

Prefeitura do Município de Londrina
Plano Municipal de Saúde 2006/2007

Secretaria Municipal de Saúde | Autarquia Municipal de Saúde | Conselho Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde 2006/2007

Prefeitura Municipal de Londrina | Secretaria Municipal de Saúde | Conselho Municipal de Saúde

Elaboração / Colaboração

COMISSÃO TÉCNICA DO CONSELHO - CONSELHEIROS

Alberto Duran Gonzalez, Ana Paula Cantelmo Luz, Angélica de Souza, Argéria Maria Serraglio Narciso, Jeremias Béquer Brizola, Rosalina Batista, Sebastião Francisco Rego, Wilma Silva Ribeiro.

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO CMS

Andréia Diniz, Márcia Brizola, Sônia Anselmo

EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ana Lúcia de Oliveira Felde, Ana Paula Mrtvi, Cláudia R. Hildebrando, Cristian Isolani, Edvaldo de Alcântara Oliveria, Joelma Teixeira Borian, Josemari S. de Arruda Campos, Maria Fátima Tomimatsu, Maria Luiza Iwakura, Marilda Kohatsu, Margaret Shimiti, Marlene Zucoli, Maurício Barros, Raquel Guapo Rocha, Regina Lúcia N. do Amaral, Sérgio Vitorio Canavese, Sonia Regina Néri, Ubirajara Zanete Mariani.

COLABORADORES

Maria Madalena B. de S. Lanssoni (17ª Regional de Saúde), Maria da Graça Pedrazzi Martini (TC Secretaria da Mulher), Nilton Ferreira (Secretaria Municipal de Saúde)

ORGANIZAÇÃO

Margaret Shimiti

REVISÃO

Ana Lúcia de Oliveira Felde

FOTO

Luiz Jacobs

Catálogo: Sueli Alves da Silva CRB 9/1040

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde.
Plano municipal de saúde 2006-2007. /.- Prefeitura do Município. Secretaria
Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti- Londrina, PR: [s.n], 2007.

108 p. : il. color.-

1. Plano municipal de saúde – Londrina. 2. Saúde Coletiva – Londrina. I. Shimiti,
Margaret, org. II. Título.

CDU: 614.2(816.22)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Nedson Luiz Micheleti – Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Josemari Sawczuk de Arruda Campos – Secretária

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Josemari Sawczuk de Arruda Campos – Diretora Superintendente

Marlene Zucoli - Diretora Executiva

Cláudia Rozabel de Souza Hildebrando – Diretoria de Gestão de Pessoas

Henrique de Castro Silva – Diretoria de Serviços de Apoio

Joelma Teixeira Borian – Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação

Maurício de Souza Barros – Diretoria de Saúde Ambiental

Sérgio Vitorio Canavese – Diretoria de Serviços Especiais de Saúde

Simone Narciso Garani – Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde

Sônia Regina Nery – Diretoria de Ações em Saúde

Ubirajara Zanette Mariani – Diretoria Financeira

Ana Lúcia de Oliveira Felde – Assessoria Técnico-Administrativa

Cristian Aparecida Costa Isolani Ribeiro – Assessoria Técnico-Administrativa

Maria Terezinha P. Carvalho – Assessoria Técnico-Administrativa

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Josemari Sawczuk de Arruda Campos – Presidente

Sônia Maria Anselmo – Secretária Administrativa

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Josemari Sawczuk de Arruda Campos – Presidente

Ubirajara Zanette Mariani – Coordenador

Louise Bolzani – Secretário

Fláida Cristina F. Santos – Tesoureiro

Valcir Miguel da Silva – Contador

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Composição de acordo com a Lei 4911, de 27 de dezembro de 1991, acrescida das alterações constantes das Leis Municipais 8.445 de 04 de julho de 2001 e 9.806 de 19 de outubro de 2005.

SEGMENTO DE GESTOR

Josemari Sawczuk de Arruda Campos – Titular/Marlene Zucoli – Suplente
Wania B. Aleman Gutierrez – Titular/Sônia Mª de Almeida Petris – Suplente

SEGMENTO DE TRABALHADOR EM SAÚDE

Rubens Martins Junior – Titular/Benedito Fernandes – Suplente
Alberto Durán Gonzalez – Titular/Argéria Mª Serraglio Narciso – Suplente
Isaltina Pires Cardoso – Titular/Deid Francisco Ferraz da Silva – Suplente
Eder Pimenta de Oliveria – Titular/ Marcos Rogério Ratto – Suplente
Bett Claidh – Titular/Manoel Nivaldo da Cruz – Suplente

SEGMENTO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS

Fahd Haddad – Titular/Ana Paula Cantelmo Luz – Suplente
Alda Mastelaro Hayashi – Titular/Mara Rossival Fernandes – Suplente
Francisco Eugênio A. de Souza – Titular/Jeremias Bequer Brizola – Suplente
Orides Lopes Pinheiro – Titular/Ogle Beatriz Bacchi de Souza – Suplente
Paulo F. Nicolau – Titular/Nobuaqui Hasegawa – Suplente

SEGMENTO DE USUÁRIOS

Neusa Maria dos Santos – Titular/Custódio Rodrigues do Amaral – Suplente
Joel Tadeu Corrêa – Titular/ Jurema de Jesus Corrêa Santos – Suplente
Paulo Sérgio Gomes do Prado – Titular/Acácio dos Santos – Suplente
Laurentino dos Santos Paulista – Titular/Sebastião Francisco Rego – Suplente
Livaldo Bento – Titular/José do Carmo Medeiro – Suplente
Angélica de Souza – Titular/José Barbosa – Suplente
Terêncio de Lima – Titular/Maria Apda da Silva Cardoso – Suplente
Ailton de Souza – Titular/Natal de Oliveira – Suplente
Euclides Lunardelli Filho – Titular/ Wilma Silva Ribeiro – Suplente
Paulo Roberto Vicente – Titular/Vera Lúcia Giacheto – Suplente
Maria José Teixeira Lopes – Titular/Leniva Aparecida Alves – Suplente
Rosalina Batista – Titular/Irene de Jesus Macena – Suplente

*Composição em vigor em nov/2006

Sumário

I. Introdução	01
II. Perfil do Município	03
III. Perfil Epidemiológico	13
IV. Organização dos Serviços de Saúde	31
V. Programas de Atenção à Saúde	55
VI. Pactuação para 2006/2007	72
VII. Monitoramento e Acompanhamento	93
VIII. Proposta Orçamentária	95
Conclusão	101

I. Introdução

O Plano Municipal de Saúde 2006 – 2007 contempla o conjunto de informações, que buscam dar a dinâmica do sistema de saúde construído no município de Londrina, responsável por estabelecer equilíbrio e coerência entre as condições da população e suas necessidades frente a serviços e ações que promovam a saúde, previnam doenças e agravos, tratem de doenças, reduzam seqüelas e prolonguem a vida com qualidade.

O Plano tem o objetivo de estabelecer as atividades e metas que dêem a direção ao sistema de saúde e permitam o cumprimento das responsabilidades legais do município.

As experiências acumuladas na história da Saúde em Londrina oferecem condições favoráveis e são balizadas no compromisso assumido no Plano de Governo dessa gestão administrativa municipal em seu mandato de reeleição para o período 2005 - 2008.

A realização da 9ª Conferência Municipal de Saúde em 2005 com ampla participação dos diferentes segmentos da comunidade e a grande quantidade de reuniões prévias contribuíram não apenas na definição das grandes diretrizes da Saúde mas também da visão do detalhe, dos programas e ações em cada localidade para cada grupo social.

O Plano não tem a pretensão de esgotar as ações de planejamento para a Saúde nesse período, mas sim estabelecer o conjunto de informações que permitam o melhor aproveitamento de recursos e o controle e acompanhamento de todos os segmentos da comunidade.

A elaboração desse plano contou com a participação da comissão do Conselho Municipal de Saúde, técnicos e assessores da Secretaria Municipal de Saúde e demais serviços de saúde.

II. Perfil do Município

2.1 Histórico e localização

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

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

2.2 Coordenadas geopolíticas

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

A densidade demográfica do município é de 259,07 hab/Km² (2000).

A zona urbana de Londrina é de 118,504 Km² e a zona de expansão urbana é de 119,796 Km², totalizando 238,30 Km². A altitude da área urbana central da cidade é de 610 m.

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

O clima é subtropical úmido, com chuvas em todas as estações. A pluviosidade anual é de 1264 mm (2003). A temperatura média anual: 21, 3°C (2003). O tipo de solo tem predominância de Latossolo (Terra Roxa).

