou alguns processos na Saúde que foram desenvolvidos e estão em processo de implantação como: Autorização de pagamentos de procedimentos, distribuição e dispensação de medicamentos, gerenciamento de demandas de serviços de saúde (agendamentos), atendimento em internação domiciliar, visitas domiciliares pela equipe de saúde da família, regulação de acessos a serviços ambulatoriais, serviços de urgência e serviços hospitalares eletivos.

Para o processo de implantação permeia por melhoria da infraestrutura de informática (equipamento, cabo, rede...), contratação para alguns setores de profissionais e capacitá-los bem como melhoria das estruturas físicas dos setores/Unidades de Saúde.

5.7 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é definida pela Política Nacional de Medicamentos como Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve desde a gestão de pedido, pelo recebimento, armazenamento, conferência e a distribuição dos medicamentos, materiais hospitalares, materiais odontológicos e materiais de ostomia das Unidades de Saúde do Município até o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002a, p.34). Dentro desta normativa faz parte da padronização aproximadamente 919 itens, sendo 75 medicamentos da cesta básica, 42 medicamentos controlados, 31 medicamentos de uso interno e caixa de emergência, 34 medicamentos de programas, 128 medicamentos para os

serviços complementares, 294 itens de materiais médico hospitalares, 291 materiais odontológicos e 24 materiais para ostomia.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica discute a lista da RENAME as medidas para a adoção para a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município – REMUME. Como parte integrante da assistência farmacêutica, em 2012 foi inaugurada a Farmácia Municipal, onde foi projetado espaço humanizado para atendimento dos pacientes, aumento de funcionários para a dispensação dos medicamentos e incorporação da Farmácia do Apoio Social, onde é prestada atenção farmacêutica aos pacientes carentes. Houve também a inclusão da Farmácia Popular do Brasil dentro da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF).

Visando a melhoria e conservação dos medicamentos, inclusive preconizado pela política nacional de medicamentos, em 2012 a Central de Abastecimento Farmácia passou por modernização, com pintura, divisórias, condicionadores de ar (11 aparelhos), EPIs (jalecos, botas, luvas) e aquisição de uma plataforma elevatória e escadas (06 unidades); criação dos Procedimentos Operacionais Padrão – POP, dentro das Boas Práticas de Armazenamento e Transporte; Informatização e Controle de Estoque em tempo real; Readequação da Logística de atendimento (interno e externo); Liberação dos Alvarás: Licença Sanitária; Corpo de Bombeiros; Conselho Regional de Farmácia; Dispensa do IAP. Também houve estruturação da sala de armazenamento do estoque de vacinas, anteriormente em um espaço pequeno localizado dentro da central de abastecimento, transferido para uma sala com espaço melhor, com separação para sala de estoque, e câmaras de armazenamento de produtos termo- lábeis, transformando em sala de imunização da rede.

Em 2012 visando a necessidade de um almoxarifado central dos materiais de utilização dos serviços de manutenção e do abastecimento da rede pública realizou-se a adequação de espaço e a Centralização do Almoxarifado para acomodação dos materiais de limpeza, manutenção, expediente, elétrica e hidráulica, pneus, óleos de veículos, EPIs, higiene pessoal, baterias, pilhas, informatizando através do sistema ÁGORA para a

realização do controle de estoque e distribuição mediante Kits para as Unidades de Saúde e setores administrativo e dos setores internos.

5.8 Infra estrutura

A organização dos serviços próprios municipais da saúde conta com uma estrutura de 52 unidades básicas (02 Unidades Mistas/União da Vitória e Maria Cecília) e uma unidade móvel de saúde (UNIMOS) sendo que algumas estruturas serão 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.

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 Almoxarifado Central (oficinas e almoxarifado geral). A Secretaria conta também com as unidades próprias , Pronto Atendimento Municipal Adulto e Infantil, Unidade de Pronto Atendimento-região Oeste/Jardim Sabará, Pronto atendimento Jardim Leonor, Maternidade Municipal, CAPS –III , CAPS-i e sede do SAMU. Loca os prédios utilizados pela Villa da Saúde (unidade administrativa), a Policlínica Municipal, Unidade Básica Central, Farmácia Municipal e Popular, Central de Regulação de Leitos/Interserviços, e por cessão de uso onde funciona o setor de Vigilância em saúde e CAPS AD. Realizar adequações de infraestrutura dos Serviços de Saúde para favorecer a ambiência, em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (espaço que visa a confortabilidade; espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos).

Quadro 22 - Resumo das obras previstas com captação de recursos

Reformar e Ampliar: San Izidro.
Ampliar 8 UBS: Guairacá, Irerê, Maravilha, Selva, Lerrovile, João Paz, Vila Casone, Alvorada.
Reformar 17 UBSs: União da Vitória, Armindo Guazzi, Jardim Marabá, Lindóia, Centro Social Urbano (CSU), Cafezal, Vila Nova, Parigot de Souza, Guaravera, Novo Amparo, Chefe Newton, Vivi Xavier, Jardim Santiago, Jardim Tóquio, Cabo Frio, Aquiles Stenghel, Panissa.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Construir 11 UBSs: Guanabara, Maravilha (U. Vitória), Pq. Indústrias, Campos Verdes, Milton Gavetti, Carnascialli, Padovani Vista Bela, Jd. Cambará/Vila Sian, Três Bocas, Paiquerê, Vila Fraternidade.
Construir 01 UPA III na Região Centro/Oeste, Construir 01 UPA II na Região Leste

Quadro 23 - Resumo de necessidades em fase de captação de recursos

Reformar e Ampliar: UBS Itapoã.
Ampliar 01 UBS: Taquaruna
Reformar 08 UBSs: Jd. do Sol, Leonor, Maria Cecília, Jd. Ideal, Piza, São Luiz, Warta, San Izidro.
Construir: 01 UBS Ernani
Construir o Centro de Zoonoses
Reformar e Ampliar Maternidade Municipal
Construir sede: Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Emergência - SAMU, Complexo Regulador.
Construção do Centro de Atenção Psicossocial CAPS-AD e CAPS III i, - local para equipe do consultório de Rua
Reformar: CAPS III
Reforma e Ampliação: CAPS i
Reforma do PAM e PAI
Reforma no Centrolab
Polo Academia da Saúde - na UBS Padovani / Vista Bela

6. OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES E METAS

OBJETIVO DE GOVERNO: Levar a saúde mais perto da população, por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde, organizando-as em todo município, reduzindo o tempo de resposta ao atendimento das necessidades de saúde e aumentando a resolubilidade dos serviços prestados.

DIRETRIZ 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1: Fortalecer a interação e articulação da Rede de Atenção Básica, especializada e Hospitalar, com o foco da ação centrado no usuário, com práticas acolhedoras e resolutivas. **(Municipal)**

Meta 1: Implantar 05 Redes Temáticas de Atenção à Saúde (Materno infantil, urgência e emergência, saúde mental, doenças crônicas, deficiência). **(Municipal)**

Indicador: Proporção de Redes de Atenção à Saúde em implantação e concluídas.

Ação	2014	2015	2016	2017
Implementação da Rede de Urgência e Emergência	Conclusão da obra e inauguração da UPA Centro-Oeste. Início da construção da sede própria do SAMU 192 Regional Londrina. Capacitação de 100% dos municípios da 17º Regional de Saúde através do Núcleo de Educação em Urgência. Regulação de 100% dos casos de gestação de alto risco com referência Londrina, com avaliação quadrimestral. Adequação das salas de emergência dos prontos atendimentos 16 e 24horas. Participação da Central de	Início da construção da UPA Leste. Conclusão da sede do SAMU 192 Regional Londrina. Educação permanente e treinamento de 100% dos municípios da 17º Regional de Saúde (NEU). Avaliação quadrimestral dos serviços de referência em gestação de alto risco. Participação da Central de Regulação de Leitos e Regulação de Urgência em todas as	Conclusão da obra e inauguração da UPA Leste. Educação permanente e treinamento de 100% dos municípios da 17º Regional de Saúde (NEU). Avaliação quadrimestral dos serviços de referência em gestação de alto risco. Participação da Central de Regulação de Leitos e Regulação de Urgência em todas as avaliações do HOSPSUS pertinentes a	Educação permanente e treinamento de 100% dos municípios da 17º Regional de Saúde (NEU). Avaliação quadrimestral dos serviços de referência em gestação de alto risco. Participação da Central de Regulação de Leitos e Regulação de Urgência em todas as avaliações do HOSPSUS pertinentes a esta Regional de Saúde.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	Regulação de Leitos e Regulação de Urgência em todas as avaliações do HOSPSUS pertinentes a esta Regional de Saúde. Reativar o Comitê com reuniões periódicas com participação do representante do Conselho.	avaliações do HOSPSUS pertinentes a esta Regional de Saúde.	esta Regional de Saúde.	
Previsão de concursos, aquisições de bens e equipamentos em geral para 5 Redes Temáticas.	Realizar o estudo de dimensionamento de pessoal, descrição de cargos, conforme necessidades regionalizadas e dar encaminhamentos para contratações pertinentes a cada Diretoria. Identificar bens necessários ao funcionamento das Redes e elaborar um planejamento para aquisição (PPA)	Acompanhamento do processo, dos seus encaminhamentos e solicitar correções se necessário.		
Melhoria do sistema de apoio diagnóstico/serviço laboratorial próprio	Finalizar o Chamamento Público 04/2013 para complementar o rol de exames para os usuários. Previsão de reforma do Centrolab e adequação para a instalação do equipamento Gene Xpert (Tuberculose) cedido pelo Min. da Saúde. Apoio diagnóstico aos programas da Sífilis, AIDS, Hanseníase, Tuberculose.	Avaliação da viabilidade de implantação de novos exames em função da demanda solicitada pelas unidades de saúde. Analisar o fluxo atual de coleta descentralizada dos exames e adequar conforme as necessidades identificadas.	Implantar os novos exames. Realizar estudo para analisar a viabilidade da implantação de laboratórios regionalizados	
Reforma do serviço próprio laboratorial/Centrolab	Adequação para a instalação do equipamento Gene Xpert (Tuberculose) cedido pelo Min. da Saúde. Reposição de	Contratação de projetos para Reforma do Centrolab para melhor atendimento aos usuários, principalmente os	Construção de uma nova sede para o Centrolab, uma vez que a tendência para a aquisição de equipamentos para realização	Mudança do Centrolab para a nova sede.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>servidores que se exoneraram ou aposentaram (bioquímicos, utilizando o último concurso que tem previsão de término de vigência em Abril de 2014 e auxiliar de patologia que tem concurso vigente até o ano de 2015).</p> <p>Reposição de administrativos com o concurso vigente</p>	<p>setores de recepção e coleta, ainda com as adequações necessárias para implantação de novos equipamentos (equipamentos modulares).</p> <p>Realização de concurso para contratação de bioquímicos, aux. de patologia para reposição de servidores com previsão de aposentadoria para o ano de 2015.</p> <p>Criação de vagas para o Centrolab de administrativos para a recepção e plantonistas.</p>	<p>de exames é que estes sejam integrados entre todos os setores e a atual estrutura física do Centrolab não comportará esta nova tecnologia, incluindo também nesta nova sede uma soroteca (câmara fria) para armazenamento de amostras.</p>	
<p>Reformar, ampliar e melhorar ambiência da maternidade Municipal para o aprimoramento da assistência humanizada ao parto, nascimento, aleitamento materno e planejamento familiar como ponto de atenção na Rede Materno Infantil à gestação de risco habitual.</p>	<p>Início do processo de contratação dos projetos para obras de reforma e ampliação da Maternidade Municipal com recursos proveniente do MS/Rede Cegonha.</p>	<p>Concluir obra.</p> <p>Prover a Maternidade com equipamentos e tecnologias em consonância com as diretrizes do parto humanizado e IHAC.</p>	<p>Obras Concluídas.</p>	<p>Adequar A Maternidade aos padrões de qualidade na assistência ao parto, nascimento e aleitamento materno em consonância com Rede Cegonha/Mãe Paranaense.</p>
<p>Fortalecer a Atenção Primária como ordenadora do cuidado, com ações contínuas de</p>	<p>Atualização e implantação dos protocolos clínicos (doenças crônicas HA e DM, assistência ao PN de baixo risco).</p>	<p>Fortalecer a Atenção Primária como ordenadora do cuidado.</p>	<p>Atualização e implantação dos protocolos clínicos (doenças crônicas HA e DM, assistência ao PN de baixo</p>	<p>Fortalecer a Atenção Primária como ordenadora do cuidado.</p>

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

educação/esclarecimento da população do processo de triagem e classificação por cores, não só para a população mas também para a equipe de servidores.	Implantação do Protocolo de Assistência à Pessoa Vítima de Violência e protocolos de assistência das equipes NASF. Realizar oficinas para os profissionais de saúde na utilização dos protocolos. Realizar oficinas em todas as UBS através do APSUS, com a temática "Estratificação de Risco em Saúde Mental". Realizar oficinas em 10 UBS para monitoramento e avaliação do Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.	risco). Implantação do Protocolo de Assistência à Pessoa Vítima de Violência e protocolos de assistência das equipes NASF. Realizar oficinas para os profissionais de saúde na utilização dos protocolos. Realizar oficinas em todas as UBS através do APSUS, com a temática "Estratificação de Risco em Saúde Mental". Realizar oficinas em 10 UBS para monitoramento e avaliação do Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.	
--	---	--	--

Objetivo 2: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica. **(Ministério da Saúde)**

Meta 1: Aumentar para 68% a cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família até 2017. O aumento gradativo está previsto da seguinte forma: 56% em 2014, 60% em 2015, 64% em 2016 e 68% em 2017.

Indicador: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. **(Indicador Universal nº 1)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Formar comissão de estudo para dimensionar o quadro de pessoal necessário por unidade básica de saúde	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade	-	-	-
	Criação do sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal.	-	-	-
	Conclusão do estudo e criar mecanismos de operacionalização			
Criação das vagas necessárias a suprir o déficit de	Criação de vagas para 2015 Realização de concurso	Criação de vagas a cada ano	Criação de vagas a cada ano	Criação de vagas a cada ano

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

peçoal (lei e concurso)	público para ACS e demais cargos PSF e NASF	33% das vagas necessárias	33% das vagas necessárias	33% das vagas necessárias
Promover a realização de cursos de integração e capacitação	Realização dos Cursos de capacitação dos ACS recém-nomeados. Cursos de especialização para demais profissionais de saúde, em parceria com o Hospital Sírio Libanês.	Cursos de capacitação dos ACS recém-nomeados. Cursos diversos de curta duração.	Cursos de capacitação dos ACS recém-nomeados. Cursos diversos de curta duração.	Cursos de capacitação dos ACS recém-nomeados. Cursos diversos de curta duração.
Regulamentar a atuação dos cargos não específicos do PSF	Realizar e concluir estudo e publicar por meio de portaria as definições (jornada de trabalho, incentivos).	-	-	-
Construção e funcionamento da UBS Campos Verdes, Padovani, Cristal/Maravilha, Vila Siam e Flores do Campo.	Contratação de profissionais médicos através de concurso público homologado em fev 2014 e programas ministeriais “Mais Médicos” e “PROVAB”. Inauguração de uma UBS nova com previsão de 3 Equipes completas Saúde da Família. (Campos Verdes). - Apresentar ao Conselho de Saúde proposta de ampliação das equipes demonstrando quais Unidades e por região. - Adquirir tecnologia de informatização adequada para todas as equipes para captação de informações em tempo adequado, inclusive nas visitas, e elaborar projeto para captação de recursos financeiros para aquisição.	Ampliação de número de Equipes da Estratégia Saúde da Família através de contratação de médicos do programa ministerial “Mais Médico”. E ampliação de UBS, com previsão de construção de 02 UBS novas (Padovani e Cristal).	Ampliação de número de Equipes da Estratégia Saúde da Família através de contratação de médicos do programa ministerial “Mais Médico”. E ampliação de UBS, com previsão de construção de 02 UBS novas (Vila Siam e Flores do Campo).	Ampliação de número de Equipes da Estratégia Saúde da Família, em geral através de contratação de médicos do concurso público.

Meta 2: Aumentar em 10% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal até 2015 e ampliar em 20% até 2017.

Indicador: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. **(indicador Universal nº 4)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Formar de comissão de estudo para dimensionar o quadro de pessoal	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade	Aumentar cobertura em mais 10%	Aumentar cobertura em mais 15%	20% de aumento de cobertura
	Criação do sistema de lotação, substituição e			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

necessário por unidade básica de saúde	remoção de pessoal Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade.			
Criação das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso)	Criação de 6 vagas de dentistas Realização de concurso público para cargos de profissionais de odontologia	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias
Promover a realização de cursos de integração e capacitação	Cursos de capacitação dos recém-nomeados.	Cursos de capacitação dos recém-nomeados.	Cursos de capacitação dos recém-nomeados.	Cursos de capacitação dos recém-nomeados.
Construir as Clínicas odontológicas nas novas UBS.	Inauguração de uma UBS nova com previsão de 3 Equipes Saúde da Família e uma saúde bucal 40 horas (Campos Verdes) Encaminhar projeto de ampliação de cobertura da Saúde Bucal através da criação do cargo de dentista e auxiliar de saúde bucal 40 horas.	Ampliar em duas equipes saúde bucal com a construção de 02 UBS novas (Padovani e Cristal) Realização do concurso de profissionais de 40 horas em 2015 e contratação parcial. (na dependência de aprovação do projeto)	Ampliar em duas equipes de saúde bucal, com construção de 02 UBS novas (Vila Siam e Flores do Campo). Contratação dos profissionais completando a meta. (na dependência de aprovação de projeto)	Construir as Clínicas odontológicas nas novas UBS.

Meta 3: Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Indicador: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (**Indicador Universal nº5**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Melhorar o acesso na ação coletiva de escovação dental supervisionada	Normalizar a aquisição de escovas e insumos para a realização desta ação. Intensificar as ações de escovação coletiva	Avaliar as ações do PSE e		Melhorar o acesso na ação coletiva de escovação dental supervisionada

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>nas escolas através do PSE (Programa Saúde na Escola);</p> <p>Ampliar a cobertura da Saúde Bucal através com criação do cargo de dentista e auxiliar de saúde bucal, de carga horária de 40 horas/semanais.</p> <p>Iniciar as ações de saúde bucal na UBS Campos Verdes.</p>	<p>alterar o plano de trabalho se necessário.</p> <p>Ampliar o nº de equipes (02) saúde bucal e Iniciar as ações de saúde bucal na UBS Padovani e Cristal.</p>	<p>Ampliar o nº de equipes (02) saúde bucal e Iniciar as ações de saúde bucal na nova UBS Vila Siam e Flores do Campo.</p>	
--	---	--	--	--

Meta 4: Aumentar o número de equipes NASF garantindo a proporcionalidade de 01 Nasf para cada 05 equipes de saúde da família. Totalizando 20 equipes NASF para o município. **(Municipal)**

Indicador: Razão de equipes NASF por equipe ESF

Ação	2014	2015	2016	2017
Formar comissão de estudo para dimensionar o quadro de pessoal necessário por unidade básica de saúde dimensionamento	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade			
	Criação de sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade.			
Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso)	Criação de vagas para 2015 Realização de concurso público para ACS e demais cargos PSF e NASF	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias	Criação e provimento de 33% das vagas necessárias
Promover cursos de integração e capacitação	Cursos de especialização de Educação na Saúde – Projeto de apoio ao SUS, em parceria com o Hospital Sírio Libanês.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.
Regulamentar de atuação dos cargos não específicos do PSF/NASF	Conclusão do estudo e publicação de portaria de jornada de trabalho e de incentivos			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Ampliar cobertura com equipes do NASF.	<p>Contratação de profissionais que compõem NASF através de concurso público homologado em fevereiro 2014 para recomposição das 10 equipes.</p> <p>Enviar projeto de ampliação de 10 para 20 equipes NASF para o MS e solicitação de ampliação de vagas para a Câmara Municipal.</p>	Ampliar em 02 equipes NASF, vinculado a aprovação do projeto.	Ampliar em 04 equipes NASF, vinculado a aprovação do projeto.	Ampliar em 04 equipes NASF, vinculado a aprovação do projeto.
--	--	---	---	---

Meta 5: Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

Indicador: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). (**Indicador Universal nº 3**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até 490 agentes.	<p>Contratar no mínimo 400 ACS através de concurso público a ser realizado em 2014.</p> <p>Realizar oficinas para capacitação dos ACS e das equipes saúde da família, e NASF ESF para acompanhamento das condicionalidades da Bolsa Família.</p>	<p>Ampliar para 430 de Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>Realizar oficinas para capacitação dos novos ACS e das equipes saúde da família, e NASF ESF para acompanhamento das condicionalidades da Bolsa Família.</p>	<p>Ampliar para 460 de Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>Realizar oficinas para capacitação dos novos ACS e das equipes saúde da família, e NASF ESF para acompanhamento das condicionalidades da Bolsa Família.</p>	<p>Ampliar para 490 de Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>Realizar oficinas para capacitação dos novos ACS e das equipes saúde da família, e NASF ESF para acompanhamento das condicionalidades da Bolsa Família.</p>

Objetivo 3: Fortalecer a Atenção Domiciliar como nova modalidade assistencial de modo a otimizar leitos hospitalares e diminuir custos ao município

Meta 1: Implantar mais duas equipes clínicas no SAD (EMAD), totalizando 5 completas equipes de modo a ampliar a cobertura no município e garantir maior acessibilidade ao munícipe.