Localização do Município de Londrina



2.3 Informações Ambientais

2.3.1 ABASTECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

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

Atualmente no município, há um equilíbrio entre a oferta e a demanda de água, estando os problemas relacionados às deficiências na malha de distribuição. Em 2003, o abastecimento de água potável alcançou o percentual de 98,43.

Abastecimento de água, pela SANEPAR, segundo as categorias, Londrina, 2005

Categorias	Unidades Atendidas	Ligações
Residenciais	156.000	114.683
Comerciais	15.053	9.185
Industriais	472	461
Utilidade pública	906	892
Poder público	682	604
Total	173.113	125.825

Fonte: Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR

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

2.3.2 SISTEMA DE ESGOTO

O sistema de esgoto no Município de Londrina é administrado pela SANEPAR e atende a cerca de 68,0% dos domicílios urbanos sendo que parte destes não recebe tratamento. A Capacidade de Tratamento de esgoto é de 143.424 m³/dia e a vazão coletada é de 50.172 m³ numa extensão de rede de 1.217.103 metros.

Atendimento de esgoto, pela SANEPAR, segundo as categorias, Município de Londrina, 2005

Categorias	Unidades Atendidas	Ligações
Residenciais	108.132	69.047
Comerciais	12.523	6.935
Industriais	232	226
Utilidade pública	530	518
Poder público	385	369
Total	121.802	77.095

Fonte: Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR

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

2.3.3 COLETA E DISPOSIÇÃO DO LIXO

Discrim Tipo	Doméstico	Hospitalar	Reciclável
Volume coletado anual	109220 (t)	499,2 (t)	24960 (t)
Volume diário produzido (t)	350	1,6	80
Nº funcion. na coleta (1)	90	4	29
Nº veículos na coleta	12	1	5 caminhões /2 veíc passeio
Nº ONG's na coleta (2)	-	-	26
Destino final do lixo	Aterro sanitário municipal Área : 184.200 m ²	Área da vala séptica do aterro sanitário	Centrais de triagem das ONG's reciclagem e aterro

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

(1) Funcionários e veículos da empresa terceirizada que executa os serviços de coleta.

(2) A coleta é realizada pelos cerca de 500 membros das 26 ONG's de reciclagem parceiras da CMTU

Varrição no município de Londrina, 2003

Discriminação	Valores
Extensão de Vias Atendidas (metros lineares/mês)	4.062.246,10
Número de Barros Atendidos ⁽¹⁾	35
Freqüência por Setor	3 vezes por semana
Número de Funcionários Utilizados ⁽²⁾	110

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

(1) Região Central, Jardim Shangri-Lá A, Jardim Shangri-Lá B, Jardim Quebec, Jardim Lima Azevedo e algumas Ruas da Vila Nova e Vila Brasil.

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

2.3.4 ENERGIA ELÉTRICA

O Município de Londrina está interligado ao sistema de transmissão estadual, a cargo da Companhia Paranaense de Energia Elétrica - COPEL e integrado às fontes de energia da Eletrobrás. No consumo de energia elétrica, em números absolutos, destaca-se o consumo das áreas residenciais, seguido pelo segmento comercial e industrial.

Consumo e número de consumidores de energia elétrica, Município de Londrina, 2005

Categorias	Consumo (Mwh)	Consumidores
Residencial	318.082	152.169
Setor secundário	273.243	3.343
Setor comercial	243.217	17.863

Categorias	Consumo (Mwh)	Consumidores
Rural	21.376	3.147
Outras classes	153.306	1.214
Total	1.009.224	177.736

Fonte: COPEL

2.4 População

Evolução da população residente do município de Londrina

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

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

Crescimento da população – município de Londrina

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

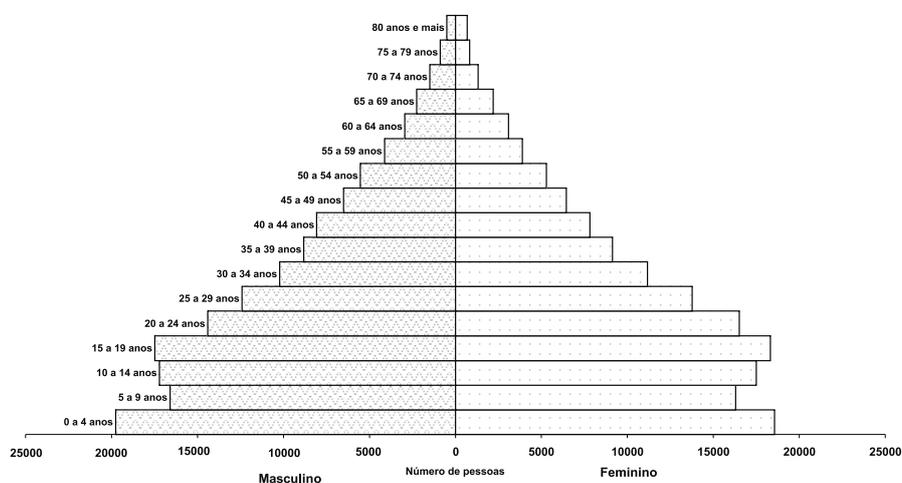
Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

População do município de Londrina, segundo faixa etária e sexo, 2005

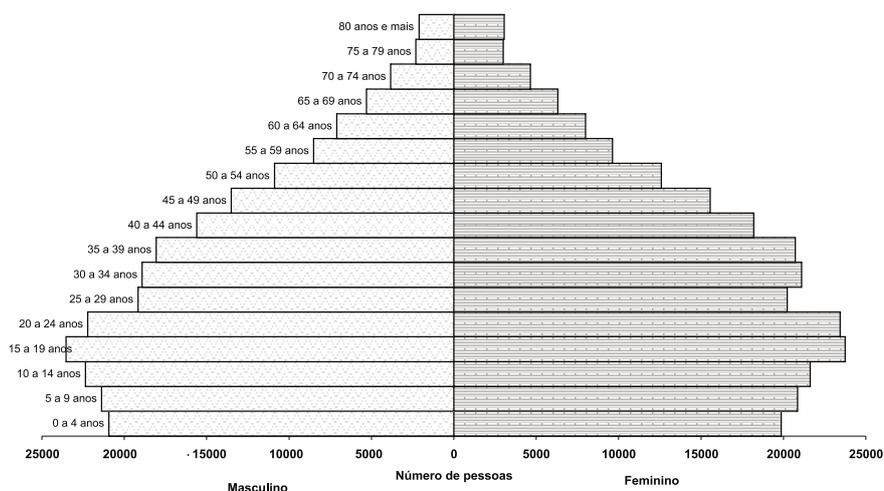
Faixa Etária detalhada	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	4174	3935	8109
1 ano	4041	3922	7963
2 anos	4209	3992	8201
3 anos	4200	3947	8147
4 anos	4311	4059	8370
5 anos	4354	4331	8685
6 anos	4183	4102	8285
7 anos	4305	4065	8370
8 anos	4160	4112	8272
9 anos	4370	4243	8613
10 anos	4376	4309	8685
11 anos	4526	4337	8863
12 anos	4497	4350	8847
13 anos	4478	4204	8682
14 anos	4474	4421	8895
15 anos	4271	4327	8598
16 anos	4501	4442	8943
17 anos	4922	4955	9877
18 anos	5039	5137	10176
19 anos	4795	4893	9688
20 a 24 anos	22220	23443	45663
25 a 29 anos	19160	20230	39390
30 a 34 anos	18918	21107	40025
35 a 39 anos	18067	20716	38783
40 a 44 anos	15601	18199	33800
45 a 49 anos	13508	15567	29075
50 a 54 anos	10894	12592	23486
55 a 59 anos	8520	9643	18163
60 a 64 anos	7101	7988	15089
65 a 69 anos	5308	6313	11621
70 a 74 anos	3832	4638	8470
75 a 79 anos	2305	2998	5303
80 anos e mais	2097	3053	5150
Total	235717	252570	488287

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus através de estimativas do IBGE para 2005.

População segundo faixa etária e sexo, Londrina, 1980



População segundo faixa etária e sexo, Londrina, 2005



Outros Dados

Fonte PNUD/Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil /Dados 2000.