Indicador: Número de pacientes admitidos em determinado período.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

AÇÃO	2014	2015	2016	2017
Criação de 2 equipes Clínicas oportunamente com a oferta de profissionais médicos do Programa “Mais Médicos” do Governo Federal. Criação de 2 cargos de enfermeiro e 2 de fisioterapeuta. Aquisição de veículos novos.	Aquisição de veículos, nova projeção de materiais medicamentos e outros insumos. Redistribuição da área de cada equipe. Em estudo na DGTES a definição do ano de criação de cargos de enfermeiro e fisioterapeuta	Aumentar a proporção de internados em instituições hospitalares que recebem alta para Atenção Domiciliar em 5%.	Aumentar a proporção de internados em instituições hospitalares que recebem alta para Atenção Domiciliar em 10%.	Aumentar a proporção de internados em instituições hospitalares que recebem alta para Atenção Domiciliar em 15%.
Equipar com tecnologia adequada de informatização as equipes para geração de informação em tempo adequado.	Realizar estudo de necessidades e escolha da tecnologia adequada e elaborar projeto para aquisição.	Viabilização de recursos financeiros próprios ou captados para aquisição.		

Objetivo 3.1: Reestabelecer fluxo de oxigenoterapia e matriciamento na rede assistencial.

Meta 1: Aumentar a oferta de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) a todas as regiões do município (incluindo zona rural) propiciar matriciamento dos profissionais da Atenção Primária nesta modalidade terapêutica. Diminuir custos com a utilização de oxigênio envazado em cilindros.

Indicador 1: Cobertura terapêutica em ODP em 100% dos usuários SUS.

Indicador 2: Tempo de espera para recebimento de ODP

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliar oferta de ODP, aquisição de concentradores, capacitação dos profissionais da rede assistencial.	Aquisição de 20 concentradores de oxigênio e reordenamento no processo de trabalho. Capacitação dos profissionais da rede.	Diminuição das intercorrências que culminem com a internação do paciente DPOC em 10%.	Diminuição das intercorrências que culminem com a internação do paciente DPOC em 15%.	Diminuição das intercorrências que culminem com a internação do paciente DPOC em 20%
Renovar a capacitação dos profissionais a cada 2 anos e rever a necessidade de nova aquisição de concentradores	Capacitar os profissionais da rede.	Diminuir tempo de espera para recebimento de ODP	Capacitar os profissionais da rede.	Diminuir tempo de espera para recebimento de ODP

Meta 2: Diminuir a Reinternação de pacientes acompanhados pelo SAD a partir de intercorrências no município. Aumentar a resolutividade do serviço durante as intercorrências.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Indicador: Percentual de pacientes do SAD reinternados em instituições hospitalares após intercorrências no domicílio. Taxa de agudização.

Ação	2014	2015	2016	2017
Reordenar o processo de trabalho com a disponibilidade de plantões médicos aos fins de semana.	Implantação de duas novas equipes no SAD. Reordenamento do processo de trabalho incluindo plantões médicos aos fins de semana. Diminuir a taxa de Reinternação hospitalar por intercorrências em 15%.	Diminuir a taxa de Reinternação hospitalar por intercorrências no domicílio em 20%.	Diminuir a taxa de Reinternação hospitalar por intercorrências no domicílio em 25%.	Diminuir a taxa de Reinternação hospitalar por intercorrências no domicílio em 30%.

Meta 3: Qualificar a atenção domiciliar para que os familiares estejam preparados para óbitos no domicílio em pacientes submetidos a cuidados paliativos.

Indicador: Nº de Óbito no domicílio em pacientes cuidados paliativo.

Ação	2014	2015	2016	2017
Reordenar o fluxo na rede assistencial	Reordenar o fluxo na rede assistencial incluindo o matriciamento dos profissionais de modo a propiciar o cuidado e óbito do paciente em cuidado paliativo no domicílio	Nº de matriciamento realizado pelos profissionais a modo a propiciar o óbito do paciente no domicílio Acompanhar a evolução		

Meta 4: Aumentar a média de atendimento em AD por equipe permitindo mensurar eficácia das equipes.

Indicador: Média de atendimento por Equipe do SAD

Ação	2014	2015	2016	2017
Reordenar o processo de trabalho de modo a aumentar a média de pacientes por equipe em especial pacientes submetidos a antibioticoterapia.	Aumentar a média de atendimentos por equipe SAD em 05%. Aumentar a oferta de pacientes para antibioticoterapia em 10%.	Aumentar a média de atendimentos por equipe SAD em 10%. Aumentar a oferta de pacientes para antibioticoterapia em 15%.	Aumentar a média de atendimentos por equipe SAD em 15%. Aumentar a oferta de pacientes para antibioticoterapia em 20%.	Aumentar a média de atendimentos por equipe SAD em 20%. Aumentar a oferta de pacientes para antibioticoterapia em 25%.

Objetivo 4: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção especializada. **(Ministério da Saúde)**

Meta 1: Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Indicador: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população.
(Indicador Universal nº 7)

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliar os serviços de apoio diagnóstico às gestantes de 41 semanas ou mais.	Contratualizar com CISMEPAR e outros serviços, viabilizar com a DSCS e DRAS, para realização de USG obstétrico com doppler e/ ou perfil biofísico fetal para a Maternidade Municipal na assistência as gestações a partir de 41 semanas.	Implementar protocolo clínico de assistência as gestações a partir de 41 semanas.		
Estabelecer protocolos clínicos, segurança diagnóstica e prevenção de agravos.	Seguir protocolo clínico pré-estabelecido.			
Cumprir com as ações pactuadas com o consórcio tanto com relação implantação das Redes quanto da oferta de serviços assistenciais e laboratoriais	Monitorar Metas incluídas pela Policlínica.			
Ampliar o acesso dos usuários à assistência odontológica especializada.	Elaborar projeto de criação de cargos de dentistas especialistas para atuação no CEO. Elaboração de concurso público para 10 dentistas especialistas se aprovado o projeto.	Ampliar o número de dentistas especialistas atrelado à ampliação do número de equipes de saúde bucal (se aprovado os projetos) Implementação do Centro de Referência em prótese.	Ampliar o número de dentistas especialistas atrelado à ampliação do número de equipes de saúde bucal (se aprovado os projetos)	Ampliar o número de dentistas especialistas atrelado à ampliação do número de equipes de saúde bucal (se aprovado os projetos)
Ampliar o quadro de médicos especialistas e outros profissionais como Nutricionista, para a Policlínica	Constituir comissão para iniciar os estudos para dimensionar o quadro de pessoal necessário para a Policlínica	Tornar publico o produto dos estudos	Dar encaminhamentos de acordo com o resultado dos estudos	Manter os encaminhamentos

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Realizar estudo de viabilidade para descentralizar os atendimentos de média complexidade para outras regiões da cidade (Policlínicas ou ambulatório de especialidade)	Constituir grupo de trabalho para iniciar os estudos de viabilidade	Tornar publico o produto dos estudos e dar encaminhamentos de acordo com o resultado dos estudos	Manter encaminhamentos de acordo com o resultado dos estudos	
---	---	--	--	--

Meta 2: Manter todos os serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Indicador: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado. **(Indicador Específico nº 11)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Contratualizar os serviços prestados pela Maternidade Municipal no âmbito do SUS com melhor direcionamento e aplicação dos recursos por ela captados.	Desenvolver plano de metas para a Maternidade Municipal, planejamento e avaliação para cumprimento do contratualização no âmbito do SUS com DRAS.	Monitorar e avaliar metas estabelecidas e (re) planejar e (re) pactuar metas.	Ampliação da Maternidade Municipal	
Realizar estudo das portarias vigentes para inscrição da Maternidade Municipal como Hospital de Ensino no âmbito do SUS e consequente captação de recursos nesta modalidade de contrato.	Concluir processo de inscrição de hospital escola.	Avaliar processo		

Meta 3: Contratualizar 100% dos serviços ambulatoriais. **(Municipal)**

Indicador: Proporção de serviços ambulatoriais contratualizados

Ação	2014	2015	2016	2017
Contratualizar os serviços de assistência ambulatorial ao puerpério imediato, planejamento familiar e ao atendimento as mulheres vítimas de violência sexual na Maternidade Municipal.	Desenvolver plano de metas para a Maternidade Municipal, planejamento e avaliação para cumprimento do contratualização no âmbito do SUS a assistência ambulatorial de puerpério imediato, planejamento familiar e atendimento as mulheres vítimas de violência sexual. Contratualização dos prestadores de atendimento da fisioterapia	Monitorar e avaliar metas estabelecidas e (re)planejar e (re) pactuar metas.		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 4: Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.

Indicador: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (**Indicador Universal nº 2**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Fortalecer a atenção básica	Ampliar o número de equipes da estratégia saúde da família e NASF (concurso homologado em fevereiro 2014)	Capacitação dos profissionais de Saúde na utilização de protocolos.		
	Elaborar um plano de enfrentamento de controle e combate as doenças crônicas em todas faixas etárias.			
	Atualização de protocolos			

Meta 5: Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.

Indicador: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente. (**Indicador Universal nº 8**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar estudo para diagnóstico da situação das internações clínico-cirúrgicas.	Realizar estudo buscando identificar parâmetros para internações e otimização de leitos. Melhoria das condições estruturais do setor de auditoria.	Ampliação do serviço de regulação. Garantir por meio do POAS o aumento real no número de cirurgias	Garantir por meio do POAS o aumento real no número de cirurgias	Garantir por meio do POAS o aumento real no número de cirurgias

Objetivo 5: Fortalecer o ambulatório como modalidade assistencial de modo a diminuir a internação/ocupação de leitos hospitalares e com isto a diminuição dos custos ao município.

Meta 1: Estruturar o ambulatório da Policlínica Municipal com a adequação do espaço, aumentando o número de salas, computadores e mão de obra, para que possamos oferecer mais especialidades, com isso tentar diminuir as filas que estão aguardado atendimento.

Indicador: Número de pacientes em fila de espera na DRAS.

AÇÃO	2014	2015	2016	2017
Criação de 2 equipes Clínicas oportunamente com a oferta de profissionais médicos do Programa "Mais Médicos" do Governo Federal. Criação de 2 cargos de	Aquisição de novos computadores, abertura de novos ambulatórios, reforma pintura do prédio, melhorando o espaço físico, oferecendo assim melhores condições de trabalho. Verificar condições para aquisição de imóvel para funcionamento da Policlínica.	Manutenção do ambulatório.	Manutenção do ambulatório.	Manutenção do ambulatório

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

enfermeiro e 2 de fisioterapeuta. Aquisição de veículos novos.	Resgatar a proposta inicial Da policlínica. Ampliação do nº de especialidades/quantidades.			
--	--	--	--	--

DIRETRIZ 1a: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade mediante estruturação e investimentos na Rede de Serviços da Saúde. (Municipal)

Objetivo 1a: Reestruturar (construir/ reformar/ ampliar) as áreas físicas das unidades próprias.

Meta 1a: Substituir por novas construções 7 unidades, construir mais 4 novas Unidades, reformar 17 unidades e ampliar 8 unidades.

Indicador 1a: Número de obras construídas/reformadas/ampliadas

Ação	2014	2015	2016	2017
Substituir por novas construções 07 Unidades, construir 05 Unidades novas, reformar 16 e ampliar 08 Unidades até 2016.	Iniciar a construção de 02 UBS que substituirão serviços existentes Guanabara e Milton Gavetti	Iniciar construção de 02 UBS e Finalizar construções, reformas e ampliações iniciadas em 2014	Iniciar construção de 02 UBS e Finalizar construções, iniciadas em 2015	
	Iniciar a construção de 02 UBS novas Campos Verdes e Padovani			
	Iniciar reforma de 16 UBS	Iniciar a construção de mais 02 novas UBS	Iniciar a construção de mais 01 nova UBS	
	Iniciar ampliação de 08 UBS			
	Iniciar processo de contratação de projeto arquitetônico e complementares das UBS	Finalizar contratação de projeto arquitetônico e complementares das UBS	Iniciar obras	Concluir obras
Reformar, ampliar e melhorar ambiência da maternidade Municipal para o aprimoramento da assistência humanizada ao parto, nascimento, aleitamento materno e planejamento familiar como ponto de atenção na Rede Materno Infantil à gestação de risco habitual.	Início do processo – contratação dos projetos de reforma e ampliação.	Obras parcialmente concluídas.	Obras concluídas.	

Objetivo 2a: Investir em estrutura e equipamentos em Unidades de saúde próprias da rede municipal, com ambiência adequada.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 2a: Realizar obras com ambiência adequada.

Indicador 2a: Número de obras realizadas no período que sigam normatização de ambiência.

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar as obras dos serviços públicos seguindo o regulamento técnico estabelecido na RDC50 para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.	Monitorar a adequação da ambiência nas obras conforme RDC50.			

Objetivo 3a: Investir em Tecnologia da Informação para as unidades de saúde próprias.

Meta 3a: Equipar as Unidades de saúde próprias com sistema informatizado para diversos controles internos, integração com a rede de serviços e Ministério da Saúde, prontuário eletrônico.

Indicador 3a: Número de unidades de saúde equipadas e adequadas com tecnologia de informação.

Ação	2014	2015	2016	2017
Contratação de sistema informatizado de gestão de recursos humanos	Elaboração termo de referência e realização de licitação até junho de 2014 Implantação até dezembro de 2014	Implantação e monitoramento		
Contração e implantação de sistema informatizado de gestão de recursos humanos	Estudo das demandas de informatização dos serviços de gestão de recursos humanos, visando simplificar, integrar e automatizar os processos e controles Realização do processo de licitação para aquisição do novo sistema, junho de 2014. Implantação parcial, de julho a dezembro de 2014.	Implantação total, dezembro de 2015		
Equipar com computadores a Rede municipal de urgência e emergência	Equipar o Pronto Atendimento Adulto com 15 computadores novos, o Pronto Atendimento Infantil com 14 computadores, o Pronto atendimento Leonor com 04 computadores, União	Renovação dos computadores do SAMU 192 Regional Londrina com a inauguração da nova sede.		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	da Vitória com 08 computadores e Maria Cecília com 08 computadores.			
Implantar atendimento eletrônico na Maternidade Municipal, equipando-a com sistema informatizado e integração com a rede de serviços de atenção materno infantil.	Iniciar estudo para processo de informatização da Maternidade Municipal.	Processo de informatização iniciado	Processo parcial	Processo concluído em 100% dos serviços da Maternidade Municipal.
Incrementar as 52 UBS com equipamentos de informática, bem como ter sistema integrado com as redes de serviço, nível central DAPS e Ministério da saúde	Equipar as 52 UBS com 300 computadores novos em substituição dos equipamentos obsoletos. Criar sistema onde o nível central (DAPS) consiga acessar em tempo real dados das UBS como: produção, movimento de usuários, indicadores que subsidiarão o monitoramento e avaliação das ações em saúde. Implementar ações do E-SUS nas 52 UBS. Capacitação dos profissionais de saúde para utilização do sistema.	Aquisição de 92 computadores para incrementar o registro e acompanhamento dos procedimentos executados na atenção primária, bem como melhorar o controle de custos do serviço. Capacitar os profissionais novos na utilização do sistema.	Incrementar as 52 UBS com equipamentos de informática, bem como ter sistema integrado com as redes de serviço, nível central DAPS e Ministério da saúde	Equipar as 52 UBS com 300 computadores novos em substituição aos equipamentos obsoletos. Criar sistema onde o nível central (DAPS) consiga acessar em tempo real dados das UBS como: produção, movimento de usuários, indicadores que subsidiarão o monitoramento e avaliação das ações em saúde. Implementar ações do E-SUS nas 52 UBS. Capacitação dos profissionais de saúde para utilização do sistema.

DIRETRIZ 2: Aprimoramento da rede de urgências, com fortalecimento do Complexo Regulador e unificação das centrais de regulação de urgências, expansão das UPAs, construção da sede própria do SAMU 192 Regional Londrina, readequação de pronto

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

atendimentos municipais, articulando-a com outras redes de atenção. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1: Implementação da Rede de atenção à urgência e emergência.

Meta 1: Ampliar em 100 % o número de serviços de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências

Indicador: Proporção de serviços de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado. **(Indicador Universal nº12)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Capacitar os profissionais para a Notificação da Violência doméstica e/ou Sexual e outras com elaboração de cronograma que viabilize as capacitações sem a necessidade de fechar temporariamente a unidade de atendimento.	Capacitar profissionais de 11 UBS.	Capacitar profissionais de 11 UBS.	Capacitar profissionais de 11 UBS.	Capacitar profissionais de 11 UBS.
	Participação contínua nas Reuniões mensais			
	Realizar 100% das regulações através da Central de Regulação de Urgência, para atendimento à criança menor de 12 anos vítima de violência, adolescente de 12 a 18 anos vítima de violência, atendimento à mulher, ao homem e ao idoso vítima de violência. Manter 100% da procura espontânea nos prontos atendimentos 16 e 24 horas, apresentando quadro de violência de qualquer natureza, com acolhimento, classificação de risco e encaminhamento conforme Fluxo de Atendimento à Violência.			
Implementar programa Rosa Viva com inclusão nas ações do programa junto a rede de enfrentamento a violência contra a mulher.	Estabelecer protocolos clínicos de notificação e fluxo interno de atendimento a mulher vítima de violência sexual em parceria com outras diretorias e secretarias. Formar comitê para acompanhamento de todas as informações pertinentes ao tema com as demais Secretarias e ou Instituições que atendem esta clientela.	Monitorar e avaliar ações do Programa Rosa Viva e planejar ações e metas em consonância com a Rede de Enfrentamento a Violência contra a Mulher.		
Ampliar Unidades de atenção Básica na notificação de violência	Implantar o Protocolo de Assistência às vítimas de violência nas 52 UBS do município. Capacitar os profissionais de saúde na utilização do	Capacitar os profissionais novos de saúde na utilização do protocolo e	Capacitar os profissionais novos de saúde na utilização do protocolo e	Capacitar os profissionais novos de saúde na utilização do protocolo e

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	protocolo e notificação dos casos de violência. Ampliar para 35 UBS notificadoras. Aumentar a resolutividade no que tange aos exames solicitados nas UBS pelo médico do PSF.	notificação dos casos de violência. Ampliar para 40 UBS notificadoras. Aumentar a resolutividade no que tange aos exames solicitados nas UBS pelo médico do PSF.	notificação dos casos de violência. Ampliar para 47 UBS notificadoras. Aumentar a resolutividade e no que tange aos exames solicitados nas UBS pelo médico do PSF.	notificação dos casos de violência. Ampliar para 52 UBS notificadoras. Aumentar a resolutividade e no que tange aos exames solicitados nas UBS pelo médico do PSF.
--	--	--	--	--

Objetivo 2: Adequação da infraestrutura dos serviços de urgência e emergência de acordo com parâmetros da Política Nacional de Urgência e Emergência.

Meta 2: Construir uma Unidade de Pronto Atendimento regionalizada segundo parâmetros nacionais

Indicador: Número de UPAs construídas

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliar a rede de atenção à Urgência e Emergência	Contratação de projeto arquitetônico e complementares da UPA de porte 2 na região Leste e reforma do PAM /PAI e do SAMU. Concluir a UPA da Região Centro Oeste iniciada em 2013.	Iniciar a obra da UPA da Região Leste, do PAM/PAI e do SAMU	Concluir as obras	

Meta 3 – Garantir o funcionamento do comitê de urgência e emergência com participação de um representante do controle social, preferencialmente do seguimento dos usuários ou trabalhadores.

Indicador: Número de reuniões realizadas com participação do representante do controle social.

Ação	2014	2015	2016	2017
Escolher membro representante	Deliberar em reunião do Conselho representante			
Institucionalizar a participação da maternidade municipal no comitê de urgência e emergência.	Definir um membro titular e suplente o representante.			

DIRETRIZ 3: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha/Mãe Paranaense, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1: Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.(Municipal)

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 1: Ampliar em 2% ao ano a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos. **(Municipal)**

Indicador: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. **(Indicador Universal18)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Aumentar número de coletas com ampliação do número de equipes da estratégia saúde da família.	<p>Ampliar em 2% a razão de exames coletados</p> <p>Intensificar busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS contratados pelo concurso público a ser realizado em 2014.</p> <p>Ampliação do número de enfermeiros e reorganização de agenda.</p> <p>Implementar no sistema saúde web um mecanismo para rastreamento inteligente.</p> <p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO.</p>	<p>Aumentar número de coletas com ampliação do número de equipes da estratégia saúde da família.</p>	<p>Ampliar em 2% a razão de exames coletados</p> <p>Intensificar busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS contratados pelo concurso público a ser realizado em 2014.</p> <p>Ampliação do número de enfermeiros e reorganização de agenda.</p> <p>Implementar no sistema saúde web um mecanismo para rastreamento inteligente.</p> <p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO.</p>	<p>Aumentar número de coletas com ampliação do número de equipes da estratégia saúde da família.</p>

Meta 2: Ampliar em 10% até 2017 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade. **(Municipal)**

Indicador: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. **(Indicador Universal 19)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Aumentar número de solicitações de MMG com ampliação do número de equipes da estratégia saúde da família.	<p>Ampliar em 2,5% a razão de mamografias (0,47)</p> <p>Intensificar busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS contratados pelo concurso público a ser realizado em 2014.</p> <p>Ampliação do número de enfermeiros e reorganização de agenda.</p>	<p>Ampliar em 2,5% a razão de exames coletados (0,48)</p> <p>Aquisição de tecnologia de informática para ACS e equipe fazer rastreamento eletrônico inteligente.</p>	<p>Ampliar em 2,5% a razão de exames coletados (0,49)</p> <p>Completar a aquisição de tecnologia de informática para ACS e equipe fazer rastreamento eletrônico</p>	<p>Ampliar em 2,5% a razão de exames coletados (0,50)</p> <p>Manter a intensificação busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS.</p>

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>Implementar no sistema saúde web um mecanismo para rastreamento inteligente.</p> <p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO, exame clínico das mamas e solicitação de MMGs</p>	<p>Manter a intensificação busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS.</p> <p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO exame clínico das mamas e solicitação de MMGs.</p>	<p>inteligente.</p> <p>Manter a intensificação busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS.</p> <p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO, exame clínico das mamas e solicitação de MMGs.</p>	<p>Realizar aos sábados 02 campanhas de coleta de CO exame clínico das mamas e solicitação de MMGs.</p>
--	---	--	---	---

Objetivo 2: Organizar a rede de atenção a saúde materno e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade / Implementar a Rede de Atenção Materno- Infantil (Cegonha/Mãe Paranaense)

Meta 1: Aumentar o percentual de parto normal

Indicador: proporção de parto normal realizado (**indicador Universal 20**)

Ação	2014	2015	2016	2017
<p>Reduzir número de cesáreas realizadas no SUS</p>	<p>Promover ações educativas com as gestantes com objetivo de sensibilizar as gestantes quanto benefícios do parto normal para o binômio.</p> <p>Implantar grupos de gestantes em 5 UBS da zona urbana.</p> <p>Envolver os profissionais dos NASFs na abordagem aos grupos de gestantes.</p> <p>Estimular as visitas à MMLB para vinculação da gestante ao local do parto.</p>			
<p>Pactuar com hospitais a redução da proporção de cesarianas em relação ao total de partos.</p>	<p>Pactuar com hospitais a redução em 15% ao ano da proporção de cesarianas em relação ao total de partos, conforme preconizado pela Rede Cegonha/ Ministério da Saúde, até atingir a proporção de 30% cesareana.</p>	<p>Monitorar as ações para Reduzir em 15% ao ano a proporção de cesarianas em relação ao total de partos, até atingir a proporção de 30% de cesareana, no máximo.</p>		

Meta 2: Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.

Indicador: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. (**indicador Universal 21**)

Ação	2014	2015	2016	2017
------	------	------	------	------

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Enviar trimestralmente informações coletadas das DNVs para as UBS.	Iniciar a partir de março/2014.	Manter o envio, monitorar e avaliar a ação.		
Implementar as ações de captação e acompanhamento das gestantes no pré-natal	Aumentar o número de equipes da estratégia saúde da família através da contratação de profissionais, em especial médicos e enfermeiros (que realizam o PN). Intensificar a busca ativa das gestantes faltosas pelos ACS.	Manter o quantitativo adequado do número de equipes da estratégia saúde da família através da contratação de profissionais, em especial médicos e enfermeiros (que realizam o PN). Intensificar a busca ativa das gestantes faltosas pelos ACS.		

Meta 3: Realizar teste de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.

Indicador: Número de testes de sífilis por gestante (**indicador Universal 22**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar teste de sífilis em gestante conforme protocolo da Rede Mãe Paranaense e Rede Cegonha.	Identificar no sistema informatizado os exames de gestante (código Req Exame específico gestante no SW) Reproduzir nas UBS capacitação sobre sífilis no protocolo com início em maio/2014.	Capacitar profissionais novos sobre sífilis no protocolo. Monitorar os dados de coletas de exames de VDRL em gestantes.	Capacitar profissionais novos sobre sífilis no protocolo. Monitorar os dados de coletas de exames de VDRL em gestantes.	Capacitar profissionais novos sobre sífilis no protocolo. Monitorar os dados de coletas de exames de VDRL em gestantes.
Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes	Investigar os óbitos fetais e infantis de sífilis congênita Disponibilizar trimestralmente dados epidemiológicos de sífilis referente às UBS/Região. Iniciar a disponibilização de dados a partir de abril/14. Fomentar casos para evento sentinela nas UBS a partir dos dados disponibilizados	Colaborar na implantação do observatório de gestão em sífilis Iniciar a discussão do GT. Manter as discussões de casos evento sentinela nas UBS a partir dos dados disponibilizados pela DVS. Investigar os óbitos fetais e infantis de sífilis congênita. Promover capacitações em	Colaborar na implantação do observatório de gestão em sífilis Iniciar a discussão do GT. Manter as discussões de casos evento sentinela nas UBS a partir dos dados disponibilizados pela DVS. Investigar os óbitos fetais e infantis de sífilis congênita Promover capacitações em	Colaborar na implantação do observatório de gestão em sífilis Iniciar a discussão do GT. Manter as discussões de casos evento sentinela nas UBS a partir dos dados disponibilizados pela DVS. Investigar os

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

<p>pela DVS.</p> <p>Promover capacitações em teste rápido de sífilis com objetivo de ampliar em 5 o número de UBS “testadoras”.</p> <p>Ampliar quadro de enfermeiros para intensificar as ações de PN, inclusive realização do teste rápido para sífilis. (na dependência de aprovação de projeto)</p> <p>Contra referenciar para os hospitais e maternidades o índice de coleta de VDRL intra parto de cada instituição</p>	<p>teste rápido de sífilis com objetivo de ampliar em 5 o número de UBS “testadoras”.</p> <p>Ampliar quadro de enfermeiros para intensificar as ações de PN, inclusive realização do teste rápido para sífilis. (na dependência de aprovação de projeto)</p>	<p>teste rápido de sífilis com objetivo de ampliar em 5 o número de UBS “testadoras”.</p> <p>Ampliar quadro de enfermeiros para intensificar as ações de PN, inclusive realização do teste rápido para sífilis. (na dependência de aprovação de projeto)</p> <p>Concluir a implantação do observatório de sífilis.</p>	<p>óbitos fetais e infantis de sífilis congênita</p> <p>Promover capacitações em teste rápido de sífilis com objetivo de ampliar em 5 o número de UBS “testadoras”.</p> <p>Ampliar quadro de enfermeiros para intensificar as ações de PN, inclusive realização do teste rápido para sífilis. (na dependência de aprovação de projeto)</p>
--	--	--	--

Meta 4: Reduzir o número de óbito materno

Indicador: número de óbitos maternos em determinado período. **(indicador Universal 23)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Fomentar a discussão dos óbitos maternos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.	Implementar a investigação e discussão dos óbitos maternos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.	Monitorar		
Implementar a assistência no pré natal do 3º trimestre/36ª semana-40ª semana gestação.	Criar Grupo técnico em conjunto com outras diretorias para discussão da assistência pré natal 3º e criação de um ambulatório de referência para assistência secundária pré natal.	Concluir estudo		
Implementação da Rede Mãe Paranaense	Regulação de acesso pela Regulação de Urgência e Regulação de Central de Leitos, conforme determinação na Rede Mãe Paranaense, de todas as solicitações dos serviços de saúde, de pacientes em trabalho de parto, com direcionamento adequado conforme classificação de risco.			
Institucionalizar	Realizar escolha do			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

representações da maternidade municipal no comitê municipal de mortalidade materna e infantil.	representante			
Garantir acesso ao Pré-natal a 100% das usuárias SUS	<p>Captar precocemente as gestantes antes da 12ª semana</p> <p>Implantar o teste rápido de gravidez nas 40 UBS da zona urbana.</p> <p>Intensificar busca ativa das gestantes faltosas pelo ACS, Promover consultas de PN intercalado entre enfermeiro e médico.</p> <p>Monitorar os resultados dos exames de PN.</p> <p>Estratificar o risco de 100% das gestantes do SUS.</p>			

Meta 5: Reduzir em 5% a taxa de mortalidade infantil

Indicador: Taxa de mortalidade infantil (**Indicador Universal 24**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Garantir acesso e acompanhamento de 100% das crianças menores de 1 ano do SUS.	<p>Garantir número de consultas de PN preconizados na Rede Mãe Paranaense.</p> <p>Captar precocemente os RNs através da visita domiciliar puerperal.</p> <p>Estratificar o risco de 100% RNs atendidos pelas 52 UBS do município.</p> <p>Estimular e apoiar o aleitamento materno.</p> <p>Promover evento sentinela das crianças de alto risco e intermediário.</p>			

DIRETRIZ 4: Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1: Implantar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Mental ampliando o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Meta 1: aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial

Indicador: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (**Indicador Específico 29**)

Ação	2014	2015	2016	2017
Construir 02 Unidades de Atenção Psicossocial CAPS AD para CAPS AD III com construção de sede própria.	<p>Contratação de projeto arquitetônico e complementares e contratação da obra.</p>	<p>Início de 2ª obra e conclusão da 1ª.</p>	<p>Conclusão da 2ª obra</p>	
Construção de 01 Unidade de CAPS AD	<p>Início da 1ª obra.</p>			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

infante/juvenil III				
Realizar estudo e planejamento sobre a viabilidade da realização de serviços de saúde mental municipal por meio de servidores próprios	Iniciar estudo técnico de viabilidade			
Realizar o Dimensionamento do quadro de pessoal necessário por unidade nova e ampliada	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade			
Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso)	Criação de vagas para 2015	Criação e provimento de vagas necessárias		
Promover cursos de integração e capacitação	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.
Melhorar infra estrutura ambulatorial e hospitalar.	Ampliar o nº de consultas ambulatoriais e melhoria da atenção hospitalar.	Criação da Rede Municipal de Saúde Mental visando um atendimento equitativo e humanizado.	Campanhas de prevenção às doenças ou transtornos mentais.	

Meta 2: Implantar Atenção Residencial de Caráter Transitório com a criação de **04 unidades** de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, através de convênio com sociedade civil organizada. **(Municipal)**

Indicador: Proporção de Unidades de acolhimento implantadas

Ação	2014	2015	2016	2017
Implantar 04 Unidades de Acolhimento para usuários de álcool/drogas, sendo 02 adultos e 02 infante/juvenil)	Realização de processo de Chamamento Público	Início do funcionamento Unidade Adulto	Início funcionamento Unidade Infante/Juvenil	Avaliação da Unidade Adulto e Unidade Infante/Juvenil

Meta 3: Capacitar ao ano 25% de cada equipe de saúde (UBS) em saúde mental

Indicador : número de trabalhadores da saúde capacitados em saúde mental **(Municipal)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliação do número de ofertas de vagas no curso Caminhos do	Capacitação 25% das equipes de Saúde da Família no atendimento ao usuário de Álcool e	Capacitação 25% das equipes de Saúde da Família no atendimento ao usuário de	Capacitação 25% das equipes de Saúde da Família no	Capacitação 25% das equipes de Saúde da Família no atendimento ao

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Cuidado	drogas	Álcool e drogas	atendimento ao usuário de Álcool e drogas	usuário de Álcool e drogas
Disseminar a Rede de Atenção Psicossocial	Realização da discussão da RAPS por meio do APSUS aos serviços de Saúde	Fortalecimento da RAPS por meio de matriciamento realizado pelas equipes dos CAPS	Realizar nova disseminação dos dispositivos de saúde mental instalados bem como avaliação dos serviços existentes e a rede de saúde	Fortalecimento da RAPS por meio de matriciamento realizado pelas equipes dos CAPS
Ampliar número de profissionais capacitados na abordagem ao usuário com transtorno mental.	Realizar oficinas de capacitação para estratificação de risco dos usuários com transtornos mentais para 52 UBS. Capacitação dos psicólogos dos NASFs para abordagem e matriciamento das equipes em saúde mental. Realização de grupos terapêuticos de autoajuda pelos psicólogos dos NASFs em 5 UBS da zona urbana. Fomentar grupos de trabalho intersetorial em saúde mental. Implementar fluxo de atendimento aos usuários com transtornos mentais.	Manter as ações da diretriz 4, objetivo e meta 1.	Manter as ações da diretriz 4, objetivo e meta 1.	Manter as ações da diretriz 4, objetivo e meta 1.

DIRETRIZ 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. (Ministério da Saúde)

Objetivo: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas, com ênfase na hipertensão e diabetes, mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Meta 1: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Indicador: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) **(Indicador Universal 30)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Reduzir a taxa de mortalidade prematura	Meta: 3,41 (3,48/100mil 2013)	3,34	3,28	3,21
	<p>Captar precocemente os portadores de DCNT e acompanhamento sistemático;</p> <p>Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, com aumento gradativo do preenchimento;</p> <p>Promoção à saúde através de prevenção como a vacinação da pessoa idosa e prevenção de quedas, através de grupos (atividade física e atividade de vida diária).</p>			
Contratar um profissional para geriatra para policlínica e treinamento da equipe multiprofissional, em parceria com as UBS, diagnosticando pacientes em condições de tratamento ambulatorial das DCNT, com redução dos agravos em 2%	Contratar geriatra Treinar a equipe multiprofissional, em parceria com a UBS, no diagnóstico de pacientes em condições de tratamento ambulatorial das DCNT, com redução dos agravos em 2%	Treinamento continuado as equipes das UBS pela equipe multiprofissional da Policlínica quanto ao manuseio do paciente no que refere as DCNT, aumentando a avd., com redução de 2%	Treinamento continuado as equipes das UBS pela equipe multiprofissional da Policlínica quanto ao manuseio do paciente no que refere as DCNT, aumentando a avd., com redução de 2,5%	Treinamento as equipes das UBS pela equipe multiprofissional da Policlínica quanto ao manuseio do paciente no que refere as DCNT, aumentando a avd., com redução de 2,8%
Ampliar o acesso e qualificar a assistência conforme estratificação de risco das condições crônicas.	Recompor o número de equipes da estratégia saúde da família através da contratação de profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de	Ampliar o número de equipes da estratégia saúde da família se aprovado o projeto. Realizar	Ampliar o número de equipes da estratégia saúde da família se aprovado o projeto. Realizar	Ampliar o número de equipes da estratégia saúde da família se aprovado o projeto. Realizar

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>enfermagem) do concurso homologado em fevereiro de 2014. Ampliar número de ACS através de concurso público a ser realizado em 2014. Ampliar do número de médicos através do Programa Mais Médicos e PROVAB. Encaminhar projeto de ampliação do número de equipes saúde da família para o Ministério da Saúde. Realizar oficinas de capacitação nas 52 UBS para a estratificação de risco das condições crônicas (HA e DM). Atualizar e implantar Protocolo de Assistência às Condições Crônicas (HA e DM). Realizar capacitações das equipes na utilização dos protocolos clínicos. Realizar capacitação dos profissionais de saúde para recomposição dos ambulatórios de atendimento a grupos de apoio para cessação de tabagismo.</p>	<p>capacitações dos profissionais novos no uso do Protocolo de Assistência às Condições Crônicas (HA e DM). Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ampliação dos ambulatórios de atendimento a grupos de apoio para cessação de tabagismo.</p>	<p>capacitações dos profissionais novos no uso do Protocolo de Assistência às Condições Crônicas (HA e DM). Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ampliação dos ambulatórios de atendimento a grupos de apoio para cessação de tabagismo.</p>	<p>capacitações dos profissionais novos no uso do Protocolo de Assistência às Condições Crônicas (HA e DM). Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ampliação dos ambulatórios de atendimento a grupos de apoio para cessação de tabagismo.</p>
--	--	--	--	--

Meta 2: Reduzir em 2% a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur (municipal)

Indicador: taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur

Ação	2014	2015	2016	2017
Promover ações preventivas a população idosa	Recomposição das equipes da estratégia saúde da família e NASF	Capacitação dos profissionais que atuam no NASF para prevenção de	Manutenção dos grupos de fortalecimento muscular para	

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>através do concurso público homologado em fevereiro 2014.</p> <p>Formação de grupos de fortalecimento muscular para terceira idade.</p> <p>Intensificar as visitas domiciliares para detecção de riscos nos domicílios dos idosos.</p> <p>Formação de comitê intersetorial para ações de prevenção contra riscos de acidentes domésticos.</p> <p>Realização de campanhas educativas nas recepções dos serviços.</p>	<p>quedas de pessoas idosas.</p> <p>Manutenção dos grupos de fortalecimento muscular para terceira idade.</p> <p>Intensificar as visitas domiciliares para detecção de riscos nos domicílios dos idosos.</p>	terceira idade.	
Agilizar fluxo de equipamentos de suporte à mobilidade pelo SUS, como bengalas, muletas, andadores, e cadeira de rodas com recomendação de profissional autorizado	Promover campanhas para retorno dos equipamentos após o uso.	Realização de campanhas educativas nas recepções dos serviços.	Realização de campanhas educativas nas recepções dos serviços.	Realização de campanhas educativas nas recepções dos serviços.