- :: Índice de Envelhecimento da população de Londrina: 15% (1991) e 24% (2000) (IBGE Censos Demográficos de 1991 e 2000)
- :: Taxa de Analfabetismo = 6,42 % (10 anos e mais) (IBGE 2000)
- :: Esperança de Vida ao Nascer = 71,37 anos
- :: Renda per capita R\$ 439,35
- :: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) = 0,824 ; Ranking IDHM no Paraná = 10º, IDHM Nacional = 45º

POPULAÇÃO DE ALTO-RISCO

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

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

Locais de Maior Concentração de Famílias em Situação de Risco

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

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

2.5 Desenvolvimento econômico

Produto Interno Bruto (PIB) dos Municípios da Região Metropolitana de Londrina e do Paraná - 2000

Municípios	Agropecuária	Indústria	Serviços	Valores Correntes (R\$ 1,00 e de 2000)	PIB a Preços de Mercado
Bela Vista do Paraíso ⁽¹⁾	18.025.048	11.614.144	38.545.520	68.185.712	73.730.865
Cambé	36.592.846	285.753.269	211.843.096	534.189.211	589.342.239
Ibiporã	18.672.906	89.711.375	89.772.555	198.156.836	217.550.783
Jataizinho	8.609.875	13.416.143	21.294.328	43.320.346	47.960.294
Londrina	84.580.726	1.072.715.973	1.517.979.838	2.675.276.537	2.863.877.632
Rolândia	62.821.699	144.765.505	142.015.628	349.602.832	379.580.030
Sertanópolis ⁽²⁾	26.452.704	36.229.836	48.957.342	111.639.882	121.014.013
Tamarana	14.468.614	10.833.883	17.132.197	42.434.694	47.273.476
Região Metropolitana de Londrina	270.224.418	1.665.040.128	2.087.541.504	4.022.806.050	4.340.329.332
Paraná	8.353.833.639	25.232.082.144	27.555.208.019	61.141.123.772	65.9658.713.268

Municípios	População	PIB Per Capita	Participação Agropecuária (%)	Participação Indústria (%)	Participação Serviços (%)
Bela Vista do Paraíso ⁽¹⁾	15.057	4.897	26%	17%	57%
Cambé	88.340	6.671	7%	53%	40%
Ibiporã	42.227	5.152	9%	45%	45%
Jataizinho	11.347	4.227	20%	31%	49%
Londrina	447.845	6.395	3%	40%	57%
Rolândia	49.496	7.669	18%	41%	41%
Sertanópolis ⁽²⁾	15.173	7.973	24%	32%	44%
Tamarana	9.730	4.859	34%	26%	40%
Região Metropolitana de Londrina	679.215	6.390	7%	41%	52%
Paraná	9.580.147	6.886	14%	41%	45%

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES

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

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

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

AGROPECUÁRIA (CENSO AGROPECUÁRIO 1995-1996 - IBGE)

Estabelecimentos Agrícolas: 3.119

∴ Área - Estabelecimentos Agropecuários: 183.093 ha.

∴ Uso de Energia Elétrica - no de informantes: 2.727

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

- :: Tratores Agrícolas em Operação: 1.937
- :: Área de Pastagens: 83.063 ha

Rebanho Bovino: 138.238 / Suíno : 30752

- :: Efetivo Avícola: 1.485.829
- :: Produção de ovos: 5.020.000 dz
- :: Produção de Leite: 14.674.000 litros
- :: Pessoal ocupado na agropecuária: 12.203

INDÚSTRIA (2003)

- :: Estabelecimentos Industriais: 1.847.
- :: Nº de projetos aprovados para Construção Civil: 3.062.
- :: Total da área dos projetos aprovados para construção: 689.510,66 m².

COMÉRCIO E SERVIÇOS (2003)

- :: Estabelecimentos Comerciais: 7.874.
- :: Estabelecimentos de Serviços: 8.460.
- :: Bancos: 17 (66 agências).
- :: Nº de Hospitais: 20.
- :: Nº de Leitos Hospitalares: 1.464.
- :: Hotéis: 33.
- :: Restaurantes: 162.
- :: Estabelecimentos de Ensino Fundamental: 88). Matrículas Iniciais: 71.762.
- :: Estabelecimentos de Ensino Médio: 51. Matrículas Iniciais: 23.906.
- :: Estabelecimentos de Ensino Superior: 11. Matrículas Iniciais: 30.528.
- :: Matrículas Iniciais na Educação Especial: 1.254.
- :: Estabelecimentos de Pós-Graduação: 11. Matrículas Iniciais: 5.172.
- :: Matrículas Iniciais na Educação Infantil: Pré-Escola: 13.249. Creche: 3.969.
- :: Matrículas Iniciais na Educação Profissionalizante Técnico: 2.048.
- :: Total Geral de Estudantes: 163.190.

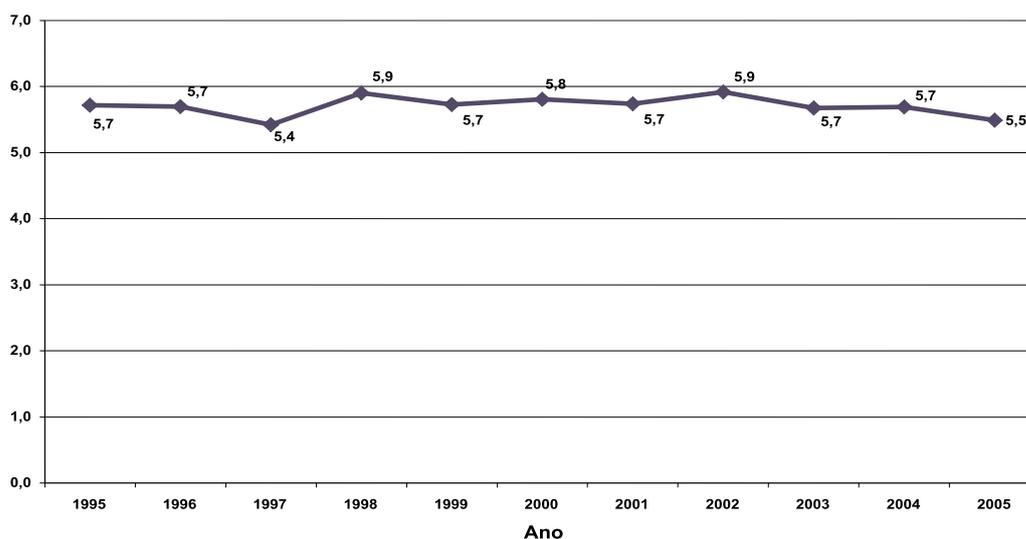
III. Perfil Epidemiológico

3.1 Perfil Epidemiológico de Mortalidade

Em 2005 foram registrados 2.602 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, de ocorrência e residência em Londrina.

O Coeficiente de Mortalidade Geral (expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes) foi de 5,5/1000 habitantes, valor que vem se mantendo nos últimos anos (Figura 1).

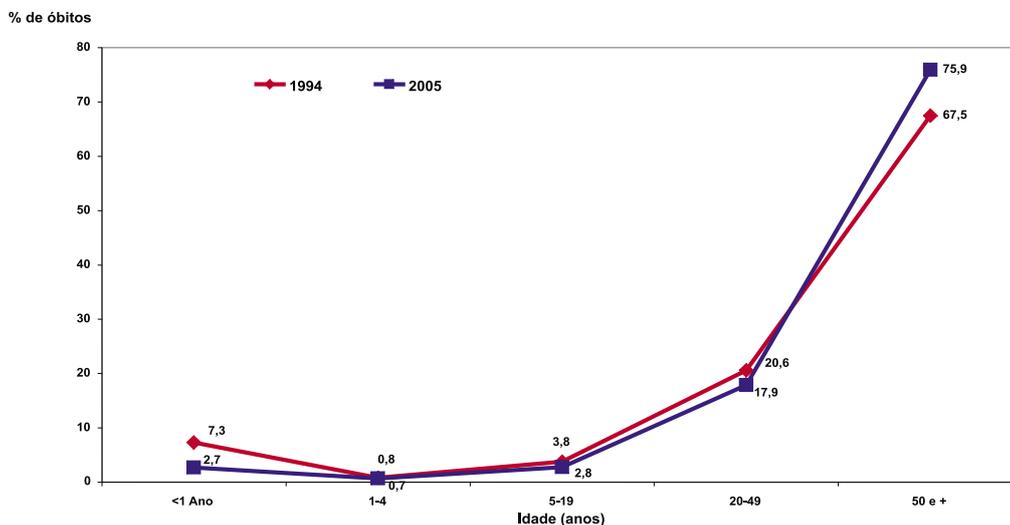
Figura 1: Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 habitantes), residentes em Londrina, 1995 a 2005



Fonte: NIM/DEPIS/G IS/ A M S/PML 2005

A Mortalidade Proporcional por faixa etária, que constitui uma representação segundo grupos etários prefixados, inclui os óbitos infantis (menor de 1 ano), crianças e adolescentes de 1 a 4 anos e 5 a 19 anos, adultos jovens (20 a 49 anos) e pessoas acima de 50 anos. Em 2005, 75,9% das pessoas que morreram tinham mais de 50 anos, o que indica um bom nível de saúde, segundo o índice proposto por Moraes. O percentual atingido pelo município para os óbitos ocorridos com pessoas com 50 anos ou mais de idade é comparável a países como Suécia, Estados Unidos e Japão (Figura 2).