Diretriz 6: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1 – Fortalecer a promoção e Vigilância em Saúde

Meta 1: Alcançar a cobertura vacinal em 95% nas crianças menores de 1 ano

Indicador: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas. **(Indicador Universal 35)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Capacitação de para Imunização	3 módulos	3 módulos	Avaliar os resultados	Avaliar os resultados

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

100 % dos vacinadores				
Implantação do novo Protocolo de Imunização	70 % do protocolo	30 % do protocolo		
Atualização do Procedimento Operacional Padrão para Imunização.	1 atualização	-----	1 atualização	-----
Realização de Monitoramento de cobertura vacinal com parâmetros municipais.	1 monitoramento por ano	1 monitoramento por ano	1 monitoramento por ano	1 monitoramento por ano
Discussão dos dados com DAPS e UBS sobre cobertura vacinal, taxa de captação e abandono.	1 semestral	2	2	2
Capacitação da equipe para cadastro de vacina no SaúdeWeb.	100 % das UBS		100% das UBS	
Implantação de mensagem eletrônica (via e-mail) do SaúdeWeb para convocação de faltosos de vacina.	Encaminhar a solicitação à informática/ DTI		Para crianças menores de 1 ano	Para todos os usuários com e-mail cadastrado
Implantação do Ambulatório Municipal de EAPV, com realização de doses supervisionadas.	Início das ações para implantação	1 ambulatório implantado		
Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município.	100%			
Captar precocemente as crianças para realização de puericultura e vacinação, Buscar as crianças faltosas, não perder oportunidades de vacinação	Ampliar do número de ACS através de concurso público a ser realizado em 2014. Realização busca ativa pelos ACS das crianças em atraso vacinal. Adequação da função do ACS conforme proposta da estratégia.	Ampliação do número de equipes da estratégia saúde da família e conseqüentemente ACS. (na dependência de aprovação de projeto de ampliação de vagas)		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 2: Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.

Indicador: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. **(Indicador Universal 36)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Articulação das ações visando aumentar a proporção de cura	<p>Participar junto às outras diretorias das reuniões com o grupo técnico de Tuberculose visando aumentar a meta estipulada pelo programa.</p> <p>Monitorar através do boletim mensal os casos notificados em tratamento do programa municipal de tuberculose.</p> <p>Acompanhar os pacientes internados com suspeita ou confirmados de tuberculose.</p> <p>Realizar reuniões/capacitações com as equipes das UBS abordando o tema TB.</p> <p>Intensificar as ações do DOTS.</p> <p>Intensificar acompanhamento (busca ativa) dos casos confirmados de tB pela equipe PSF.</p>	Fortalecer junto às outras diretorias as ações de descentralização para detecção dos casos de tuberculose para as UBSs		
Construção e divulgação do Perfil Epidemiológico anual	Divulgar anualmente para rede			
<p>Manter os treinamentos para os profissionais de saúde das U.S, técnicos da Secretaria de Ação Social, Sistema Estadual Prisional, Consultório na rua e outros.</p> <p>- Garantir fluxo de atendimento</p> <p>.</p>	<p>Realização de discussões e avaliações dos treinamentos dos serviços de Saúde e outros parceiros.</p> <p>Realizar Oficina sobre Tuberculose e apresentação de dados epidemiológicos.</p> <p>Viabilizar o acesso do paciente as U. S., retorno e acompanhamento.</p> <p>- priorizar o atendimento dentro das U. S.;</p> <p>- fortalecer as ações intersectoriais através de revisões periódicas.</p> <p>-Supervisionar a tomada de</p>	Fortalecimento dos momentos de monitoramento das ações de descentralização do Programa de Tuberculose. Elaborar campanhas de prevenção de tuberculose.		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

- Implantar TDO nas UBS nos finais de semana e feriados.	medicação; - monitorar as medicações realizadas durante a semana Cumprimento do cronograma de monitoramento e treinamentos no primeiro e segundo semestre, ampliando para 100% da descentralização das ações do Programa de Tuberculose na Atenção Primária.			
--	--	--	--	--

Meta 3: Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.

Indicador: Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. **(Indicador Universal 37)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar reuniões/capacitações com as equipes das UBS.	Abordar o tema TB, bem como reforçar a importância da coleta do exame HIV.			
Viabilizar o acesso do paciente ao teste rápido de HIV.	Para 100% dos casos novos. Garantir retorno e o acompanhamento do caso: - priorizar ao atendimento ao paciente com a coinfeção; - fortalecer as ações intersectoriais através de revisões periódicas do processo de trabalho e realizar treinamento dos profissionais vista a necessidade da atividade.	Intensificar acompanhamento (busca ativa) dos casos confirmados de TB pela equipe PSF, bem como proceder a coleta assim que confirmado o diagnóstico.	Elaborar campanhas de prevenção de tuberculose	Elaborar campanhas de prevenção de tuberculose

Meta 4: Aumentar a proporção de cura de casos novos de hanseníase

Indicador: Proporção de cura de casos novos de hanseníase. **(Indicador Específico 45)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Fortalecer junto às outras diretorias as ações de descentralização para detecção dos casos de Hanseníase para as UBSS	Realizar ações em conjunto às outras diretorias nas reuniões com o grupo técnico de Hanseníase visando aumentar a meta estipulada pelo programa. Monitorar através do boletim mensal de acompanhamento os casos	Elaborar campanhas de prevenção de hanseníase.	Elaborar campanhas de prevenção de hanseníase	Elaborar campanhas de prevenção de hanseníase

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>em tratamento de Hanseníase.</p> <p>Acompanhar os pacientes internados com suspeita ou confirmados de Hanseníase.</p> <p>Monitorar e informar no Sinan o numero de contatos examinados de hanseníase.</p>			
	<p>Construção do Perfil Epidemiológico por região e divulgar anualmente para rede de serviços.</p>			
<p>Reforçar a importância acompanhamento dos casos confirmados de Hanseníase e seus comunicantes pela equipe PSF.</p>	<p>Realizar reuniões qualificadas para capacitações com as equipes das UBS.</p> <p>Reavaliar tempo de fechamento das UBS para reuniões e ou treinamento, buscando redução deste tempo.</p> <p>Realizar atividades educativas na comunidade para conscientização da comunidade para detecção de casos novos (com apoio do NASF).</p>			

Meta 5: Reduzir a incidência de sífilis congênita.

Indicador: Número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano.

(Indicador Universal 28)

Ação	2014	2015	2016	2017
Implantação e desenvolvimento do observatório de vigilância epidemiológica.	Capacitação dos profissionais da rede	Manutenção da educação permanente e monitoramento e avaliação dos indicadores.		
Participar junto às outras diretorias das reuniões com o grupo técnico de Sífilis visando aumentar a meta estipulada pelo programa.	Acompanhar os pacientes internados com suspeita ou confirmados de Sífilis.			
Monitorar os casos através do SINAN	Acompanhar junto aos serviços o seguimento dos casos até o encerramento			
	Construção do Perfil			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	Epidemiológico por região e divulgar perfil para rede de serviços.			
Acompanhamento e parceria junto aos laboratórios para melhoria da qualidade dos exames de detecção da Sífilis	Realizar capacitação aos laboratórios	Monitorar e avaliar		
<p>Atualizar protocolo de Assistência ao PN. Manter as 3 coletas de VDRL preconizadas no protocolo. Realizar teste rápido de sífilis nas UBS com profissionais capacitados. Realizar capacitação para ampliar números de profissionais aconselhadores aptos a realizar referido exame de sífilis. Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de sífilis.</p>	<p>Capacitar os profissionais das UBS no protocolo de Assistência ao PN atualizado. Manter as 3 coletas de VDRL preconizadas no protocolo. Realizar teste rápido de sífilis nas UBS com profissionais capacitados. Realizar capacitação para ampliar números de profissionais aconselhadores aptos a realizar referido exame de sífilis. Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de sífilis.</p> <p>Realizar Campanhas educativas, na sala de recepção dos serviços sobre a importância da realização dos exames.</p>	<p>Manter as 3 coletas de VDRL preconizadas no protocolo. Realizar teste rápido de sífilis nas UBS com profissionais capacitados. Realizar capacitação para ampliar números de profissionais aconselhadores aptos a realizar referido exame de sífilis. Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de sífilis.</p>		

Meta 6: Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.

Indicador: Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos. **(Indicador Universal 42)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar a digitação no Sinan de HIV/AIDS	Monitorar e avaliar os casos através do SINAN			
Acompanhar os pacientes internados com suspeita ou confirmados de HIV/AIDS.	Acompanhamento diário			
Fortalecer junto às outras diretorias as ações de descentralização para detecção dos casos de HIV/AIDS para as UBSs	Acompanhar e avaliar			
	Construção do Perfil Epidemiológico por região e Divulgar anualmente para rede			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

<p>Divulgar e estimular a notificação de casos de infecção de adultos/crianças e gestante HIV para todos os serviços de saúde</p>	<p>Retroalimentação trimestral</p>			
<p>Melhorar a notificação dos casos de AIDS adulto/criança e gestante HIV</p>	<p>Reforçar a continuidade das notificações dos casos de AIDS adulto/criança e gestante HIV</p>			
<p>Realizar monitoramento dos casos de gestantes HIV e Sífilis, das crianças expostas ao HIV e das notificações de Sífilis Congênita juntamente com a Vigilância Epidemiológica do Município de 17ª Regional de Saúde.</p> <p>Realizar 01 treinamento para profissionais da rede de saúde sobre a transmissão vertical de HIV/Sífilis.</p> <p>Apoiar e realizar atividades de incentivo ao pré-natal e aos exames de HIV/Sífilis no primeiro e terceiro trimestre.</p> <p>Acompanhar 100% das gestantes HIV + com atendimento multidisciplinar.</p> <p>Garantir o acompanhamento de 100% de crianças expostas ao HIV com equipe multidisciplinar, vacinas, exames e consultas até 02 anos de idade.</p> <p>Promover espaços de discussão sobre a temática HIV e Sífilis, juntos ao comitê de morte materna e infantil no Município de Londrina.</p>	<p>- Acompanhar 100% das gestantes HIV + com atendimento multidisciplinar.</p> <p>- Garantir o acompanhamento de 100% de crianças expostas ao HIV com equipe multidisciplinar, vacinas, exames e consultas até 02 anos de idade.</p> <p>Realizar campanhas de orientação sobre a importância na realização dos exames.</p>	<p>- Acompanhar 100% das gestantes HIV + com atendimento multidisciplinar.</p> <p>- Garantir o acompanhamento de 100% de crianças expostas ao HIV com equipe multidisciplinar, vacinas, exames e consultas até 02 anos de idade.</p>	<p>- Acompanhar 100% das gestantes HIV + com atendimento multidisciplinar.</p> <p>- Garantir o acompanhamento de 100% de crianças expostas ao HIV com equipe multidisciplinar, vacinas, exames e consultas até 02 anos de idade.</p>	<p>- Acompanhar 100% das gestantes HIV + com atendimento multidisciplinar.</p> <p>- Garantir o acompanhamento de 100% de crianças expostas ao HIV com equipe multidisciplinar, vacinas, exames e consultas até 02 anos de idade.</p>
<p>Organizar o fluxo da consulta referenciada ao ambulatório de MI no HC para a Maternidade Municipal aos RN filhos de mãe HIV+.</p>	<p>Estabelecer fluxo referenciado em conjunto com a DRAS para fluxo de consulta referenciada ao ambulatório de MI no HC para a Maternidade Municipal aos RN filhos de mãe HIV+.</p>			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 7: Investigar os óbitos infantis e fetais.

Indicador: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. **(Indicador Universal 25)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Fortalecer as ações de investigação para controle do óbito infantil e fetal.	<p>Manter a investigação de 100% dos óbitos infantis e fetais.</p> <p>Instituir comissão interna de revisão de prontuário e investigação de complicações e óbitos, onde não existir, em todos os serviços, públicos, privados e contratualizados ou conveniados.</p> <p>Efetivar a representação da maternidade nos comitês municipais</p>			
Fortalecer as ações das equipes da atenção primária a partir dos casos discutidos no comitê de mortalidade infantil.	<p>Proceder a investigação dos óbitos da área de abrangência das UBS. Representante da equipe onde ocorreu óbito participar e discutir casos no comitê de mortalidade.</p> <p>Após discussão e encerramento do óbito no comitê, proceder reunião de equipe nas UBS onde ocorreram os óbitos para detecção e atuação nos pontos a serem melhorados (evento sentinela).</p>	<p>Manter a investigação dos óbitos da área de abrangência das UBS.</p> <p>Representante da equipe onde ocorreu óbito participar e discutir casos no comitê de mortalidade.</p> <p>Após discussão e encerramento do óbito no comitê, proceder reunião de equipe nas UBS onde ocorreram os óbitos para detecção e atuação nos pontos a serem melhorados (evento sentinela).</p>	Fortalecer as ações das equipes da atenção primária a partir dos casos discutidos no comitê de mortalidade infantil.	

Meta 8: Investigar os óbitos maternos.

Indicador: Proporção de óbitos maternos investigados. **(Indicador Universal 26)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Fortalecer as ações para investigação do óbito materno	<p>Manter a investigação de 100% dos óbitos maternos.</p> <p>Efetivar a representação da maternidade nos comitês municipais.</p> <p>Instituir comissão interna de revisão de prontuário e investigação de complicações</p>			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	e óbitos onde não existir em todos os serviços, públicos, privados e contratualizados ou conveniados.			
Fortalecer as ações das equipes da atenção primária a partir dos casos discutidos no comitê de mortalidade materna.	<p>Proceder a investigação dos óbitos da área de abrangência das UBS.</p> <p>Representante da equipe onde ocorreu óbito participar e discutir casos no comitê de mortalidade.</p> <p>Após discussão e encerramento do óbito no comitê, proceder reunião de equipe nas UBS onde ocorreram os óbitos para detecção e atuação nos pontos a serem melhorados (evento sentinela).</p>	Manter a investigação dos óbitos da área de abrangência das UBS. Representante da equipe onde ocorreu óbito participar e discutir casos no comitê de mortalidade. Após discussão e encerramento do óbito no comitê, proceder reunião de equipe nas UBS onde ocorreram os óbitos para detecção e atuação nos pontos a serem melhorados (evento sentinela).		

Meta 9: Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIP).

Indicador: Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (MIP) investigados. **(indicador universal 27)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Fortalecer as ações para investigação do óbito	<p>Manter a investigação de 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil.</p> <p>Verificar a contratualização dos hospitais pelo HOSPSUS</p>	Manter 100%	Manter 100%	Manter 100%

Meta 10: Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

Indicador: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. **(Indicador Universal 38)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Monitorar trimestralmente o banco de dados da base municipal (SIM).	Analisar e investigar 100% dos óbitos não fetais notificados.			
Promover ações de educação permanente em saúde sobre preenchimento adequado das Declarações de óbitos, qualificando 80% os profissionais atuantes no município.	Capacitar 20% dos profissionais que realizam o preenchimento de declaração de óbito.	Capacitar 20% dos profissionais que realizam o preenchimento de declaração de óbito	Capacitar 20% dos profissionais que realizam o preenchimento de declaração de óbito	Capacitar 20% dos profissionais que realizam o preenchimento de declaração de óbito

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta11: Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.

Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrada em até 60 dias após a notificação. **(Indicador Universal 39)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Alimentar o banco de dados municipal (SINAN) em prazo adequado	Realizar monitoramento mensal, procedendo às devidas correções Ampliar o percentual de encerramento em até 60 dias	Ampliar o percentual de encerramento em até 60 dias	Ampliar o percentual de encerramento em até 60 dias	Ampliar o percentual de encerramento em até 60 dias

Meta 12: Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

Indicador: Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. **(Indicador Universal 40)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar Capacitações para as diferentes Instituições	Identificar as instituições com dificuldade para notificar e realizar capacitação para as mesmas. Realizar campanhas ao próprio trabalhador sobre a importância da notificação das patologias relacionadas ao trabalho	Monitorar e avaliar após as capacitações		

Meta 13: Integrar as ações do ambulatório DST/AIDS nas campanhas de preventivo de câncer de colo de útero e mama entre outras junto as unidades de saúde com oferta de palestras, oficinas sobre Doença Sexualmente Transmissível (DST)/Aids, oferta do teste rápido para HIV e Sífilis. **(Municipal)**

Indicador: número de campanhas de preventivo de câncer de colo uterino e mama em Unidades Básicas de Saúde com integração das ações de com oferta de palestras, oficinas DST/Aids, oferta do teste rápido para HIV e Sífilis.

Ação	2014	2015	2016	2017
Articular com a Secretária de Políticas para Mulheres, Programa da saúde do adulto, divisão de atenção básica e projetos acadêmicos e atividades que promovam discussão sobre gênero, violência, direitos	Oferecer a realização dos testes rápidos em conjunto nas campanhas organizadas pelas Atenção Primária, ampliando para 100% da descentralização das ações do Programa de HIV e Aids. Realização de discussões e	Fortalecimento dos momentos de monitoramento das ações de descentralização do Programa de descentralização da atenção as DST, HIV e Aids na atenção Primária.		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

<p>humanos, direitos reprodutivos, com enfoque ao público feminino, na área de abrangência das UBS.</p> <p>Participar das campanhas de prevenção de câncer de colo de útero e mama e outras junto às unidades de saúde com oferta de palestras, oficinas sobre DST/Aids, oferta do teste rápido de HIV e Sífilis.</p>	<p>avaliações dos treinamentos dos serviços de Saúde e outros parcerias.</p> <p>Realizar campanhas para divulgação da vacina HPV.</p>	<p>Avaliar e monitorar a implementação.</p>		
---	---	---	--	--

Meta 14: Promover 01 campanha direcionada a mulheres com promoção de atividades educativas. **.(Municipal)**

Indicador: Realização de no mínimo uma campanha anual

Ação	2014	2015	2016	2017
Instituir calendário para realização das atividades educativas na rede assistencial municipal	Definir calendário 01 campanha ao ano	01 campanha ao ano	01 campanha ao ano	01 campanha ao ano
Viabilizar estudo para implantação de horário alternativo para vacina de mães que trabalham.	Iniciar estudo	Avaliar resultado do estudo e necessidade de implantação		

Objetivo 2: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.

Meta 1: Ampliar para 100% as ações de intervenção de vigilância ambiental nas análises com resultados insatisfatórios realizados em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual e livre, e turbidez

Ação	2014	2015	2016	2017
Propor ações de intervenção nos locais com resultados insatisfatório	Implantar planilha de monitoramento de intervenção de Vigilância nas SAAs, SACs, SAls (intimações e outros) em 100% dos laudos insatisfatórios para Col.Totais, Cloro e turbidez	Avaliar e monitorar resultados		
Realizar análise de cloro residual e turbidez.	Em 100% das escolas e CEMEIS municipais	Avaliar e monitorar		
Implantar rotina de ação intersetorial	Com Sec. de Educação Municipal em relação à qualidade da água para	Manter		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	consumo (Ex. esclarecimento sobre limpeza das caixas d'água)			
Reestruturação do Laboratório Municipal de Vigilância da Água ou contratação de serviço em atenção ao Elenco 3 do Vigiasus (item 3.4)	Realizar estudo e proposta	Iniciar as melhorias apontadas pelo estudo.		

Indicador: Proporção de análises com resultados insatisfatórios realizados em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. **(Indicador Universal 53)**

Meta 2: Promover busca ativa de 200 domicílios servidos por rede de esgoto que não utilizam esse serviço, conforme demanda repassada do órgão responsável. **(Municipal)**

Indicador: Proporção de domicílios que foram notificados para ligação de seus domicílios a rede coletora de esgoto.

Ação	2014	2015	2016	2017
Buscar junto à SANEPAR lista de domicílios servidos por rede de esgoto que não utilizam esse serviço	Realizar busca ativa dos domicílios Notificar os domicílios para se regularizarem Implementar planilha de monitoramento de intervenção de Vigilância	Avaliar e Manter a ação		

Meta 3: Promover política intersetorial em 100% das ações de saúde, pertinentes à urbanização de moradias irregulares e assentamentos em fundos de vale.

Indicador: Proporção de ações de saúde com práticas intersetoriais desenvolvidas para urbanização de moradias irregulares.

Ação	2014	2015	2016	2017
Implantar planilha de intervenções intersetoriais com outros órgãos ou diretorias para monitoramento de ações desencadeadas ou solicitadas à CSA/GVA/DVS	Realizar reuniões para levantamento de propostas de intervenção	Avaliar resultados		

Objetivo 3: Reduzir óbito por dengue aprimorando a vigilância ambiental no controle da epidemia.

Meta 1: Reduzir índice de pendência para 10%(vistorias em domicilio) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. **(Municipal)**

Indicador: proporção de imóveis recuperados nas vistorias

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar em pelo menos 2 sábados/mês trabalho de recuperação de imóveis fechados.	Organizar cronograma anual	Manter	Manter	Manter

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Manter Atualizado o cadastro das imobiliárias	Criar banco de dados de imobiliárias da cidade com constante atualização.	Atualizar e Manter	Atualizar e Manter	Atualizar e Manter
Propor sugestão de mudança da Lei Munic. 8815/2002				
Realizar reuniões com Sindicatos e outras instituições para ações conjuntas	Definir instituições, convidar para reunião e definir ações conjuntas.	Avaliar	Manter	Manter

Meta 2: Aumentar em 30% o número de vistorias em domicílios em relação ao ano anterior. **(Municipal)**

Indicador: nº de domicílios vistoriados no ano.

Ação	2014	2015	2016	2017
Dimensionamento do quadro de pessoal necessário por unidade nova e ampliada	Conclusão do estudo e publicação o quadro de vagas por unidade Aumentar o número de vistorias nos domicílios através de ampliação de vagas visando também o crescimento habitacional			
Criação de sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal	Conclusão do estudo e publicação o quadro de vagas por unidade			
Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso)	Criação de 67 vagas para 2015	Provimento de vagas		
Promover cursos de integração e capacitação	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.

Meta 3: (meta nova, compõe a programação de metas do município) Manter a incidência anual de Dengue menor que 300 casos por 100mil habitantes, conforme preconiza o Ministério da Saúde). **(Municipal)**

Indicador: Número de casos confirmados de Dengue(todas as formas) por 100mil habitantes residentes por determinado período.

Ação	2014	2015	2016	2017
Aprimorar a política de controle e combate a dengue.	Revisar anualmente o plano municipal de contingência em conjunto com setores/instituições e estabelecer novas intervenções	Ampliar o nº de ACE acompanhando crescimento habitacional com novos empreendimentos	Ampliar o nº de ACE acompanhando crescimento habitacional com novos empreendimentos	Ampliar o nº de ACE acompanhando crescimento habitacional com novos empreendimentos

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

	<p>Acompanhar os casos suspeitos e confirmados internados em Hospitais.</p> <p>Monitorar, analisar e encerrar os casos de Dengue grave</p> <p>Realizar reuniões mensais e programações para controle da dengue.</p>	<p>Reduzir casos complicados</p>	<p>Evitar óbitos</p>	
	<p>Estreitar parcerias, discutir as responsabilidades no planejamento da cidade com vistas ao controle da dengue, educação em saúde da população, especialmente :CMTU, Obras e Educação.</p>			
	<p>Manter Sala de Situação da Dengue com periodicidade semanal nos meses de maior incidência.</p>			
	<p>Capacitações anuais aos profissionais com temas:</p> <p>Diagnóstico precoce nos pronto atendimentos.</p> <p>No manejo dos casos e identificação de sinais de alarme.</p> <p>Teste rápido da dengue como ferramenta otimizando condutas.</p>	<p>Ampliar anualmente o nº de profissionais capacitados.</p>	<p>Elaborar um plano de Educação Permanente para os profissionais da saúde.</p>	

DIRETRIZ 8: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Objetivo 1: Implementar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificação das Redes de Atenção do Município.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 1: Implementar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para 100% dos serviços de saúde próprios.

Indicador: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelo município. **(Indicador Universal 57)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de plano de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores da AMS	Levantamento das necessidades Estudo de viabilidade Regulamentação do plano de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores	Implantação de 25% do plano de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores	Implantação de 75% do plano de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores	Implantação de 100% do plano de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores
Promover cursos de integração e capacitação	Cursos diversos de curta duração. Cursos de especialização diversos	Cursos diversos de curta duração. Cursos de especialização diversos	Cursos diversos de curta duração. Cursos de especialização diversos	Cursos diversos de curta duração. Cursos de especialização diversos
Capacitação de técnicos e enfermeiros do PAI, dos profissionais da urgência e emergência, dos médicos e enfermeiros do SAMU	Capacitação nos temas: Suporte Básico de Vida nas emergências respiratórias e parada cardiorrespiratória em criança. Em urgência e emergência aos profissionais das unidades de Pronto Atendimento 24 horas, conforme Portaria 2048/2002. Capacitação de médicos e enfermeiros do SAMU 192 em EAD – HAOC SAV.	Ampliar o nº de ações de educação permanente.	Ampliar o nº de ações de educação permanente.	Ampliar o nº de ações de educação permanente.
Constituir equipe de revisão sistemática das normas rotinas e protocolos da Maternidade municipal.	Implementar programa de Educação Continuada e permanente na Maternidade Municipal.			

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 2: Realizar 01 Encontro Regional de Educação Permanente em Saúde (EREPS) por mês, com pelo menos 01 representante de cada Diretoria e Unidades da Região. **(Municipal)**

Indicador: Número de Encontros Regionais de Educação Permanente em Saúde (EREPS) realizada no mês

Ação	2014	2015	2016	2017
Avaliação dos resultados dos trabalhos dos EREPs	Realização de estudo para readequação e regulamentação do sistema de trabalho para melhoria do resultado	Reativação das atividades dos EREP'S		

Objetivo 2: Melhorar as condições de trabalho com criação de novos cargos e adequação do número de profissionais à estrutura da Rede de serviços próprios.

(Municipal)

Meta 1: Ampliar em 4 anos 50 % do número de trabalhadores da autarquia/secretaria de saúde, para novos serviços e ampliação dos profissionais nos serviços existentes, com vínculos protegidos.

Indicador: Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos. **(Indicador Universal 61)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Dimensionamento do quadro de pessoal necessário por local de trabalho	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade	Ampliar o numero de profissionais com base nas prioridades e necessidades apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde.		
Criação de sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal.	Conclusão do estudo e publicação do quadro de vagas por unidade			
Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso)	Criação de vagas e contratar para 2015 as vagas dimensionadas.	Criação de vagas e contratar para 2015 as vagas dimensionadas	Criação de vagas e contratar para 2015 as vagas dimensionadas	Criação de vagas para 2015 as vagas dimensionadas
Criação de sistema de controle de profissionais admitidos por programas e convênios com outras esferas de governo	Cadastramento de todos os profissionais que atuam na AMS, sem vínculo direto (cargo/ emprego)	Criação do regimento dos profissionais sem vínculo direto.		
Ampliação de vagas aos cargos pertinentes a assistência na Maternidade Municipal.	Ampliar o quadro funcional de todas as categorias deficitárias em 10% da necessidade real.	Ampliar o quadro funcional de todas as categorias deficitárias em 15% da necessidade real.	Ampliar o quadro funcional de todas as categorias deficitárias em 15% da necessidade e real.	Ampliar o quadro funcional de todas as categorias deficitárias em 10% da necessidade e real.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Objetivo 3: Melhorar o desempenho dos servidores para melhoria da qualidade e eficiência dos serviços de saúde do Município.

(Municipal)

Meta 1: Adequar o sistema de cargos e carreiras, por meio de revisão de legislação, até dezembro de 2015.

Indicador: Número de cargos e funções revisados.

Ação	2014	2015	2016	2017
Revisão da atual estrutura de cargos e carreiras	Identificação das necessidades de adequações de cargos. Avaliação das carreiras e salários	Propor adequação, por meio de projeto de lei e regulamentos.	Implantação das adequações dos cargos e carreiras.	-

Meta 2: Efetivar a realização periódica do processo de promoção por competências e habilidades, de acordo com o quadro de vagas dimensionado por local de trabalho.

Indicador: Número de servidores promovidos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Dimensionamento da quantidade de vagas e funções por local de trabalho	Realização do processo de promoção	Regulamentação da compatibilidade de função por local de trabalho. Estudo da demanda de quantidade de vagas para promoção. Estabelecimento, por meio de regulamento próprio, o quantitativo de vagas para promoção e a programação de preenchimento.	Realização de processo de promoção e efetivação das promoções para, no mínimo, 25% do quantitativo de vagas.	Realização de processo de promoção e efetivação das promoções para, no mínimo, 50% do quantitativo de vagas.

Meta 3: Rever o sistema de incentivos por cargo, funções e local de trabalho, até dezembro de 2015.

Indicador: percentual da despesa com pagamento de incentivos, em relação ao custo total da folha de pagamento.

Ação	2014	2015	2016	2017
Revisão de cada gratificação, propondo adequação ou criação.	Identificação de todos os adicionais e gratificações relativos ao cargo, funções ou local de trabalho. Avaliação da necessidade de adequação do sistema de incentivos para melhor equidade entre os locais de trabalho e as funções, visando a qualidade e eficiência dos serviços.	-	-	-

Meta 4: Rever sistema de avaliação funcional.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de novo modelo de avaliação funcional que oriente as ações de recursos humanos	Realização de estudo das ferramentas de avaliação funcional	Criação e regulamentação do sistema de avaliação que indique as qualidades e deficiências do desempenho individual e coletivo	Implantação do novo modelo de avaliação funcional.	

Meta 5: Rever sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de lotação, substituição e remoção de pessoal	Elaboração de regulamento, até abril/2014 Implantação em julho/2014 Realização de processo anual de remoção	Realização de processo anual de remoção	Realização de processo anual de remoção	Realização de processo anual de remoção

Meta 6: Criar sistema de concessão de férias e licenças.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de concessão de férias e licenças, mediante programação anual	Elaboração de regulamento até maio de 2014 Programação anual até junho de 2014, para o período de agosto/14 a julho/15.	Programação anual	Programação anual	Programação anual

Meta 7: Criar sistema de concessão/indenização de transporte para distritos.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de fornecimento /e/ou indenização de transportes para distritos e zonas rurais	Estudo de viabilidade Elaboração de projeto de lei e regulamento, até agosto de 2014 Implantação, em outubro de 2014	Acompanhamento e adequação do processo de concessão	Acompanhamento e adequação do processo de concessão	Acompanhamento e adequação do processo de concessão

Meta 8: Criar sistema de convocação e pagamento de serviços extraordinários, mediante adequação na legislação, até novembro de 2014.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de convocação e pagamento de serviços extraordinários	Estudo de causas e efeitos das horas extras Elaboração de projeto de lei e regulamento de adequação, estabelecendo critérios e limites para convocação dos serviços extraordinários, visando minimizar seu impacto na saúde do servidor e nas finanças do Município	Implantação		

Meta 9: Criar sistema de armazenamento e compensação de banco de horas, mediante lei específica, até novembro de 2014.

Indicador: Publicação de Atos Normativos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de banco de horas	Estudo de viabilidade e dos riscos e oportunidades ao serviço e aos servidores Elaboração de projeto de lei e regulamento			

Objetivo 4: Atualização do PCCS dentro da realidade da Autarquia Municipal de Saúde e adequação dos cargos/funções específicos da saúde.

Meta 1: Revisar e atualizar as funções dos cargos

Meta 2: Adequar a nomenclatura de alguns cargos (ex: Promotor de Saúde Pública para médicos)

Indicador 1: Criação dos novos cargos/funções no período de 2012 a 2014.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de Comissão da Saúde para discussão do PCCS.				

Objetivo 5: Incentivar a utilização da rede municipal de saúde como campo de pesquisa e estágios acadêmicos. **(Municipal)**

Meta 1: (novo objetivo proposto) Regulamentar e fortalecer os convênios com as instituições de ensino visando motivar os acadêmicos a realização de estagiários e pesquisas no serviço municipal de saúde.

Indicador: Quantidade de estágios e pesquisas realizados.

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de sistema de concessão de estágios	Estudo de viabilidade e amplitude Regulamentação do processo de concessão e controle de estágios, até novembro de 2014	Implantação, janeiro de 2015		
Criação de sistema de realização de pesquisas	Estudo de viabilidade e amplitude Regulamentação do processo de concessão e controle de estágios, até novembro de 2014	Implantação, janeiro de 2015		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Criação de unidade de administrativa de administração de convênios e programas de saúde	Elaboração de proposta de competências e subordinação Alteração do regimento interno, abril/2014 Implantação, maio/2014.			
---	--	--	--	--

DIRETRIZ 9: Implementação de novo modelo de gestão com centralidade no usuário, garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados e participação social. (Ministério da Saúde)

Objetivo 1: Fortalecer os vínculos do cidadão e sociedade civil organizada com o SUS. **(Municipal)**

Meta 1: Incorporar em 100% das UBS o espaço de participação e interação de usuários e trabalhadores estimulando a formação de lideranças locais de maneira contínua. **(Municipal)**

Indicador: Número de Oficinas de processo de trabalho realizadas nas UBS com participação de lideranças locais.

Ação	2014	2015	2016	2017
Ampliar a participação do controle social em oficinas de discussão de processo de trabalho das UBS.	Promover a inserção de representantes do controle social em uma reunião de equipe por região.			

Diretriz 10: Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo: Fortalecer e qualificar o trabalho da ouvidoria.

Meta 1: Proporcionar no mínimo uma capacitação ao ano para a equipe da ouvidoria.

Indicador: Proporção de capacitações realizadas pelos trabalhadores da ouvidoria

Ação	2014	2015	2016	2017
Criação de cargo para ouvidoria	- Identificação das necessidades de capacitação e aperfeiçoamento da unidade (Ouvidoria); Buscar parcerias com SESA/MS e outros para capacitações	Cursos de capacitação/qualificação na área		

Meta 2: Realizar bimestralmente a análise dos casos identificados pela ouvidoria, os recursos do “Fale com a Prefeitura” e das redes sociais como referência para identificação de necessidades de usuários.

Indicador: Número de casos analisados.

Ação	2014	2015	2016	2017
Aprimorar e qualificar a coleta de dados tanto quantitativos como qualitativo.	Realização de identificação de problemas relacionados à assistência como evento sentinela e correção do processo de trabalho para prevenção das inconformidades	Elaboração de mudança de processo de trabalho, fluxo na assistência conforme orientações do Ministério da Saúde		

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 3: Adequar a Infraestrutura das instalações da Ouvidoria

Indicador: Sistema informatizado com geração de relatórios.

Ação	2014	2015	2016	2017
Geração de relatórios	Emitir relatórios bimensais para avaliação do colegiado gestor procurando identificar problemas frequentes para que possam ser prevenidos			

DIRETRIZ 11: Implantar a Rede de atenção à pessoa com deficiência garantindo o acesso de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Objetivo: Prestar atenção integral à saúde, de forma qualificada, à pessoa com deficiência, na atenção primária, secundária e terciária.

Meta: Identificação de todos os pontos de atenção especializada à pessoa com deficiência.

Indicador: Percentual de Pontos de atenção identificados, articulados.

Ação	2014	2015	2016	2017
Fomentar o funcionamento do comitê Gestor da Rede	Realizar o diagnóstico dos vazios assistenciais dos pontos de atenção	Realizar propostas para organização da Rede	Avaliar, acompanhar as pactuações da Rede	
Melhorar ambiência e acessibilidade dos usuários com deficiência nas UBS.	Construção de UBS novas dentro dos parâmetros preconizados de atendimento ao deficiente (Guanabara, Campos verdes e Milton Gavetti)	Construção de UBS novas dentro dos parâmetros preconizados de atendimento ao deficiente (Padovani e Cristal)	Construção de UBS novas dentro dos parâmetros preconizados de atendimento ao deficiente (Vila Siam e Flores do Campo)	

DIRETRIZ 12: Implantar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador através da articulação e fortalecimento das relações intra e intersetoriais. (Municipal)

Objetivo: Implementar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do município de Londrina.

Meta 1: Implantar e implementar 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST municipal, habilitados na Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite.

Indicador 1: Número de CEREST implantado no município.

Ação	2014	2015	2016	2017
Reestruturação organizacional para criação do CEREST conforme portaria 2728/2009	Encaminhar projeto para reestruturação organizacional para criação do CEREST e reorganizar o processo de trabalho conforme as atribuições pertinentes ao CEREST. Solicitar habilitação junto ao MS.	Concluir processo de organização e funcionamento	Fortalecimento do CEREST municipal	Fortalecimento do CEREST municipal

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Meta 2: Implantar a notificação de dois agravos prioritários à partir de 2014: dermatoses ocupacionais e pneumoconioses (com ênfase em silicose).

Indicador 2: Número de Unidades de saúde com serviço de notificação dos agravos.

Ação	2014	2015	2016	2017
Treinar e monitorar as equipes da Policlínica e CISMENPAR.	Capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional da Policlínica a partir do 2º semestre de 2014.(100% dos profissionais	Capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional do CISMENPAR a partir de março/2015 (100% dos profissionais)	Acompanhamento das equipes da Policlínicas e Cismepar com duas capacitações semestrais	Monitoramento das equipes.

DIRETRIZ 13: Implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Municipal)

Objetivo: Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

Meta 1: Promover no mês de Agosto Campanha específica para saúde do Homem/ Agosto Azul.

Indicador: Numero de ações realizadas

Ação	2014	2015	2016	2017
Realização de Campanha no mês de Agosto	Realizar 01 Campanha no mês de Agosto conforme tema Estadual. Programar capacitações para equipes da atenção primária na abordagem à saúde do homem.	Buscar parcerias com empresas para ações preventivas na saúde do homem. Realizar capacitações para 15 UBS para abordagem à saúde do homem.		

Meta 2: Qualificar no mínimo 25% por ano da equipe de Saúde para promover a saúde para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;

Indicador: Quantidade de profissionais da saúde capacitados para atenção integral à Saúde do Homem.

Ação	2014	2015	2016	2017
Promover cursos de capacitação	Elaboração da programação de cursos	Cursos diversos de curta duração. Para 25% da equipe	Cursos diversos de curta duração. 25% da equipe	Cursos diversos de curta duração. 25% da equipe

DIRETRIZ 14: Criar política municipal de saúde da população negra.

Objetivo: Prestar assistência integral à saúde da pessoa negra, de forma qualificada, na atenção primária, secundária e terciária respeitando suas condições específicas.

Meta: Incluir em 100% dos exames realizados na Rede pública de saúde, as informações cor ou raça, para permitir um mapeamento de doenças que acometem a população negra.

Indicador: Proporção de exames que contenham as informações de cor ou raça.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Ação	2014	2015	2016	2017
Aprimorar a qualidade da informação, por meio da inclusão do quesito cor ou raça em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços que compõem o SUS	Capacitar a rede pública, os serviços credenciados e não credenciados para realização de um diagnóstico epidemiológico nesta população.	Capacitar a rede pública, os serviços credenciados e não credenciados para realização de um diagnóstico epidemiológico nesta população. Monitoramento dos dados e divulgação.		

DIRETRIZ 15: Fortalecer o controle social para o exercício de seu papel.

Objetivo: Fortalecer, ampliar e capacitar o controle social.

Meta1: Fiscalizar e avaliar a execução de 100% dos instrumentos de gestão.

Indicador 1: Proporção de instrumentos de gestão fiscalizados e avaliados.

Ação	2014	2015	2016	2017
Fiscalizar e avaliar a execução dos instrumentos de gestão	Fiscalizar e avaliar, sugerir mudanças a execução de 100% dos instrumentos de gestão	Fiscalizar e avaliar, sugerir mudanças a execução de 100% dos instrumentos de gestão		

Meta 2: Realizar, no mínimo, uma capacitação por ano, aos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel.

Indicador: Número de capacitações realizadas por ano, acerca de legislações, decretos, normativas, diretrizes do SUS, bem como suas atualizações.

Ação	2014	2015	2016	2017
Promover cursos de capacitação	Elaboração da programação de cursos	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.	Cursos diversos de curta duração.