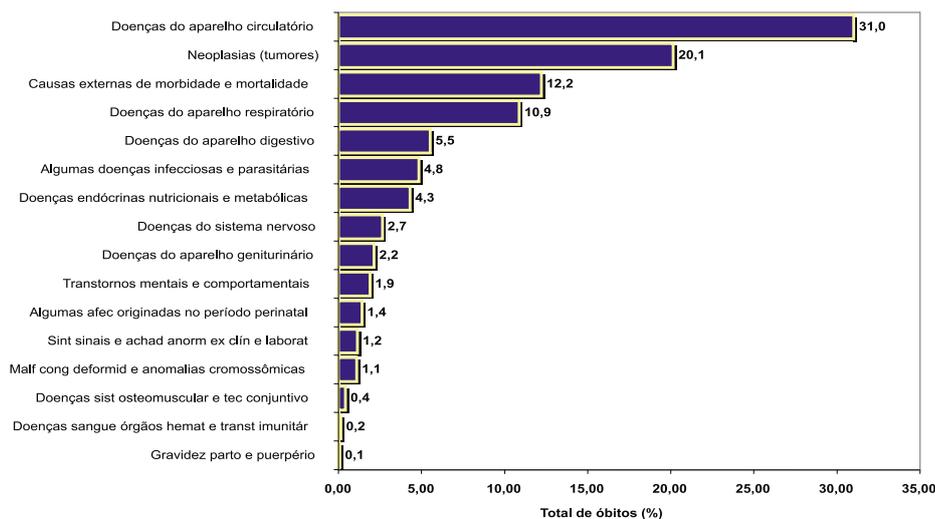
Figura 2. Mortalidade Proporcional, segundo faixa etária, Londrina, 1994 e 2005.



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

Em relação as causas de óbitos de 2005, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 31,01% do total das mortes, seguido pelas neoplasias (20,14%) e causas externas de morbidade e mortalidade (12,22%) (Figura 3).

Figura 3. Total de óbitos (%), por grupo de causas (cap. da CID10), residentes em Londrina, 005

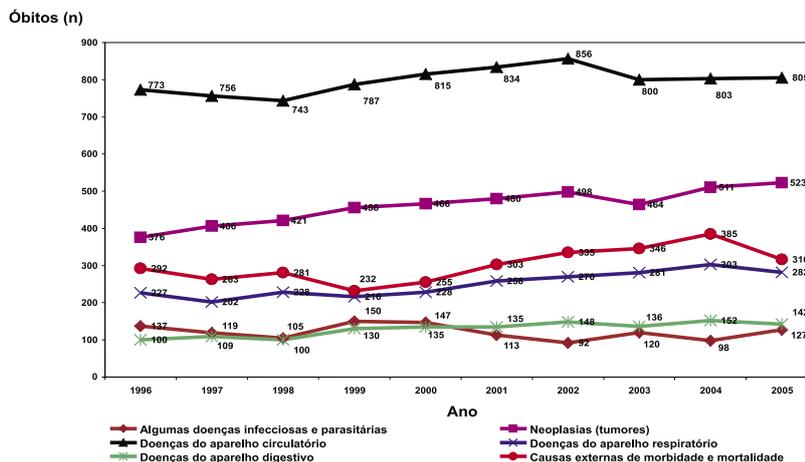


Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

Na última década as três primeiras causas permaneceram inalteradas, sendo que as neoplasias apresentaram um aumento de 39,0% de 1996 a 2005 e as doenças do aparelho

circulatório, de 4,2%. As doenças do aparelho respiratório tiveram um crescimento de 24,2% no mesmo período (Figura 4).

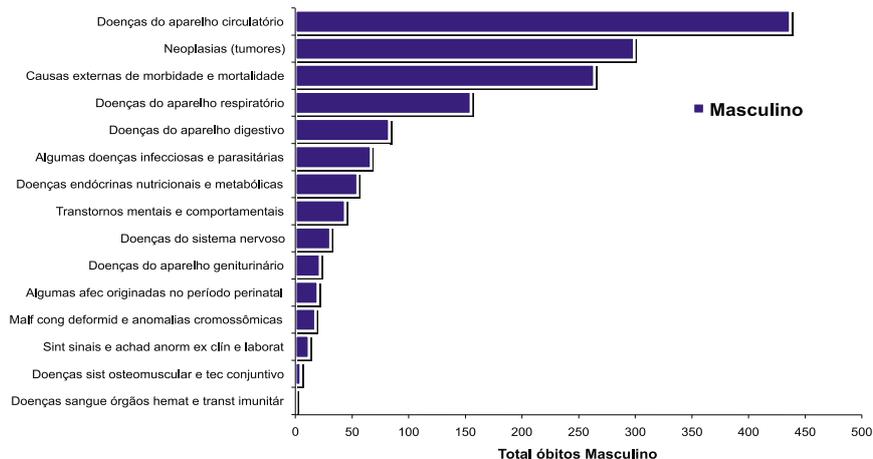
Figura 4. Total de óbitos, principais causas, residentes em Londrina, 1996 a 2005



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

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias se constituíram como primeira e segunda causa de morte, respectivamente, tanto no sexo masculino quanto no feminino. No entanto, as causas externas de mortalidade foram a terceira causa entre os homens, seguido das doenças do aparelho respiratório e digestivo.

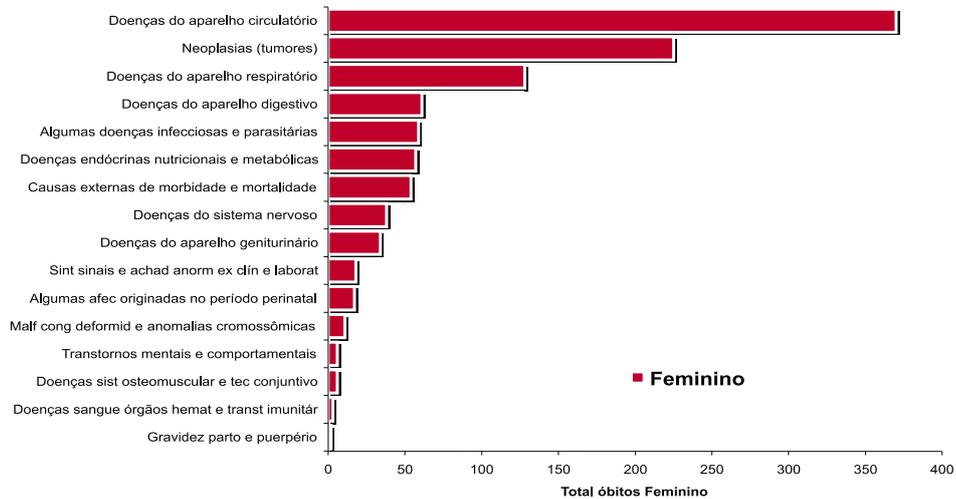
Figura 5. Total de óbitos do sexo Masculino, por grupo de causas (CID10), residentes em Londrina, 2005



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

Para o sexo feminino, as doenças do aparelho respiratório apareceram como terceira causa, seguido pelas doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas e parasitárias.

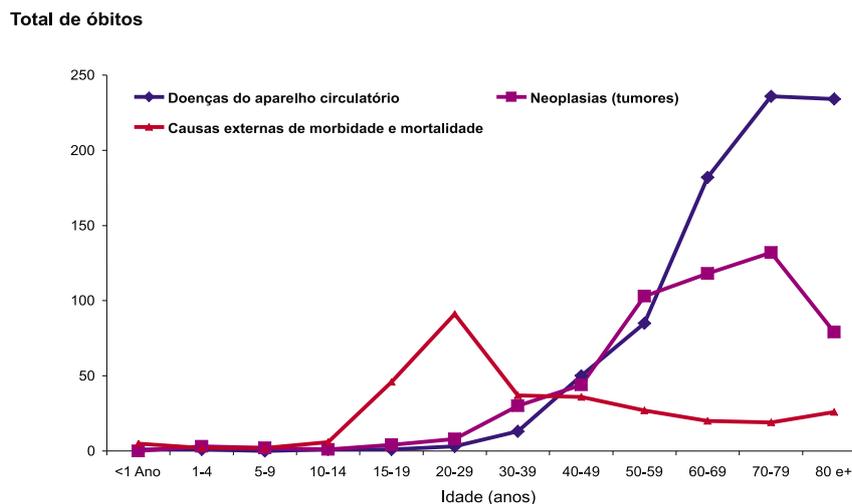
Figura 6. Total de óbitos do sexo Feminino, por grupo de causas (CID10), residentes em Londrina, 2005



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

Quanto aos óbitos por idade entre as três primeiras causas, 91,3% das mortes por doenças do aparelho circulatório foram de 50 anos e mais de idade. As mortes violentas (causas externas) concentraram-se entre 15 e 49 anos de idade, com 66,1% do total de óbitos por essas causas (Figura 7).

Figura 7. Total de óbitos, principais causas (cap. da CID10) e idade, residentes em Londrina, 2005

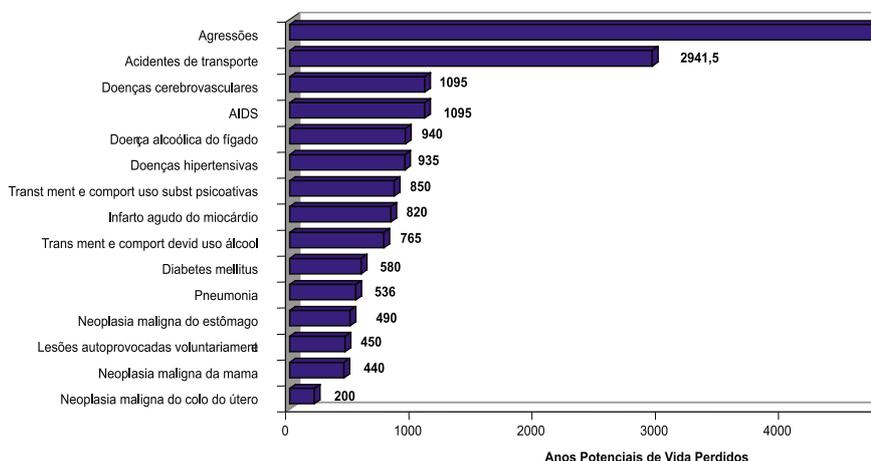


Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

Para analisar a magnitude da mortalidade por causas externas e por sexo, um dos indicadores utilizados para este fim, é o indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que expressa o total de anos de vida em potencial perdidos por um grupo populacional. Esse tipo de

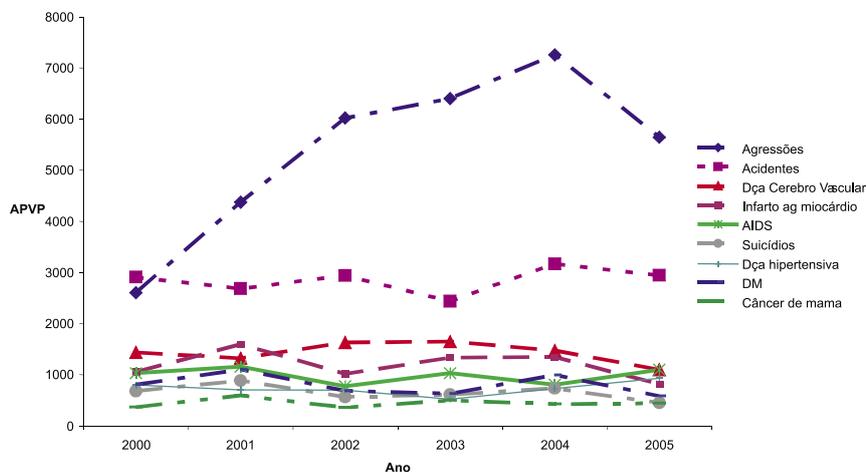
medida permite avaliar a importância da mortalidade prematura por violências e acidentes como expressão do valor social da morte. Em torno de 59,4% dos óbitos entre os homens ocorreram entre as idades de 1 a 70 anos, sendo que entre 15 a 49 anos há um número significativo destas mortes. Entre as mulheres, observa-se uma sobrevivência maior; 39,7% morreram entre 1 a 70 anos, havendo concentração entre as idades de 40 a 69 anos. No Brasil, em 1997 os homicídios e os acidentes de transporte ocuparam as primeiras posições entre as causas de APVP. Em Londrina, entre os anos de 1994 e 2000 prevaleceram como principais causas de APVP, os acidentes de transporte e os homicídios (Figura 8). Para o ano de 2001, houve inversão das duas primeiras causas, elevando os homicídios como principal causa de APVP, comportamento semelhante observado para os anos seguintes. De 2004 a 2005, houve queda para as mortes por agressões e um ligeiro aumento para as mortes por acidentes (Figura 9).

Figura 8. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)*, residentes em Londrina, 2005



Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML. * Anos potenciais de vida perdidos entre as idades de 1 a 70 anos.

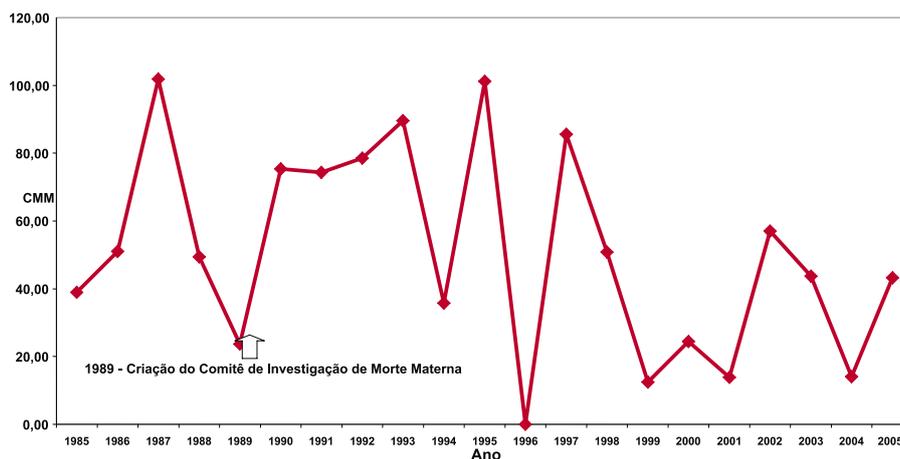
Figura 9. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)*, principais causas, residentes em Londrina, 2000 a 2005



Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML. * Anos potenciais de vida perdidos entre as idades de 1 a 70 anos.

O Coeficiente de Mortalidade Materna de Londrina no ano de 2005 foi de 43,27/100.000 nascidos vivos (incluindo óbitos maternos diretos e indiretos). Ocorreram três óbitos maternos de mulheres residentes em Londrina, sendo dois considerados obstétricos diretos e um indireto.

Figura 10. Coeficiente de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), residentes em Londrina 1985 a 2005

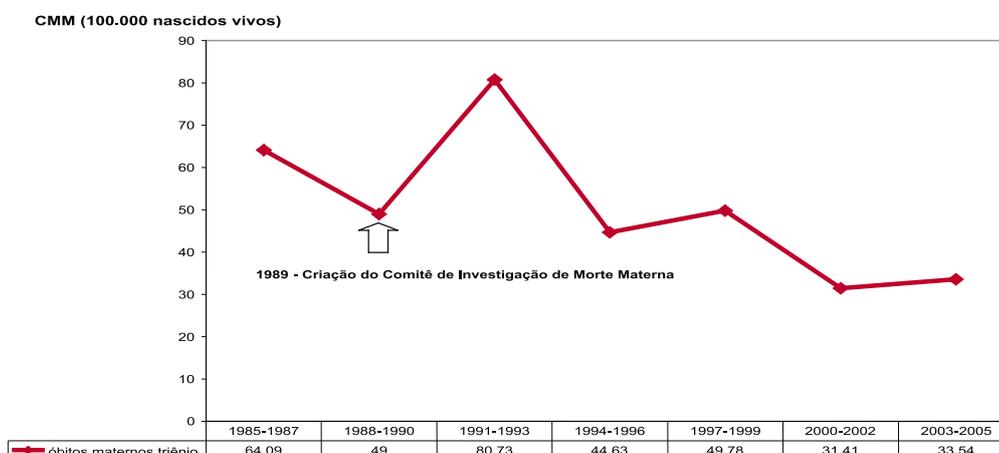


Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

*2005 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

O município de Londrina apresenta um bom sistema de estatísticas vitais, sendo possível analisar a tendência da mortalidade materna. Para esta análise, os coeficientes foram agrupados por triênios, pois a análise anual poderia levar a interpretações errôneas em função de variações aleatórias. A Figura 11 mostra a evolução destes valores de 1985 a 2005, sendo o maior valor de 80,73/100.000 nascidos vivos e o menor de 31,41/100.000 nascidos vivos, para os triênios 1991/1993 e 2000/2002, respectivamente.