Meta 3: Manter atualizado o cadastro do Conselho Municipal de Saúde no Siacs e garantir o cumprimento de 100% das deliberações e resoluções do Conselho Municipal de Saúde.

Indicador: Proporção de cumprimento das deliberações e resoluções do Conselho Municipal de Saúde. **(Indicador Universal 64 adaptado).**

Ação	2014	2015	2016	2017
Manter o site do conselho e o cadastro no Siacs atualizado	Disponibilizar no site do Conselho todas as deliberações e resoluções	Acompanhar o cumprimento das deliberações e resoluções		
	Enviar para publicação em diário todas resoluções			

Meta : Estruturar o Conselho Municipal de Saúde com orçamento próprio e adequação de infra estrutura

Indicador: Proporção de melhoria da infra estrutura do Conselho Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Ação	2014	2015	2016	2017
Melhorar a infra estrutura do Conselho	Realizar estudo para viabilização	Criar dotação orçamentária		
	Adequação física, recursos humanos e de equipamentos, materiais, gravação, tecnologia para capacitação dos conselheiros.			

Meta 4: Realizar uma Conferência Municipal de Saúde a cada quatro anos.

Indicador 4: Número de Conferência Municipal de Saúde realizada no período.

Ação	2014	2015	2016	2017
Realizar Conferencia de Saúde	Formar comissão para organização da Conferência e determinar funções e encaminhamentos para contratação de local, materiais em geral, filmagem, áudio visual, som, cópias de documentos, gráfica, alimentação, limpeza. Acompanhar a discussão das temáticas no CNS e CES. Passar por aprovação do Conselho Municipal de Saúde	Acompanhar a execução e passar para deliberação do Conselho		

Meta 5: Avaliar e garantir o cumprimento das propostas da Conferência Municipal de Saúde como orientadoras para organização do SUS.

Indicador 5: Proporção de cumprimento das propostas da Conferência Municipal de Saúde. **(Indicador Universal 63 adaptado)**

Ação	2014	2015	2016	2017
Acompanhar a execução da programação anual de Saúde	Acompanhar a programação anual de Saúde	Reavaliar Acompanhar a programação anual de Saúde	Reavaliar Acompanhar a programação anual de Saúde	Reavaliar Acompanhar a programação anual de Saúde
Acompanhar o cumprimento das propostas e diretrizes do Plano Municipal de Saúde e da Conferência de Saúde	Apresentação das realizações no Relatório Anual de Gestão	Apresentação das realizações no Relatório Anual de Gestão	Apresentação das realizações no Relatório Anual de Gestão	Apresentação das realizações no Relatório Anual de Gestão

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº. 141/2012.

Estes resultados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet no site do DATASUS: www.datasus.gov.br e no SISPACTO, de onde também migrarão para o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS. Alguns indicadores também foram selecionados para acompanhamento nas audiências quadrimestrais atendendo também a Lei Complementar nº. 141/2012.

O decreto 7508 de 2011 com a discussão para organização e assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde também definirá indicadores e monitoramento.

O acompanhamento e avaliação do Plano deverá ser realizada por meio de reuniões ampliadas com todas diretorias, gerentes, coordenadores e assessores e controle social. O instrumento para avaliação será a programação anual de saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros quadrimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromissos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho são desenvolvidos conforme programação dentro das diretorias e com objetivos específicos de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

A avaliação de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção à saúde e principalmente a partir dos indicadores de

saúde pactuados anualmente conforme portarias ministeriais e orientações da Secretaria Estadual de Saúde.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistemática incorporando conhecimento pré-existente, adequando programas às particularidades locorregional para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do conjunto de ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2014 a 2017 deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população.

As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de compatibilizar as propostas da Conferência Municipal de Saúde além de outras conferências setoriais, as definições das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros e a legislação vigente.

O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica.

As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano Municipal de saúde 2010 – 2013.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Série Cadernos de Planejamento; v.1, 2 DF, 2009.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 2009.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Decreto 7508/2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei complementar 141/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Pacto de Indicadores municipais para Londrina 2012.

Perfil do Município de Londrina – 2012.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Contrato Organizativo de Ações Públicas em Saúde, 2013

Plano Municipal de Saúde de Londrina 2010 – 2013

PPA do Município de Londrina 2014 – 2017 – Administração Indireta, Autarquia Municipal de Saúde AMS / Fundo Municipal de Saúde FMS.

Programação Anual de Saúde do Estado do Paraná 2013- 2015.

Relatório Anual de Gestão da Saúde de Londrina de 2012.

Relatório final da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina, 2011.

Teixeira, C.F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador – BA: ISC-UFBA, 2001.

Vilasbôas, A.L.Q. Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ANEXO 1:

Para análise do andamento das propostas aprovadas na 12ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina, optou-se por sistematizá-las em grandes categorias temáticas, de forma a avaliar o status do andamento, para isso considerou-se: REALIZADO, NÃO REALIZADO e EM ANDAMENTO.

AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS DA 12ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATEGORIAS TEMÁTICAS:

1. **Prevenção/Estratégia Saúde da Família/Saúde Bucal/NASF:** em 33 propostas, 13 realizadas, 21 em andamento e 2 não realizadas (odontologia) – pag.4

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
1, 6, 8, 9, 11, 18, 21, 40, 75, 190, 199, 200	2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 78, 82, 87, 99, 177, 184, 185, 192, 198	20, 296

2. **Práticas Integrativas e Complementares + Terapia Comunitária Integrativa:** quatro propostas, uma realizada e três em andamento – pag. 8

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
100	84, 85, 86	0

3. **Assistência Farmacêutica, Insumos e Equipamentos:** 10 propostas, sendo 4 realizadas, 5 em andamento e 1 não realizada (desfibrilador em UBS) – pag. 9

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
102, 114, 251, 254	79, 80, 81, 253, 255	250

4. **Saúde Mental e prevenção a drogas:** 32 propostas, 8 realizadas, 12 em andamento e 11 não realizadas (contratação psiquiatra, reinserção do portador de transtorno mental no trabalho, equipe supervisão saúde mental, proposta 119 - Secretaria de Educação, profissionais específicos para atendimento aos familiares, leitos em hospitais gerais e aumento nos hospitais psiquiátricos, aumento de recursos Hospital Psiquiátrico, protocolo saúde mental, redução de danos, aumento teto financeiro) – pag. 11

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
24, 57, 111, 90, 132, 133, 166, 201, 208	112, 115, 118, 123, 126, 127, 129, 130, 134, 135, 136, 194	68, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 128, 137

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

- 5. Tuberculose, DST/AIDS:** em 11 propostas, 6 realizadas, 2 em andamento e 3 não realizadas (prestação contas semestral da AIDS, Consulta especializada para portadores AIDS) – pag.15

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
27, 29, 30, 59, 62, 67	60, 61	63, 65

- 6. Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador e Saúde da Mulher:** nove propostas, sendo 6 realizadas, duas em andamento e uma não realizada (odontologia saúde do trabalhador) – pag. 16

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
25, 32, 131, 248, 249, 256	36, 301	14

- 7. Processo de trabalho:** 16 propostas, sendo 7 realizadas, 8 em andamento e 1 não realizada. Considerar que processo é contínuo, por isso um número importante de propostas em andamento. Não realizado impresso de exames com mapeamento de doenças – pag. 17

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
97, 104, 105, 145, 157, 160, 284	42, 139, 140, 148, 151, 152, 159, 161	146

- 8. Serviço de Atenção Domiciliar:** uma proposta realizada e outra em andamento – pag. 19

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
259	28	0

- 9. Capacitação:** 2 propostas realizadas e 2 em andamento – pag. 19

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
48, 54	50, 51	0

- 10. Urgência e Emergência:** 12 propostas: 2 realizadas, 4 em andamento e 6 não realizadas (ampliação de ponto estratégico para ambulância, falta médico, equipamento UBS) – pag. 20

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
71, 234	93, 149, 246, 247	66, 70, 186, 197, 233, 252

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

- 11. Outros:** 46 propostas, sendo 11 realizadas, 15 em andamento e 20 não realizadas (vagas comissão suporte nutricional, atendimento pop carcerária, cobertura de férias do clinico geral, serviço de atendimento específico para pessoas sem familiares e cuidadores, alimentação para pacientes de outros municípios, e outros pertinentes a outras instituições) – pag. 21

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
26, 52, 94, 101, 110, 288, 291, 295, 303, 304, 305	56, 88, 89, 95, 165, 183, 195, 209, 262, 265, 282, 283, 292, 300, 302	44, 91, 98, 113, 142, 155, 188, 191, 210, 211, 212, 244, 260, 263, 266, 286, 287, 289, 290, 297, 307

- 12. Transporte de Pacientes:** 2 realizadas e 2 não realizadas (critérios de fornecimento passes urbanos, transporte para alta hospitalar) – pag. 26

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
74, 76	0	72, 73

- 13. Hospitais:** 2 realizadas, 2 em andamento e 3 não realizadas (aumento número de leitos e exames dos hospitais, amb HZN e HZS, Centro treinamento HU) – pag. 27

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
150, 162	156, 261	153, 163, 164

- 14. Horário de funcionamento das UBS:** 13 propostas não realizadas (por falta de RH para ampliação de horário, cobertura de férias) – pag.27

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
0	0	92, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 187, 189

- 15. Protocolos:** uma realizada e 3 em andamento – pag. 29

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
103	58, 106, 107	0

- 16. Policlínica e Especialidades:** duas realizadas e duas em andamento – pag. 29

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
03, 158	108, 154	0

- 17. Centrolab:** uma proposta realizada – pag. 30

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
96	240	0

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

18. Financiamento da Saúde: 7 realizadas, 4 em andamento e 7 não realizadas (revisão valores do SUS, tabela, teto financeiro, valores de consultas especializadas, fórum prestador permanente) – pag. 30

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
274, 276, 278, 280, 281, 298, 299	271, 272, 277, 279	267, 268, 269, 270, 273, 275, 285

19. Intersectoriais: 6 em andamento e 1 não realizada (grupo técnico sobre abortamento inseguro no município) – pag. 32

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
0	43, 83, 143, 144, 147, 293	109

20. Vigilância Sanitária: 4 realizadas, 4 em andamento e 3 não realizada (serviço de verificação de óbito, recurso saúde trabalhador, capacitação) – pag. 33

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
204, 206, 294, 306	77, 205, 258, 264	31, 33, 257

21. Obras: 3 realizadas, 17 em andamento e 10 não realizadas (CAPS em cada região, residência terapêutica, ar condicionado nas UBS, UBS região do Limoeiro, Centro Referência da Terceira Idade, UBS/Itamaraty, mudança UBS Central, Centro Atenção à Saúde da Mulher – pag.

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
235, 238, 245	207, 213, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 236, 237, 242	214, 215, 216, 217, 219, 228, 232, 239, 241, 243

22. Gestão do Trabalho: 26 propostas: 12 realizadas, 8 em andamento, 6 não Realizados (parceria com DGSO, necessidade de profissionais, adequação do edital de concurso/projeto de lei, identificação/crachá, incentivo financeiro) – pag. 37

Realizadas	Em andamento	Não realizadas
22, 37, 38, 46, 55, 178, 179, 180, 181, 182, 193, 203	34, 35, 41, 45, 47, 49, 53, 69	39, 64, 138, 141, 196, 202

Do total de 307 propostas, 95 (31%) foram realizadas, 122 (40%) estão em andamento e, 90 (29%) não foram realizadas. Do total de propostas não realizadas (90), trinta e uma ou 34% não são da competência da Secretaria de Saúde de Londrina para sua execução.

ANEXO 2:

PROPOSTAS APROVADAS NA 12ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA (Relatório final)

MESA DIRETORA:

Presidente: Artur Custódio
1ª. Secretária: Janaina Mazzer Salinet
2ª. Secretária: Maria Célia Paiva Rodrigues Gregghi
Relatora: Berenice Tomoko Tatibana

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO

Bett Claidh Nascimento
Vera Lúcia de Carvalho Bueno
Zandira Batista
Simone Obuti

Apoio técnico: Pedro Martins Pereira Junior

ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE: UM DESAFIO PARA O SUS

1. Valorizar as ações dos programas de prevenção em saúde, trabalhando de forma continuada em todos os programas.
2. Reestruturação e reimplantação imediata da estratégia Saúde da Família, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde com a garantia de reposição de recursos humanos e ampliação das equipes para todas as Unidades de Saúde, de acordo com a área de abrangência e a necessidade.
3. Garantir através do Sistema de Saúde o fornecimento de leite especial, de acordo com protocolo, para crianças que apresentam intolerância à lactose ou outra doença que contra indique o leite integral de vaca.
4. Ampliar o NASF, com inclusão de Assistentes Sociais na equipe do Programa Saúde da Família e fisioterapia, em todo o município de Londrina.
5. Determinar junto à Secretaria Municipal de Saúde a resolução do problema de atendimento Odontológico por meio de ofertas suficientes de guias para o atendimento no CEO.
6. Rediscutir com os profissionais odontólogos a readequação da implantação do PSF bucal.
7. Integração da Odontologia no mesmo espaço físico nas Unidades de Saúde, facilitando o atendimento ao usuário.
8. Criar e implantar programas de prevenção de câncer bucal e doença periodontal nas comunidades de risco, em especial nas Comunidades Rurais.
9. Uniformizar todos os procedimentos Odontológicos e normas em todas as UBSs e promover treinamento do protocolo vigente ao contratar novos profissionais do setor de odontologia, a fim de familiarizá-los com a rotina do serviço sem prejudicar a uniformidade dos serviços.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

10. Garantir uma equipe de Programa de Saúde Bucal/ESF em todas as Unidades de Saúde (Urbanas e Rurais) por meio da contratação de Cirurgiões-Dentistas, Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal em número suficiente, de forma a oportunizar atendimento às ações programáticas ao adulto e idoso, sem prejuízo ao atendimento infanto-juvenil, em todas as fases da vida, previsto no protocolo odontológico e conforme recomendação do Ministério da Saúde.
11. Captar mais recursos para saúde bucal através do Ministério da Saúde e B.N.D.E.S.
12. Manutenção eficiente e troca de equipamentos e instrumentais odontológicos sucateados e reformas das clínicas odontológicas, respeitando as orientações preconizadas pela Vigilância Sanitária e assim assegurando ambiente de trabalho adequado para a equipe odontológica e paciente.
13. Implantação de equipe de odontologia para o PSF nas UBSs, conforme aprovado na Conferência de 2005 e aquisição de equipamentos odontológicos completos.
14. Criar, implantar e implementar programas de promoção e prevenção de saúde do trabalhador, específicos para área da odontologia.
15. Ampliar o número de vagas para o Centro de Especialidades Odontológicas Municipal e da UEL.
16. Criar uma central de regulação odontológica para que o atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas seja realizado seguindo o princípio da equidade.
17. Reestruturar e fortalecer a atenção Básica em Saúde Bucal, por meio da Equipe de Saúde Bucal e apoio das equipes de Agentes Comunitários em Saúde e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
18. Planejar, implantar e implementar programa de bochechos fluoretados nas escolas das zonas rurais.
19. Viabilizar atendimento odontológico de urgência/emergência através da contratualização de serviços conveniados ao SUS.
20. Criar o Cargo no quadro funcional do município de Londrina de Técnico em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliar em Prótese Dentária (APD) e contratação em número suficiente para evitar a terceirização do serviço e assegurar continuidade dos atendimentos e qualidade das próteses confeccionadas pelo SUS.
21. Adequar condições de trabalho (salário e carga horária) dos trabalhadores em Saúde Bucal que compõem a Equipe de Saúde Bucal.
22. Assegurar aos profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, todo o sistema de imunização recomendada pela Norma Regulamentadora 32 (NR 32), do Ministério do Trabalho e Emprego.
23. Implantar duas equipes móveis de atendimento odontológico para atendimento primário aos usuários impedidos de deslocamento.
24. Formar grupos antitabagistas nas UBS, fortalecer os já existentes e capacitar os profissionais para desenvolvê-los e implantar nas UBS programas de capacitação dos profissionais para orientação de usuários e familiares que utilizam álcool e outras drogas (tabagismo, crack, etc).

25. Garantir a implantação da atenção à Saúde Integral do Idoso.
26. Ampliar a atenção às doenças como glaucoma, enteropatia glúten-induzida (doença celíaca), hanseníase, dengue e tuberculose.
27. Implementar descentralização das ações do programa de Tuberculose para todas as Unidades Saúde da Família.
28. Ampliar e fortalecer o Sistema de Internação Domiciliar de Londrina, com adequação de estrutura física, recursos humanos e insumos.
29. Implementar ações de promoção de saúde na assistência básica e prevenção de Aids por meio de capacitação e aumento do número de equipes de aconselhamento em DST/AIDS/Hepatite /Sífilis e ampliação destas ações para os idosos.
30. Mobilizar e capacitar os profissionais das USFs para a identificação e registro do Sintomático Respiratório (S.R.).
31. Implementar a política de saúde do trabalhador na prevenção de LER, DORT por meio da capacitação dos trabalhadores da saúde para que notifiquem as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho de forma apropriada e promover fórum de debate sobre saúde do trabalhador, bem como levantamento de dados estatísticos para realização de estudos e proposição de ações em saúde do trabalhador.
32. As Unidades Básicas de Saúde deverão fazer as Notificações dos agravos da saúde dos trabalhadores para que se tenha dados estatísticos para realização de estudos e proposição de ações em saúde do trabalhador.
33. Garantir que os recursos destinados aos Centros de Referências em Saúde dos Trabalhadores 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).
34. Incluir na equipe de saúde do trabalhador o Cirurgião-Dentista, para que as doenças bucais dos servidores possam ser avaliadas no exame admissional, periódicos e demissional para encaminhamento e tratamento adequado e a criação e desenvolvimento de campanhas de prevenção de acidentes de trabalho que envolvam a face, devido a sua sub notificação.
35. Garantir condições de trabalho adequadas aos trabalhadores em saúde do setor público, privado e filantrópico, evitando assim, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.
36. 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.
37. Assegurar aos profissionais da saúde programas de reabilitação e readaptação para seu retorno de forma adequado ao serviço sem prejuízo a sua saúde e ao serviço.
38. Preparar de forma adequado o servidor para nova função e legalizar sua transferência junto ao RH, quando houver necessidade de mudança de função devido à doença ocupacional e assim disponibilizar a vaga originaria para nova contratação.
39. Garantir ações de psicologia para trabalhadores que prestam atendimentos em situações de desequilíbrio emocional.

40. Implementar ações de acompanhamento e aconselhamento nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS) para a população em geral e para grupos de risco (gestante, idosos, hipertensos, diabéticos, etc).

41. Garantir o acesso e o acolhimento humanizado no atendimento ao usuário com a capacitação dos trabalhadores, em conformidade com a lógica da educação permanente.

42. Instituir fórum permanente com equipes multiprofissionais, visando à formulação de programas de ações conjuntas entre as secretarias.

43. Garantir 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.

44. Criar programas de capacitação ou viabilizar parcerias com Instituições Formadoras de Nível Técnico em saúde incluindo a saúde bucal para ACS e cuidadores de acamados ou idosos.

45. Capacitação sistemática e regular dos profissionais da saúde, visando identificar, diagnosticar e tratar preventivamente as doenças e implementar as ações de políticas de educação permanente para todos os profissionais de saúde, contemplando as necessidades de atenção básica.

46. Elaborar programas ou parcerias com Instituições de Ensino para o desenvolvimento de cursos de especialização e atualização para os trabalhadores municipais nas suas diferentes áreas de atuação, incluindo os que atuam no Programa Saúde da Família.

47. Garantir capacitação permanente às equipes de profissionais que atuam no sistema de saúde, dentro da carga horária de trabalho, com alocação de recursos específicos, para o atendimento adequado às pessoa com deficiência auditiva, visual, mental e física e em temáticas como doação de sangue, doação de órgãos e medula óssea e, aleitamento materno e saúde do trabalhador e atenção básica.

48. Garantir que os profissionais de saúde possam participar de eventos técnicos científicos, OLTS (Organização por Local de Trabalho) e cursos de pós-graduação, quando relacionados à saúde pública ou especialidades contempladas no serviço público municipal.

49. Oferta de educação continuada, promovida pela Secretaria de Saúde, de humanização e capacitação dos profissionais de saúde para o diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho.

50. Capacitar todos os profissionais da rede pública, serviços filantrópicos e conveniados ao SUS com o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) para todas as doenças de notificação obrigatória.

51. Qualificar técnicos para manutenção de todos equipamentos utilizados nas UBSs.

52. Realização de encontros entre profissionais das UBSs, PAM e PAI e Gestores, conforme necessidade específica para discutir a qualificação e aperfeiçoamento dos serviços de saúde nas regiões.

53. Garantir capacitação permanente às equipes de profissionais que atuam no sistema de saúde, dentro da carga horária de trabalho, com alocação de recursos específicos, para o atendimento adequado aos portadores de deficiência auditiva, visual, mental e física e em

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

temáticas como doação de sangue, doação de órgãos e medula óssea e, aleitamento materno e saúde do trabalhador.

54. Capacitar os profissionais e implementar o protocolo de Acolhimento Humanizado com Avaliação e Classificação de Risco nos Serviços de Saúde de Londrina de acordo com normas Estadual/ Municipal e Conselhos de Classe principalmente em relação ao fluxo de atendimentos e referência e contra referência com uso de sistema informatizado.

55. Implantação do Núcleo de Educação em Urgência com parceria junto ao Corpo de Bombeiros e instituições de ensino e saúde do município de Londrina

56. Divulgar aos usuários do SUS o fluxo de atendimento, especialmente àqueles relacionados à Avaliação e Classificação de Risco.

57. Capacitar os profissionais de saúde no que se refere a saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário, de acordo com a sua área de atuação.

58. Atualização de protocolos clínicos da secretaria municipal de saúde e fortalecimento do uso dos mesmos na rede, como um processo permanente educativo.

59. Ampliar a capacitação de todos profissionais de saúde das USFs e maternidade em aconselhamento em DST/HIV/aids pela equipe do CTA, visando completar as equipes que realizam este procedimento.

60. Implantar o teste rápido de HIV e Hepatite B em 100% das UBSs e maternidades de Londrina, tanto públicas como privadas.

61. Garantir que os recursos previstos destinados à execução do Plano de Ações e Metas para a contenção da epidemia da Aids e que estes sejam destinados exclusivamente ao Programa Municipal de Aids/tuberculose, tanto para a assistência como para ações de promoção e prevenção da doença.

62. Garantir que a gestão municipal e Estadual participe na elaboração do Plano de Ações e Metas da Aids e que cumpra a execução dentro do Planejamento previsto.

63. Garantir a prestação de contas dos recursos da Aids de forma sistemática (semestral), transparente e acessível.

64. Garantir a assistência às pessoas que vivem com Aids, na Rede de Saúde, com a contratação de equipe técnica multidisciplinar tendo em vista o aumento da incidência de Aids no município de Londrina e Região.

65. Agilizar o acesso de consultas de especialidades para doentes de Aids com comorbidades.

66. Atender de forma humanizada na urgência e emergência as pessoas com HIV/Aids.

67. Ampliar a assistência no CIDI- Centro Integrado de Doenças Infecto-Contagiosas.

68. Fazer-se cumprir a contratação de um psiquiatra para atendimento dos transtornos mentais dos doentes de AIDS, tuberculose e hepatite com recursos do PAM (Plano de Ações e Metas) através de incentivo financeiro já existente.

69. Implementar programas de capacitação dos profissionais da atenção primária (APS), reguladores, autorizadores e auditores com ênfase na divulgação do modelo de Redes de

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Atenção à Saúde e execução de protocolos assistenciais em parceria com outras diretorias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

70. Ampliação do acesso a toda rede de saúde, com identificação de pontos estratégicos para disponibilizar ambulâncias (como a do SAMU) e demais serviços, e até mesmo a formação de Núcleos de Apoio em cada região.

71. Garantir atendimento 24h da ambulância do Samu nos Distritos de Londrina.

72. Revisar os critérios de fornecimento de passes urbanos para tratamento de saúde às pessoas, prioritariamente para doentes crônicas e tratamentos terapêuticos frequentes.

73. A Gestão Municipal deve viabilizar a remoção de pacientes em alta hospitalar para residência, a partir de avaliação de assistente social.

74. Garantir transporte interinstitucional para locomoção de pacientes que necessitam de exames/procedimentos não existentes na estrutura em que se encontram.

75. Disponibilizar veículos específicos (para transporte e visitas domiciliares) durante todo o período de funcionamento das UBSs e para todos os distritos e zonas rurais, com a troca do veículo e a sua manutenção em boas condições de uso.

76. Renovar e ampliar a frota de veículos do programa de transporte agendado da Gerência de Apoio Social para transporte de pacientes em tratamentos contínuos: hemodiálise, fisioterapia e quimioterapia/radioterapia entre outros.

77. Divulgar as farmácias populares e fiscalizar e incentivar a denúncia de farmácias que agem com irregularidade por meio dos órgãos competentes

78. Que a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica disponibilize os medicamentos de uso em procedimentos odontológicos (VASA e CTZ/PASTA DE GUEDES PINTO) suprimidos da cesta básica.

79. Ampliar os critérios e agilizar o fornecimento de medicamentos de alto custo para garantir o tratamento de pacientes com doenças crônicas.

80. Suprir a falta de todos os medicamentos básicos e de patologias crônicas em todas as UBS rede municipal e garantir o controle dos medicamentos através de funcionários capacitados e estrutura física adequada

81. Proporcionar atenção farmacêutica em 100% dos atendimentos ambulatoriais do SUS, por meio da melhoria da distribuição e agilidade na aquisição de medicamentos e a garantia do uso racional dos medicamentos dispensados e a efetividade no tratamento.

82. Mudança imediata da política semi-curativista para uma política resolutiva que trabalhe a prevenção e promoção.

83. Fortalecimento das parcerias intersetoriais, intrassetoriais e multiprofissionais.

84. Consolidar a Terapia Comunitária Integrativa como uma política pública municipal, ampliando e fortalecendo o serviço com enfoque intersetorial envolvendo Saúde, Educação, Secretaria da Mulher, Secretaria do Idoso e Assistência Social.

85. Ampliar e consolidar a terapia comunitária integrativa como política pública municipal e como estratégia de promoção e cuidado na Atenção Primária e saúde mental, capacitando

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

os profissionais da Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental, Assistência Social, Educação, Conselhos e comunidade.

86. Estimular a articulação nas três esferas de governo a fim de garantir o financiamento para a formação continuada em Terapia Comunitária Integrativa no município de Londrina e fortalecer os profissionais já formados como importante estratégia de promoção de saúde de cuidado e prevenção de doenças e desmedicalização no território.

87. Fortalecer a atenção primária (por meio da Estratégia Saúde da Família), secundária e terciária através de equipe multiprofissional adequada e qualificada para o atendimento, visando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

88. Fim de toda a terceirização na Saúde, vedando a participação de OSCIPs, ONGs, OS - Organizações Sociais e outras do gênero através de concursos Públicos, com salário digno para com os trabalhadores

89. Retomada da Autarquia Municipal de Saúde como forma de dar efetiva autonomia à Gestão na Saúde na integralidade de seus serviços.

90. Organizar e implementar os serviços de saúde com ênfase nas ações de educação, orientação, reabilitação e promoção, garantindo a transversalidade da saúde mental nas ações dos profissionais da atenção básica em seus territórios, e incentivando a realização das oficinas terapêuticas.

91. Realizar cadastro populacional qualificado pela gestão municipal.

92. Que volte o atendimento anterior na UBS União da Vitória, com realização de vacinas e puericultura, após às 19:00.

93. Melhoria de atendimento no PAM.

94. Garantir a assistência especializada realizada por profissionais capacitados e qualificados ao paciente Ostomizado e a manutenção, sem interrupção, do fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes necessários para a coleta de efluentes (fezes e /ou urina), salvaguardando a qualidade do material e a quantidade indicada a cada paciente pela equipe técnica do serviço de Referência.(Portaria MS nº400 de 16/11/09-DOU Nº220 DE 18/11/09-P.41-SEÇÃO 41).

95. Recomendar as agências reguladoras dos Planos de Saúde a emissão e o preenchimento do cartão gestantes e da criança nas consultas de Pré-natal e puericultura realizados pelos médicos credenciados no sistema privado de saúde.

96. Agilizar resultado de exames coletados nas UBSs objetivando garantir sua utilização em tempo hábil, de acordo com avaliação e classificação de risco.

97. Prioridade no atendimento para idosos e crianças preservando a classificação de risco

98. Ampliação da oferta do nº de vagas na Comissão de Suporte Nutricional do HU, mediante financiamento do serviço pelo SUS

99. Disponibilizar vagas para o tratamento com terapias complementares (fitoterapia, homeopatia, acupuntura) para quadros pertinentes a assistência odontológica (disfunção da articulação temporomandibular, medo extremo ao atendimento odontológico, etc.).

100. Retorno da Medicina Alternativa (fitoterapia, acupuntura, etc).

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

101. Assegurar nos serviços de saúde a preparação e suporte social aos cuidadores de doenças crônico-degenerativas e pessoas com deficiências.
102. Facilitar o acesso aos insumos que permita o monitoramento glicêmico domiciliar aos portadores de diabetes mellitus (tipo I e tipo II) para evitar emergências como o coma diabético.
103. Adotar os protocolos clínicos para indicação de exames e tratamentos de acordo com o projeto diretrizes do Conselho Federal de Medicina - Associação Médica Brasileira.
104. Padronizar as ações preventivas e programas das UBS, de forma que os serviços estejam acessíveis a todos os usuários.
105. Criar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças que estimulem a melhoria da qualidade de vida da população.
106. Elaborar e implantar protocolos clínicos e de acesso ambulatorial em 100% das consultas de especialidades, exames e terapias.
107. Elaborar e implantar protocolos para internação hospitalar de urgência/ emergência e eletivas dos leitos contratualizados pelo SUS, em consonância com a Política Nacional de Regulação.
108. Ampliar as especialidades reguladas pela Central de Regulação Ambulatorial Municipal.
109. Instituir, em parceria com a Secretaria da Mulher, grupo técnico para estudo sobre abortamento inseguro no âmbito do Município de Londrina e para proposição de encaminhamentos visando ao atendimento do aborto legal de acordo com Norma Técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde.
110. Implantar e implementar a notificação compulsória da violência doméstica, sexual e/ou outras violências, em todos os serviços de saúde do município de Londrina.
111. Garantir o atendimento de pacientes com transtorno mental nos hospitais gerais, por meio de adequação dos recursos necessários.
112. Implementar a rede de saúde mental
113. Adoção de passe livre total para portadores de transtorno mental e deficientes físicos e seus acompanhantes e remeter ao órgão competente.
114. Revisão da cesta básica de medicação para saúde mental.
115. Acompanhamento clínico básico para os pacientes da saúde mental
116. Inserção/criação de vagas especiais junto a agencia do trabalhador (SINE) para o portador de transtorno mental consiga ser inserido/reinserido no mercado de trabalho.
117. Garantir a continuidade de uma supervisão clinico-institucional, com profissionais externos aos CAPS da área de Saúde Mental, para discutir o cuidado ao usuário e seus familiares.
118. Implantação de “Residências Terapêuticas”, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Mental.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

119. Contratar profissionais ligados à área de saúde mental (psicólogos, educadores artísticos, assistentes sociais, etc), dentro da rede municipal e estadual de educação, para atuação em programas de prevenção junto a educadores, crianças, adolescentes e comunidades.
120. Disponibilizar Psicólogos, terapeutas, psiquiatras (um profissional cada) e suporte de espaço para atendimento às famílias de usuários de drogas nas regiões de Londrina e para um encontro semanal com as famílias (sem os usuários) para que tenham apoio e dicas de como lidar com a situação de ter um dependente químico.
121. Criação de emergência Psiquiátrica dentro de Hospitais gerais.
122. Garantir o repasse de recursos para o CAPS correspondente à redução de leitos em hospitais psiquiátricos.
123. Retorno da reinclusão do programa saúde mental nas UBS.
124. Criação de um protocolo de Saúde mental envolvendo toda rede de serviços de saúde do Município de Londrina.
125. Implementar redutor de danos na área da saúde mental.
126. Implementação de equipe na rede básica para atendimento em saúde mental de casos leves e moderados.
127. Implementar ações para o atendimento de crianças e adolescentes ameaçados e com risco de morte, em função de dependência química, e garantir assistência especializada a crianças e adolescentes usuários de drogas.
128. Aumentar o teto de contratualização em psiquiatria garantindo aumento de consultas, possibilitando retorno a cada 15 dias para pacientes graves.
129. Aumento de verbas na área de saúde mental para tratar os dependentes químicos.
130. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificação de demandas de saúde e de sofrimentos psíquicos durante suas ações de atendimento à comunidade.
131. Garantir que na Linha de cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS) da Mulher sejam realizados exames de mamografia e avaliação psicológica, nos casos que se julgar necessário, independente de diagnóstico.
132. Retomar o trabalho de matriciamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o município.
133. Ampliar programas e projetos, assim como equipamentos (serviços) e recursos humanos voltados para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos, principalmente na infância e adolescência.
134. Realizar ações intersetoriais de cuidados às gestantes em situação de risco com uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de acordo com os pressupostos da política do Ministério da Saúde.
135. Incentivar a promoção da saúde, a prevenção primária e o diagnóstico precoce dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas unidades básicas de saúde, através da Equipe de Saúde da Família completa, para abordagens de redução de danos e encaminhamentos para o tratamento multiprofissional, quando necessário.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

136. Fortalecer e apoiar na atenção primária o acolhimento e instrumentalizar os cuidadores para atendimento às demandas de saúde mental, através de oficinas (terapêuticas e profissionalizantes) e demais ações educativas.
137. Implantação de acolhimento e atendimento integral ao paciente psiquiátrico nas urgências com redes articuladas: Hospitais gerais/CAPS/hospitais psiquiátricos.
138. Realizar concursos públicos que exijam pré-requisitos necessários e adequados ao trabalho em saúde mental.
139. Expansão de serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, bem como a realização das atividades do grupo (diabéticos, condicionamento físico, fisioterapia, atendimento para dependentes químicos) proporcionando atendimento a toda a comunidade nas UBS's.
140. Divulgar melhor o programa saúde do homem, garantindo que as linhas de cuidados da atenção primária em saúde do homem sejam realizadas, incluindo exames de próstata e avaliação psicológica, com a participação dos integrantes do programa saúde da família e conselhos locais de saúde.
141. Que em todo o concurso ou teste seletivo para contratação de profissionais para as UBS, deve ser incluído temas sobre a saúde da população negra, elaborando também oficinas permanentes de preparação profissional.
142. Programas específicos na pesquisa em saúde da população negra dentro das Universidades, envolvendo cursos da área das ciências humanas, medicina, biomedicina e odontologia.
143. Estabelecer diálogo entre educação e saúde, com campanhas de valorização da pessoa negra dentro dos espaços escolares, desconstruindo visões estereotipadas e preconceituosas sobre a população negra. Há a necessidade, por exemplo, da escola compreender os sintomas da anemia falciforme, para que não se tire conclusões precipitadas do aluno com essa doença. Uma das formas propostas para se estabelecer esse diálogo é elaborar cartilhas informativas de forma intersetorial e que o conteúdo deva ser aprovado pelo Conselho Municipal.
144. Focar ações no combate à discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual.
145. Atenção especial com a parturiente negra, que está mais sujeita à eclampsia, já que a hipertensão tem sido uma grande inimiga da população negra.
146. Que se tenha na divulgação dos exames os quesitos, cor, raça e etnia, para permitir um mapeamento de doenças que acometem a população negra.
147. O grupo de trabalho da saúde da população negra e os profissionais da área da saúde da população negra devem mobilizar-se para organizar os dados e demandas estabelecendo metas de curto, médio e longo prazo a partir do resultado dos dados obtidos.
148. Qualificar as filas de espera para organizar a indicação e oferta de serviços de diagnose e consultas e implantar referência/contrarreferências entre os três níveis de atenção à saúde, conforme grade e estrutura de cada serviço para reduzir o tempo de espera pelo atendimento, tratamentos com especialidade e cirurgias.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

149. Ter central única de regulação (SAMU / SIATE / Central de Leitos / Econorte) com fluxo definido.
150. Manter um hospital secundário como suporte para as contra referências, otimizando a utilização de leitos dos hospitais terciários, através da central de regulação.
151. Criar redes de atendimento (intersetorial) a pacientes crônicos, idosos, moradores de rua, pacientes que moram sozinhos, etc., visando diminuir o tempo de internação nos hospitais e garantir maior rotatividade dos leitos e maior cobertura de atendimento à população.
152. Adequação das vagas de consultas e exames nas diferentes especialidades médicas de acordo com as necessidades da população.
153. Aumento do número de leitos, funcionários e exames laboratoriais nos hospitais, bem como leitos de UTI e UCI, com apoio das três esferas de governo.
154. Contratualizar 100% dos serviços ambulatoriais do município, visando o estabelecimento de metas físicas e qualitativas de todos os prestadores credenciados ao SUS, de acordo com as necessidades da rede.
155. Organizar atendimento de saúde adequado à população carcerária em Londrina.
156. Maior agilidade na realização das cirurgias com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) já aprovada.
157. Definir competências do Sistema de Internação Domiciliar e Programa Saúde da Família através de fluxograma, para melhor acolhimento dos pacientes.
158. Executar política de alta complexidade com mecanismos de organização do fluxo referenciado.
159. Agendamento e controle de presença do usuário (adesão ao tratamento) pelas UBS das consultas em especialidades (primeira consulta, retorno e continuidade de tratamento pós alta hospitalar).
160. Proporcionar o acesso igualitário aos usuários de todos os municípios da 17ª RS às consultas e exames, por meio da redistribuição da oferta, reduzindo o impacto por atendimentos de Urgência decorrentes de usuários em fila de espera e reduzindo o índice de faltosos.
161. Organizar o fluxo de atenção em tratamento de feridas.
162. Manter o ambulatório de Cardiologia no Hospital Zona Sul, que vem funcionando com resolutividade desde 1995, reduzindo as complicações cardiovasculares da região, conforme trabalho científico realizado pelo Dr. Wellington Moreira.
163. Criar nos Hospitais Zona Sul e Zona Norte ambulatório vascular (angiologia) cirurgia geral, otorrino, oftalmologia e ginecologia.
164. Implantar no HU o centro de treinamento e unidade vascular.
165. Integrar os sistemas de informação (Saúde Web) entre Atenção Primária (AP) / especialidades / hospitais através do projeto Instituto de Desenvolvimento Gerencial (IDG) a todos os prestadores do SUS contratualizados.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

166. Garantir atendimento integral pautado nas necessidades físicas, psíquicas e sociais, integrando atenção básica, a média e a alta complexidade e a rede de saúde mental de forma a garantir que os usuários sejam atendidos em consultas especializadas, nas diversas áreas, respeitando a sua região de abrangência.

167. Transformar as UBSs de 12 para 16 horas o atendimento – conforme estudo da demanda da regionalização das UBSs.

168. Atendimento da UBS em Paiquerê, que passou das 7:00 às 15:00, podendo ser alterado para atendimento até às 23:00, se necessário, com critérios técnicos.

169. Criar UBS 16 horas no Distrito de Irerê. Se necessário. Com critérios técnicos.

170. Criar UBS 16 horas na Região Leste, ARMINDO GUAZZI, com critérios técnicos.

171. Ampliação do horário de atendimento na UBS Itapoã de 12h, para 16h, sendo com a construção da Unidade da Família e da Mulher para a região. Se necessário. Com critérios técnicos.