Figura 11. Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM/por 100.000 nascidos vivos), Londrina, por triênios de 1985 a 2005

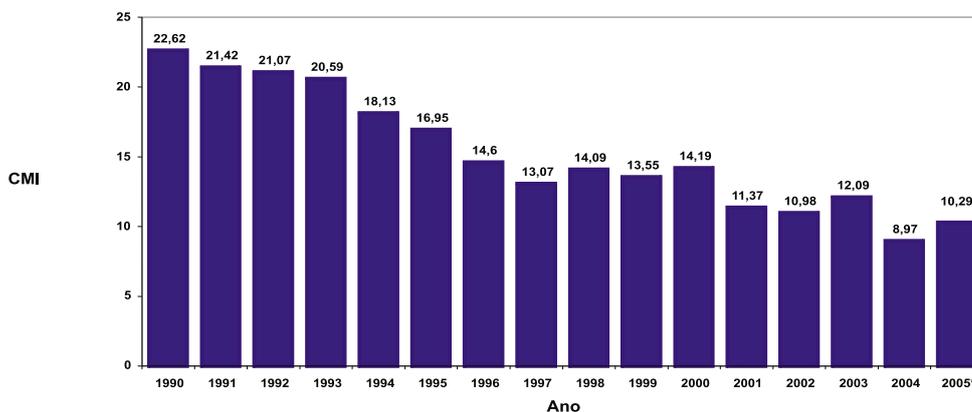


Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

3.2 Coeficiente de Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortes de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em Londrina ficou em 10,29 (por 1000 nascidos vivos) em 2005. É o segundo melhor índice da história da cidade, que só é maior que o de 2004, que registrou um índice de mortalidade infantil de 8,97 (Figura 12).

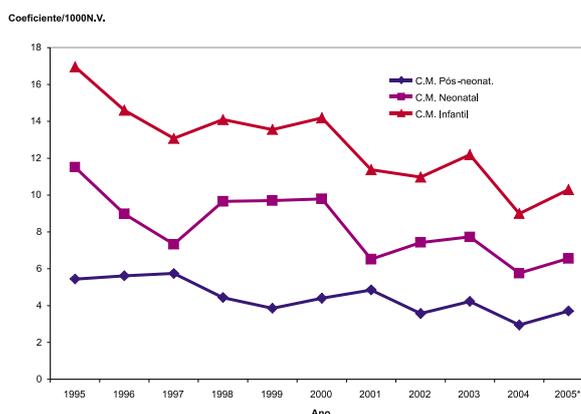
Figura 12. Coeficientes de Mortalidade Infantil, série histórica de Londrina, 1990 a 2005



Fonte: 1990 a 2004 - Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Paraná/Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde/ Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. 2005 - PML/AMS/DEPIS/GIS/NIM/SIM.

Conforme números do levantamento anual realizado pela Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde, da Secretaria de Saúde, nasceram em Londrina em 2005, 6.933 crianças residentes no município, enquanto faleceram 72 recém nascidos vivos com idade menor de um ano. Deste total, 46 óbitos ocorreram no período neonatal, que compreende do nascimento até o 28º dia de vida. Entre as mortes deste período, 32 foram no período neonatal precoce, que vai do nascimento até 7º dia de vida e, 14 foram no período neonatal tardio, que é do 7º dia de vida até o 27º dia. 26 crianças faleceram no período pós neonatal, ou seja, acima de 28 dias até um ano de idade.

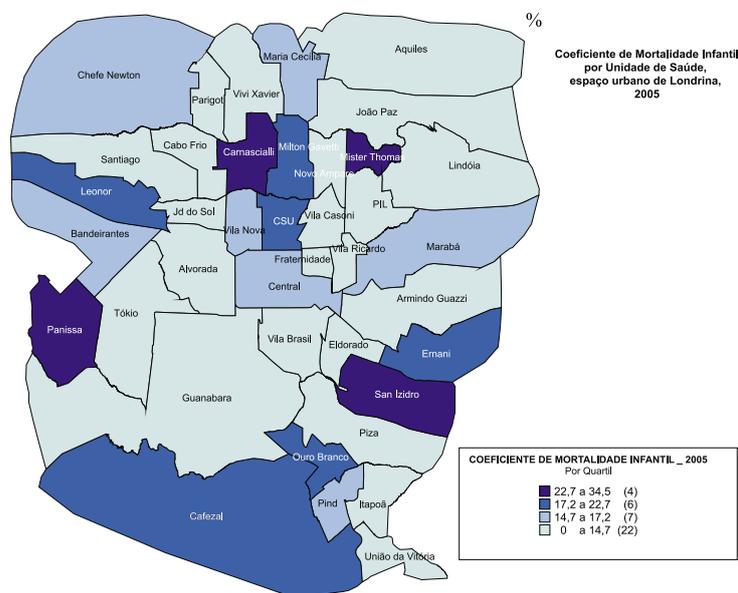
Figura 13 – Coeficientes de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-neonatal, residentes em Londrina, 1995 a 2005



Do total de óbitos de crianças até um ano de idade, 37 (51,4%), foram por afecções originadas no período perinatal, que começa na 22ª semana da gravidez (154 dias) e termina 7 dias após o nascimento. Neste grupo, está a complicação na hora do parto, por exemplo. A segunda causa, com 24 óbitos (33,3%) foram as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. A terceira maior causa, com cinco óbitos, foram as causas externas, representando 6,9% do total.

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

Figura 14. Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI/1000 NV), por área de abrangência, espaço urbano de Londrina, 2005.



Fonte: SIM/GIS/DEPIS/AMS/PML

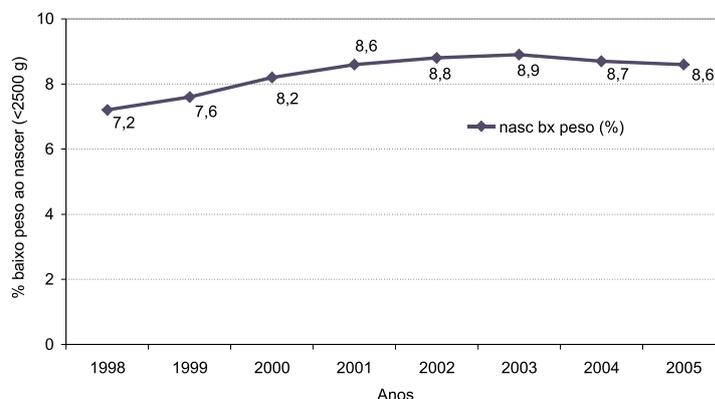
Org.: Geoprocessamento/GIS/DEPIS/AMS/PML

3.3 Perfil de Nascidos Vivos, Londrina, 2005

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

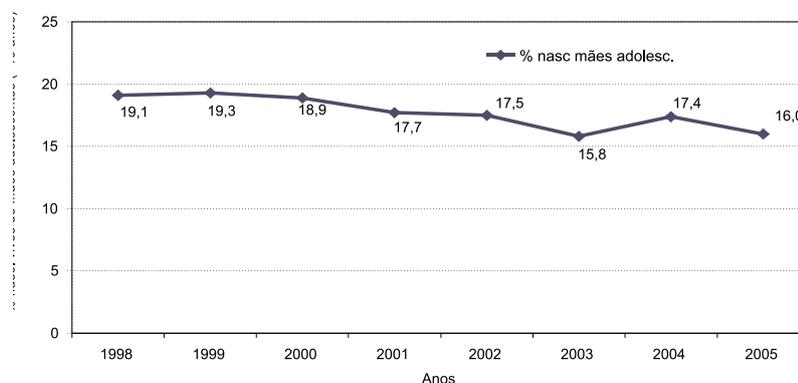
A figura 1 apresenta a tendência da taxa de baixo peso ao nascer para o município de Londrina de 1998 a 2005. A taxa média brasileira para baixo peso ao nascer em 2004 foi de 8,2% e para os estados da Região Sul esse valor foi de 8,6%, valor semelhante ao apresentado pelo município de Londrina em 2005. O baixo peso ao nascer pode sinalizar risco de óbito infantil.

Figura 1 - Taxa (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer (< 2500g), residentes em Londrina, 1998 a 2005



A figura 2 indica a taxa de mães adolescentes (idade menor que 19 anos) para o ano de 2005 foi de 16,0%. O Estado do Paraná apresentou um percentual de 20,7% em 2004 e a média para os municípios da 17ª Regional de Saúde foi de 18,8% no mesmo período.

Figura 2 - Taxa (%) de nascidos vivos de mães adolescentes (< 19 anos), residentes em Londrina, 1998 a 2005



Em Londrina a taxa dos partos realizados por procedimento cirúrgico tem mantido percentuais acima de 50,0% desde 2001, sendo que para 2005 esse valor foi de 56,1%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que essa taxa seja, no máximo, de 25%. A média brasileira em 2004 para nascimentos por parto cesáreo foi de 41,8% (1.263.634 nascimentos).

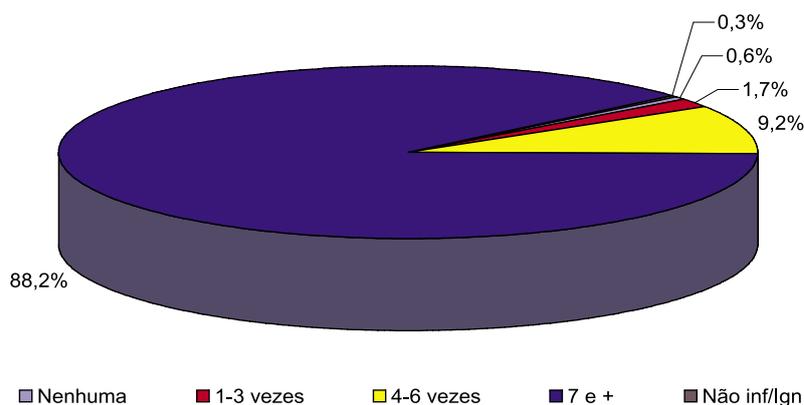
Quanto a escolaridade materna (em anos de estudo), observou-se um aumento na quantidade de mães que referiram ter até 11 anos de estudo, que variou de 42,6% a 51,7% para os anos de 2000 e 2005, respectivamente (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição de nascidos vivos quanto a escolaridade materna em anos de estudo, residentes em Londrina, 2000 a 2005

Anos de estudo	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	nº	%										
1-3 anos	463	6,0	309	4,5	284	4,1	308	4,5	476	6,7	315	4,5
4-7 anos	2.546	32,9	2.097	30,2	1.990	28,8	1.805	26,5	1.832	25,9	1.675	24,2
8-11 anos	3.301	42,6	3.296	47,5	3.399	49,2	3.533	51,9	3.447	48,7	3.581	51,7
12 e+	1.271	16,4	1.135	16,4	1.134	16,4	1.107	16,3	1.255	17,7	1.273	18,4
Ignorado	10	0,1	5	0,1	34	0,5	1	0,0	6	0,1	45	0,6
Não informado	59	0,8	27	0,4	2	0,0	4	0,1	11	0,2	10	0,1
Nenhuma	91	1,2	66	1,0	61	0,9	50	0,7	46	0,7	34	0,5
Total	7.741	100,0	6.936	100,0	6.904	100,0	6.808	100,0	7.073	100,0	6.933	100,0

A proporção de mães que referiram ter feito 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 88,2%, conforme mostra a Figura 4. A média brasileira em 2004 foi de 52,0%, abaixo do valor mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde considera como elevada, taxa superior a 80% de cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal.

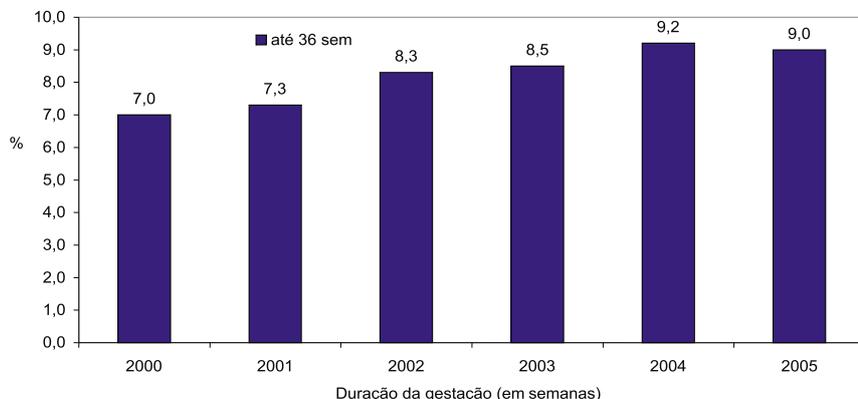
Figura 4. Nascidos vivos, segundo número de consultas pré-natal, residentes em Londrina, 2005



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

Em relação a duração da gestação, os partos prematuros representaram 9,0% do total de nascimentos em 2005 (Figura 5). Esse valor ficou acima da média do Estado do Paraná e da 17ª Regional de Saúde, em 2004, que apresentaram taxas de 6,5% e 8,2%, respectivamente.

Figura 5. Nascidos vivos residentes em Londrina, segundo proporção de duração da gestação até 36 semanas, 2000 a 2005



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

3.4 Morbidade - Perfil das doenças de maior importância epidemiológica

O perfil das doenças de maior interesse destaca a evolução de dengue em 2003, como tendo sido a doença de maior incidência seguida de queda acentuada dos casos autóctones já no ano seguinte. Atribui-se a redução a medidas rápidas de intervenção em ações intersetoriais e com a participação da representação da comunidade.

Número de casos positivos de dengue autóctones e importados; e coeficiente de incidência, de residentes em Londrina, 2000 a 2004

Ano	Autóctones	Importados	Total	Incidência/100.000
2000	06	06	12	2,68
2001	113	02	115	25,83
2002	411 *	27	438	94,81
2003	7.202 **	10	7.212	1.543,26
2004	03	12	15	3,16

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

*Incluindo 1 caso de FHD

**Incluindo 4 casos de FHD

Com relação ao sorotipo viral, foram realizadas 35 coletas para identificação e somente uma foi positiva para o sorotipo 3; (este foi também o sorotipo predominante em 2003 com um total de 27 amostras positivas; os sorotipos 1 e 2 também foram isolados com duas amostras positivas cada).

Poder-se-ia dizer que o ano de 2004 é caracterizado pelo ressurgimento da Hepatite “A”; após 2 anos de poucos casos como se observa na tabela a seguir.

Número de casos de Hepatite A em coeficiente de incidência de residentes em Londrina, 2000 a 2004

Ano	Número	Incidência / 100,000
2000	90	87,60
2001	160	36,61
2002	10	2,26
2003	22	4,70
2004	74	15,62

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

Este aumento de casos foi registrado no final do segundo semestre, com concentração na região sul da cidade. Foram desenvolvidas várias ações em conjunto com a vigilância sanitária, unidades de saúde e comunidades, com objetivo de impedir a propagação da doença para outros setores da cidade.

Foram ainda confirmados 61 casos de Hepatite “B” (sendo 7 agudos e 54 crônicos) e 51 casos de Hepatite “C”.

Série histórica de casos de Sífilis Congênita e incidência, Londrina

Ano	Número	Incidência / 100.000
1997	2	0,47
1998	2	0,47
1999	1	0,23
2000	-	-
2001	1	0,22
2002	3	0,43
2003	4	0,85
2004	8	1,12

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

Outra doença que teve um aumento expressivo do número de casos confirmados foi a Sífilis Congênita.

Parte deste aumento foi causada pela revisão da definição de casos confirmados realizado pelo Ministério da Saúde, e parte pelo incremento da notificação pela Maternidade Municipal Lucila Ballalai (responsável por 75% das notificações). Foi observado porém que todos os casos realizaram pré-natal, no entanto em 62,5% dos casos o tratamento instituído foi inadequado, 25% não foram tratados e 12,5% o tratamento foi adequado porém não em tempo para impedir a contaminação do concepto.

Já com relação às Meningites foram registrados 312 casos, sendo que 82% delas foram de etiologia viral. Foram registrados 9 óbitos.

Frequência da evolução dos casos de meningite por faixa etária Londrina, 2004

Faixa Etária	Cura	Óbito	Total
Menor de 1 ano	20	2	22
1 - 4	109	0	109
5 - 9	104	1	105
10 - 14	29	0	29
15 - 19	5	1	06
20 - 34	19	3	22
35 - 49	10	2	12
50 - 64	5	0	5
65 - 79	2	0	2
Total	303	9	312

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

A tabela abaixo detalha as meningites por agente etiológico, onde se observa a queda dos casos de meningite viral e a permanência da ocorrência de casos de meningite por Haemophilus Influenza. Dos casos de doença meningocócica, 2 casos foram causados pela Neisseria Meningitides tipo “C” e 1 pelo tipo “B”. Nos demais casos não foram identificados o subgrupo do meningococo.