172. Propiciar o funcionamento 16 horas da unidade do Distrito de Lerroville, inclusive nos finais de semana.

173. Que o posto do distrito de São Luiz volte a funcionar até às 17 horas.

174. Garantir funcionamento da UBS Ouro Branco até as 23 horas com pronto atendimento.

175. Revisar a tabela dos procedimentos para se garantir o pagamento digno aos profissionais da área da saúde.

176. Isonomia com relação à carga horária de todos os trabalhadores da saúde em 30 horas semanais.

177. Melhorar e garantir incentivos dos profissionais que atuam na equipe de Saúde Bucal, na tentativa de corrigir as diferenças salariais.

178. Que o PCCS (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) seja cumprido e as promoções por merecimento, cujos certificados já foram apresentados sejam pagas de forma retroativa, corrigida e imediata.

179. Garantir o pagamento de insalubridade a todos os trabalhadores da saúde, conforme legislação vigente.

180. Criar e aprovar em instancia competente a Lei Municipal que regulamentará o pagamento de insalubridade aos servidores que tenham direito, sendo que esse adicional deverá ser sobre o piso salarial da categoria que o servidor pertença.

181. Contratar profissionais de todas as áreas da Saúde que o Ministério da Saúde preconiza, inclusive do setor administrativo, redimensionando o quadro em avaliação conjunta com os conselhos locais e regionais de saúde para todas as Unidades de Saúde (como pediatra, ginecologistas, dentista, plantonistas, clínico geral e outros que se fizerem necessários) e para todos os Distritos e Patrimônios evitando a sobrecarga à capacidade instalada e diminuindo os cargos comissionados e serviços terceirizados.

182. Realização de concurso, com salário digno que desperte interesse aos profissionais para atuarem no serviço público, para as áreas de clínica geral, pediatra, hebiatras

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

(atendimentos para adolescentes) ginecologista, plantonista e demais necessidades médicas, bem como na área de enfermagem e administrativo.

183. Regulamentar a forma de contratação dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, possibilitando a Municipalização dos respectivos programas.

184. Manter quatro agentes comunitários de saúde na Unidade de Saúde do Patrimônio Regina.

185. Contratar via concurso os médicos que prestam serviços ao SUS na rede pública (estados e municípios) para melhor qualidade da assistência e efetivação das políticas públicas.

186. Plantonistas que cubram os horários nos finais de semana nas UBSs de 16 e 24 horas.

187. Atendimento 24 horas na UBS União da Vitória aumentando números de médicos e enfermeiros.

188. Disponibilização de clínico geral em todas as UBSs para cobrir as férias do clínico geral.

189. Ampliar o atendimento de clínica geral para horário integral e de ginecologia para mais dias na semana em todas as UBSs.

190. Atendimento de clínico geral todos os dias, na UBS Guaravera, com agendamento prévio e a cada 30min, permitindo o atendimento emergencial, respeitando a legislação.

191. Aumentar o quadro de servidores concursados do HU, considerando a expansão dos serviços e o aumento de complexidade da assistência prestada e agilizar o preenchimento das vagas em aberto.

192. Realização de reposição e ampliação do número de equipes de PSF incluindo profissionais da odontologia, nas unidades básicas de 12, 16 e 24 horas, Patrimônios e Distritos.

193. Convocação de profissionais enfermeiros aprovados em concurso público para a recomposição das UBSs, SAMU, PAM e PAI.

194. Contratação de funcionários para os CAPS, bem como para os demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde, através de concurso público, ou seja, municipalização dos programas de saúde; não permitindo a terceirização que tem criado alta rotatividade de funcionários e vínculos empregatícios frágeis.

195. Reposição e ampliação do número de servidores, como auxiliares administrativos, em período integral, contemplando principalmente as UBS, maternidade, PAM, CAPS, laboratórios e demais serviços, garantindo a permanência de servidor administrativo em todos os períodos de funcionamento da UBS.

196. Cumprir a obrigatoriedade do uso de crachá de Identificação no qual deve constar inclusive o cargo profissional e ser fornecido aos funcionários pela Prefeitura.

197. Implantação de Pronto Atendimento Pediátrico referenciado em urgência e emergência na UBS 24 h Leonor.

198. Que se garanta nas três esferas do governo a permanência das 102 equipes do PSF e, no mínimo, 4 equipes na UBS Leonor. O PSF deve ter a sua essência resgatada na promoção, prevenção e ação em saúde.

199. Implantação de uma equipe PSF de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde Leonor, que esta seja referência da região oeste em urgência e emergência em odontologia.

200. Promover ações de prevenção e promoção em saúde por meio de educação em saúde desenvolvida pelas equipes ESF visando à orientação contínua da comunidade, evitando a aquisição e agravamento das doenças.

201. Implantar equipes de atendimento a pessoas vivendo em situação de rua, no modelo da Equipe de Saúde da Família (ESF) ou Consultório de rua, garantindo as ações em redução de danos para atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, assegurando retaguarda em serviços especializados de atenção diária e serviços com hospitalidade para desintoxicação.

202. Estabelecer a política de meritocracia na rede, a fim de estimular os profissionais.

203. Integrar serviço/academia no sentido de adequar a formação profissional para Atenção Primária.

204. Ampliar a fiscalização da Vigilância Sanitária, no que tange a criação de animais na zona urbana e distritos.

205. Que a Secretaria de Saúde de Londrina, utilize todas as estratégias possíveis para o controle de dengue (aplicação da lei 8.815/2002, contratação de quadro completo de servidores) principalmente a Secretaria utilize a estratégia de mobilização da sociedade.

206. Garantir ações adequadas de medicina preventiva bem como específicas para a questão da contaminação por agrotóxicos.

207. Reforma e adequação de todas as UBS do município e distritos observando a lei de acessibilidade e o conforto para as pessoas com deficiências.

GESTÃO DO SUS: ESTABELECENDO COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

208. Assembleias frequentes nos 3 CAPS, objetivando uma gestão democrática inclusive com a participação de usuários e funcionários na maioria das coordenações dos CAPS.

209. Garantir que as decisões da Comissão Municipal de DST/HIV/AIDS sejam respeitadas pelo Conselho Municipal de Saúde e garantir a participação de conselheiro de saúde na comissão.

210. Garantir a participação de um representante da comissão municipal de DST - AIDS, no acompanhamento das aquisições de materiais e equipamentos referentes ao Pronto Atendimento Municipal.

211. Viabilizar a estruturação de um hospital-dia geral.

212. Investir no aumento de leitos e readequação da área física do HU, priorizando as unidades Masculina, Maternidade, Oncologia e serviços de apoio.

213. Construção de nova sede UBS Vila Casone.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

214. Mudar a UBS Clair Aparecida Pavan, para um espaço físico maior ou ampliar as atuais instalações, em virtude da crescente demanda de usuários.
215. Implantação de um centro de atendimento à Saúde da Mulher localizado no centro da cidade.
216. Criação de mais um CAPS adulto na Região Sul de Londrina.
217. Implantação de CAPSII para demais regiões da cidade; sul, centro, leste, oeste, rural
218. Urgente implantação de CPS AD- infantil e adolescentes com espaço físico próprio.
219. Urgente implantação, ampliação e implementação das residências terapêuticas para pacientes sem vínculo familiar e com longos períodos de Institucionalização.
220. Construção de Banheiros e Cobertura maior fora da UBS de Guaravera; instalação de mais bancos na área externa da UBS.
221. Liberação de recursos para construção da Unidade Básica de Saúde de Paiquerê.
222. Reformar a UBS do Distrito de Maravilha.
223. Reforma da UBS e ampliação da copa do Parque das Indústrias.
224. Construção de UBS para o Conjunto Saltinho e adjacentes.
225. Reforma da Unidade Básica de Saúde com ampliação do mesmo não havendo mudança do local. (Jardim União da Vitória).
226. Ampliação do espaço físico da UBS Itapoã, com construção de uma sala para ESF e ACS.
227. Construir nova Sede para a Unidade de Saúde Guanabara.
228. Colocar ar condicionado em todas as UBS que não tenham ventilação, principalmente no Guanabara devido a falta de janelas.
229. Ampliação do laboratório de análises clínicas Municipal com garantia de recursos humanos e insumos necessários para o atendimento da demanda existente.
230. Ampliação da área física, com a construção de uma sala de reunião para ESF e uma área externa coberta da UBS Cafezal.
231. Instalar Grades na entrada da UBS San Izidro.
232. Necessidade de construção de uma UBS na região Limoeiro.
233. Implantação de serviço de Raio X no Leonor.
234. Garantir o apoio diagnóstico de exames laboratoriais para os atendimentos de urgência e emergência da unidade 24h do Jd Leonor.
235. Que mantenha a policlínica na região oeste e sejam implantadas outras nas demais regiões.
236. Construção Hospital na Região Oeste, próximo à Tiradentes.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

237. Aumentar espaço físico na UBS Vila Nova, construção de consultório, toldo na entrada, estacionamento e cercar a unidade para medida de segurança.

238. Urgente ampliação da UBS Vila Brasil.

239. Construção de um Centro de Referência para pessoas da terceira idade, pois Londrina já conta com mais de 64.000 idosos, sendo necessário um local próprio que atenda as deficiências de saúde, inclusive com fisioterapia Motora e piscina para Hidroterapia

240. Ampliar a capacidade laboratorial para diagnóstico e controle da Tuberculose.

241. Construção de uma unidade básica de saúde par atender aos bairros Itamaraty, Lima Azevedo e Jardim Maringá.

242. Reforma das UBS que precisam de ampliação incluindo estacionamento para carros de funcionários.

243. Abrir portão nos fundos da UBS Lindóia para os funcionários utilizarem o acesso ao estacionamento.

244. Instalar banheiros públicos para atendimento da população. Que os mesmos sejam adaptados para a utilização de ostomizados e pessoas com deficiência física, disponibilizados em parques, terminais urbanos, rodoviária, aeroporto e calçadão.

245. Garantir a participação da unidade/setor envolvido na elaboração de projetos de reforma e construção de unidades de serviços de saúde.

246. Viabilizar sede nova do SAMU para o município de Londrina.

247. Implantar UPAS nas 04 regiões da cidade de Londrina, e até que sejam implantadas, que sejam estabelecidas Unidades Básicas em cada região, funcionando 24 horas com escala de plantonista, específico para esse fim, além das consultas agendadas.

248. Garantir e melhorar a segurança nas UBS para trabalhadores e usuários.

249. Fornecimento de materiais de trabalho para as equipes de todas as UBS (Jalecos - Materiais de escritório).

250. Disponibilizar desfibrilador em todas as UBSs, com treinamento de funcionários para manuseá-lo.

251. Aquisição de equipamentos de urgência e emergência como desfibrilador, Oxímetro e a manutenção do carrinho de emergência, aparelho de raio x , manutenção e aquisição de equipamentos odontológico - equipamentos de 1ª linha - com capacitação dos funcionários para manuseio e utilização dos aparelhos nas UBS da zona rural e naquelas que atendam urgência e emergência.

252. Kits de emergência exclusivos para o assentamento agrário Eli Vive Região de Guairacá.

253. Avaliar as necessidades bem como planejar a aquisição de insumos (cadeiras, autoclaves, kits de emergência, persianas, ventiladores, cadeiras de rodas, computadores, sistemas de som, etc) para garantir atendimento qualificado nas Unidades Básicas de Saúde.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

254. Implementar a rede de informatização com prontuário eletrônico online para todos os serviços de saúde, inclusive odontológicos, fornecendo pessoal e equipamentos adequados, buscando recursos no Estado para a macrorregião.
255. Aquisição de placas de sinalização para todos as UBS que não tiverem.
256. Melhorar a segurança das UBSs com proteção, material e com a guarda municipal.
257. Implantar Serviço Municipal de Verificação de Óbitos conforme legislação vigente.
258. Implantar /Construir uma Central de Armazenamento e Distribuição de Vacinas e Imunobiológicos com Gerador Próprio de Energia/ Câmara Fria, podendo otimizar-se a utilização do gerador com a implantação conjunta de Central de Esterilização de Materiais e Laboratório de Patologia Clínica.
259. Investir no serviço de internação domiciliar (SID), ampliando o número de vagas para internação de pacientes no domicílio com estrutura adequada (veículos, equipes, materiais, medicamentos, antibioticoterapia, oxigenoterapia).
260. Criar serviço para atendimento de pessoas dependentes e com deficiência que necessitam de cuidados especiais (na fase adulta) que não possuem familiares ou cuidadores e que não necessitam de internação domiciliar e hospitalar.
261. Implementação de leitos em hospitais gerais a pacientes em uso de substância psicoativa para desintoxicação conforme legislação vigente.
262. Melhor gerenciamento de forma igualitária na distribuição dos serviços ofertados ao SUS, não deixando de observar a qualidade técnica e estrutural de cada prestador.
263. Realizar negociação com os municípios de origem para o fornecimento de alimentação àqueles pacientes ambulatoriais provenientes de outros municípios, cujo atendimento é referenciado aos estabelecimentos de saúde em Londrina.
264. Criar rede de ações em saúde e de vigilância em saúde/epidemiológica nas escolas e creches públicas e privadas.
265. Implantar sistema de acompanhamento e avaliação de indicadores de qualidade com discussão dos resultados obtidos em todos os níveis de atenção à saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade e resolutividade de todos os serviços. Acrescentando recorte étnico-racial e de orientação sexual, promover a discussão dos resultados obtidos.
266. Criação de comissão municipal composta por prestadores para intercambio de informações relacionadas à qualidade dos produtos, serviços e equipamentos utilizados em todo estabelecimento de saúde.
267. Elaborar proposta de revisão de valores da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, de acordo com custos dos procedimentos, que inclua o componente de Serviços Profissionais correspondente aos procedimentos de modalidade Ambulatorial, para posterior avaliação de impacto financeiro a ser incorporado ao FMS e envio à SAS/MS.Sem restrição de faixa etária.
268. Fazer revisão semestral do teto financeiro do município conforme a demanda.
269. Definir sub-teto para cada prestador com base na produção real dos mesmos, respeitando a demanda e capacidade técnica, com o cumprimento das responsabilidades contratualizadas.

270. Garantir financiamento para manutenção e implementação dos serviços extra-hospitalares e garantir a medicação necessária para a continuidade do tratamento.

271. Reivindicar ao Ministério da Saúde/Estado do Paraná a regulamentação e financiamento de unidades de cuidados semi-intensivos para adultos no País.

272. Reivindicar o cumprimento da aplicação dos recursos financeiros por parte das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

273. Aumento do valor pago às consultas especializadas.

274. Propor alteração na portaria MS/GM 3123 de 07 de dezembro de 2006, (Contratualização SUS) – realizar o pagamento de pré-fixado em sua totalidade, e posterior a avaliação, caso não tenha ocorrido o cumprimento das metas, a retenção dos 10% ocorrerá no mês subsequente.

275. Reavaliar e disponibilizar equipamentos e materiais que estão sem uso no estado ou município e disponibilizar os mesmo, prioritariamente ao serviço público e possível concessão aos prestadores de serviço SUS.

276. Remunerar procedimentos (ambulatoriais e internados), materiais, exames não previstos na tabela SUS e necessários aos tratamentos.

277. Assegurar financiamento para implementação da estrutura de trabalho através de recursos físicos, humanos e materiais ao Hospital Zona Sul e Zona Norte, para melhor atendimento ao paciente.

278. Aumentar teto financeiro do Hospital Zona Sul e Zona Norte.

279. Fortalecer o Fundo Municipal de Saúde, retornando às funções pertinentes a gestão financeira para a Autarquia de Saúde.

280. O CMS deve elaborar documentos cobrando dos políticos com cargos eletivos o esforço para a regulamentação da emenda Constitucional 29 (Tião Viana) e que reivindique que as três esferas de governo apliquem na área da saúde os percentuais mínimos nela definidos

281. Rever, atualizar e agilizar recursos referentes a Portaria n.º 055/99 – Tratamento Fora do Domicílio (passagens, alimentação e pernoites) para pacientes que necessitam de tratamento especializado em serviço de referência (média e alta complexidade).

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

282. Desenvolver programa de educação ao usuário para orientação quanto aos serviços públicos disponíveis na rede de saúde como funcionam, acessá-los, de acordo com a organização do serviço (tendo como um dos canais o Conselho).

283. Promover de forma permanente a Campanha de Conscientização Contra as Faltas em Atendimentos de Saúde, através dos gestores municipais e ampla participação dos estabelecimentos de saúde, conselhos locais e regionais, usuários, empresários e órgãos de mídia, no intuito de otimizar a oferta de serviços.

284. Estabelecer que as UBS informem os pacientes sobre a necessidade de apresentação do cartão nacional do SUS para a realização de qualquer procedimento.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

285. Implantar o Fórum Prestador Permanente – FPP, no intuito de legitimar as discussões das Unidades Prestadoras de Serviço credenciadas e/ou contratualizadas junto ao Gestor Municipal acerca das ações de saúde.
286. Retornar o Jornal Informativo para divulgação das ações do Conselho Municipal de Saúde junto à comunidade.
287. Criação de Comissão de Comunicação e Assessoria jurídica para fortalecer o controle social no Conselho Municipal de Saúde.
288. A conferência de Saúde deverá, a partir de agora, ser realizada no início do exercício para que os encaminhamentos desta, possam compor os Planos Pluri-Anual e Orçamento Anual, e portanto serem contempladas na LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) do Município e assim possam ser executadas.
289. Fortalecer a organização das pessoas com patologias crônicas em espaços de construção do processo de participação popular.
290. Ampliar, incentivar a participação dos Conselhos regionais e locais de saúde, na discussão na política de AIDS municipal.
291. Promover cursos/eventos de capacitação de conselheiros e de lideranças comunitárias, viabilizando a participação de representantes em eventos referentes a DST – AIDS e outras patologias emergentes e programas.
292. Garantir o desenvolvimento de projetos locais elaborados pela comunidade nas UBS com a capacitação dos Conselhos locais de Saúde e apoio de grupos populares e outros.
293. Política integrada entre as Secretarias e os Conselhos.
294. Envolver os conselhos locais no combate a dengue.
295. Encaminhar a modificação da Lei Municipal no. 4911 que institui o Conselho Municipal de Saúde para modificação da escolha do Presidente e que a paridade no CMS seja respeitada com a revisão de sua composição representativa atual.
296. Realizar avaliação em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e Conselho de Odontologia na infra estrutura dos consultórios odontológicos da rede pública e número de profissionais contratados, visando a qualidade e otimização da assistência aos usuários.
297. O GT da saúde da população negra deverá monitorar não só ações estatais e municipais, mas também ter atenção com as ações locais.
298. Tornar público os contratos realizados entre o gestor e os prestadores – disponibilizar no site oficial da prefeitura.
299. Constituir uma comissão permanente para elaboração, acompanhamento e avaliação dos contratos realizados com os prestadores de serviços SUS (Plano Operativo Anual) que contemple a participação de técnicos das áreas jurídica e financeira da prefeitura, além dos técnicos da saúde e usuários. Que autarquia da secretaria municipal da saúde conte com assessoria jurídica e financeira para negociação de contratos junto aos prestadores.
300. Criar instrumento único de avaliação de satisfação do usuário dos serviços de saúde.
301. Garantir novas formas de gestão para as unidades de saúde do município, sem precarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores admitidos por meio de

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

processo público de seleção, e que estas unidades sejam avaliadas e fiscalizadas também pelo CMS.

302. Cumprir as deliberações das conferências anteriores e da 12ª Conferência Municipal de Saúde

303. Que a administração municipal reconheça o CMS como instância legítima de participação social na formulação, implantação e controle das políticas públicas de saúde.

304. Fortalecer a participação da comunidade através dos Conselhos locais.

305. Propor para Conferência Estadual a contratação de mais médicos para o CISMEPAR, através de concurso público a fim de agilizar o atendimento.

306. Ampliar a gerência de epidemiologia com a contratação de recursos humanos para área técnica e administrativa: digitadores, enfermeiros, médicos, com vista a Implantação do controle de Doenças e Agravos não transmissíveis.

307. Que haja mais rigor do ministério público na fiscalização das empresas terceirizadas que atuam na saúde no município de Londrina.