Frequência de meningite por agente etiológico e coeficiente de incidência por 100.000 série histórica Londrina

	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc
DoençaMeningocócica	14	3,20	9	2,05	5	1,12	11	2,38	7	1,49	11	2,32
M. Tuberculosa	01	0,23	03	0,68	01	0,22	02	0,43	0	0	01	0,21
M. Haemophilus	01	0,23	-	-	01	0,22	01	0,43	1	0,21	01	0,21
M. Pneumocócica	16	3,69	10	2,27	08	1,79	07	1,51	6	1,28	6	1,26
M. Viral	373	86,0	99	2,56	209	46,94	338	73,33	269	57,56	256	54,03
M. outras etiologias	13	3,00	15	3,41	10	2,24	5	1,08	9	1,92	8	1,68
M.não especificada	03	0,69	04	0,91	03	0,67	03	0,65	1	0,21	0	0
M.Bacteriana ã espec.	47	10,85	15	3,41	36	8,08	36	7,86	31	6,63	29	6,12

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

Em 2004, a expectativa, pela metodologia do incremento, seriam descobertos 166 casos novos de tuberculose durante o ano. No entanto, foram descobertos apenas 122 casos ou 73% do que foi estimado. A serie histórica apresentada na próxima tabela, demonstra a queda dos casos extra pulmonares e a grande oscilação dos casos pulmonares no decorrer dos anos.

Frequência de casos de tuberculose de residentes em Londrina, de 1999 a 2004

Ano	Pulmonar	Extrapulmonar	Pulmonar e extrapulmonar	Total
1999	109	48	0	157
2000	99	37	5	141
2001	97	44	11	152
2002	65	34	7	106
2003	103	29	5	137
2004	87	28	7	122

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

É importante salientar que 73,5% dos casos pulmonares foram com baciloscopia positiva. Neste ano foram registrados 6 óbitos (4,9%), 7 pacientes abandonaram o tratamento (5,7%) e o total de pacientes curados foi de 96 (78,6%).

Já em relação à Hanseníase a situação é mais favorável, neste ano foram diagnosticados 68 casos novos, sendo 36 multibacilares e 32 paucibacilares com o coeficiente de incidência de 1,4 / 10.000.

Com relação à AIDS foram feitos 123 novos diagnósticos com incidência de 25,96/100.000. Com relação ao sexo, foram 76 casos em homens e 47 em mulheres. A tabela a seguir mostra a proporção homens/ mulheres, em série histórica, demonstrando que os homens continuam sendo mais expostos ao HIV.

Número de casos de AIDS diagnosticados e casos confirmados, segundo sexo e idade (≥ 13 anos), residentes em Londrina, de 1990 a 2004

Ano	Masculino	Feminino	Total	Razão sexo
1990	22	5	27	4,5
1991	27	9	36	3,0
1992	47	14	61	3,35
1993	68	22	90	3,09
1994	49	12	61	4,08
1995	55	25	80	2,20
1996	59	30	89	1,96
1997	60	29	89	2,06
1998	58	36	94	1,61
1999	54	24	78	2,25
2000	52	34	86	1,52
2001	66	36	102	1,83
2002	64	53	117	1,20
2003	44	18	62	2,44
2004	76	47	123	1,61

Fonte: DEPIS/ SMS/ PML

Com relação às doenças exantemáticas o monitoramento se mantém para que a doença esteja sob controle. A vigilância ativa para casos suspeitos de paralisia aguda e flácida (sentinela de poliomielite) em menores de 15 anos, identificou 2 casos, sendo que foi descartada a presença do poliovírus em ambos.

Frequência de casos notificados e confirmados de rubéola e sarampo com coeficiente de incidência, série histórica, Londrina

Ano	Rubéola			Sarampo	
	Notificados	Confirmados	Incidência / 100.000	Notificados	Confirmados
1997	381	34	8,09	138	19
1998	185	28	6,56	28	01
1999	180	16	3,7	11	00
2000	180	04	0,91	00	00
2001	113	00	00	11	00
2002	118	01	0,21	05	00
2003	92	00	00	02	00
2004	63	00	00	01	00

Fonte: SINAN/DEPIS/SMS/PML

Casos e Incidência (por 100.000 hab.) de Doenças de Notificação Obrigatória - 2001 a 2004

Doença	2001		2002		2003		2004	
	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.
Coqueluche	0	0,00	2	0,45	10	2,13	10	2,11
Sarampo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rubéola	0	0,00	0	0,00	1	0,21	0	0,00
Tétano Acidental	0	0,00	0	0,00	1	0,21	0	0,00
Difteria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Poliomielite	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Paralis. ag. Flácida<15a.	1	0,80	1	0,78	1	0,21	2	0,42
Hanseníase	70	15,72	0	0,00	não disp.	não disp.	68	14,30
Hep. A Agudo	163	36,61	10	2,26	22	4,70	70	14,70
Hep. B Agudo					9	1,92	10	2,11
Hep. B	108	24,25	23	5,21	60	12,83	56	11,80
Hep. C	64	14,37	15	3,39	56	11,98	52	10,90
ñA ñB ñC	7	1,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ñA mb	10	2,24	2	0,45	0	0,00	2	0,42
Ñtipada	7	1,57	7	7,00	0	0,00	0	0,00
outros vírus	0	0,00	0	0,00	1	0,21	1	0,21
Hepatites totais	359	80,61	57	18,31	148	31,66	191	40,30
Leptospirose	2	0,45	10	2,26	3	0,64	3	0,63

Ano	2001		2002		2003		2004	
Doença	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.	nºcasos	Incid.
Tuberculose pulmonar	96	21,56	70	15,86	156	33,38		
.outros	0	0,00	35	7,93	51	10,90		
Leishmaniose	56	12,58	89	19,30	62	13,26	28	5,90
Dengue								
notificados=>	-	-	-	-	12970		1407	
autóctones=>	-	-	-	-	7201		3	
importados=>	-	-	-	-	9		12	
positivos =>	116		410	92,90	7210	1542	15	3,16
hemorrágicos=>	-	-	1	-	4	0,85	0	0,00
óbitos=>					2	0,42	0	0,00
Meningite Tuberculosa	1	0,22	2	0,43	0	0,00	0	0,00
Doença Meningocócica	5	1,12	7	1,58	7	1,49	13	2,70
Meningite por pneum.	8	1,79	5	1,13	6	1,28	5	1,05
Meningite por H. Infl.	1	0,22	1	0,43	1	0,21	1	0,21
Meningite Asséptica	206	46,27	192	43,50	269	57,56	264	55,70
Meningite não especific.	1	0,22	2	0,45	1	0,21	0	0,00
Meningite outra etiologia	10	2,24	2	0,45	9	1,92	0	0,00
Mening. Bact. ñ especif.	36	8,08	24	54,38	31	6,63	33	6,96
Cisticercose	3	0,67	1	0,22	0	0,00	1	0,21
Teníase	29	6,50	29	6,20	35	7,48	45	9,49
Aids								
Adulto =>	84	25,40	99	30,01	110	31,04	123	25,96
Criança =>	3	2,60	3	2,69	01	0,88	01	0,94
Total =>	87	19,50	102	23,11	111	23,75	124	26,17
Sind. Rubéola Congênita	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sífilis Congênita	1	0,22	3	0,43	4	0,85	8	1,12
Esquistossomose	33	7,40	0	7,25	28	5,99	39	8,23
Paracoccidiodomicose					3	0,65	1	0,21

Fonte: DEPIS/AMS/PML

Dengue até 2001 somente casos autóctones.

População 2004 = 473741 hab.

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2005

Capítulo CID	Menor I	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,7	13,2	9,4	8,7	2,7	4,8	6,7	9,0	8,5	6,5
II. Neoplasias (tumores)	1,0	2,0	3,1	7,2	3,6	7,0	13,0	10,7	11,6	7,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,6	1,3	0,5	0,2	0,5	0,8	1,2	1,1	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,6	1,7	1,5	2,4	0,9	1,4	2,5	2,7	2,7	1,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0,1	2,3	8,0	3,2	0,3	0,6	4,4
VI. Doenças do sistema nervoso	2,6	2,8	2,4	3,4	1,2	1,6	2,4	2,6	2,7	2,1
VII. Doenças do olho e anexos	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,3	1,2	1,4	0,9	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,2	0,2	1,1	0,4	1,4	9,1	27,3	24,9	25,7	12,2
X. Doenças do aparelho respiratório	40,9	53,4	41,0	21,2	6,0	4,8	8,9	18,8	16,8	14,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,4	7,6	11,7	9,4	4,3	9,5	13,4	10,2	10,9	9,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8	2,5	2,9	4,1	2,9	1,6	1,9	1,6	1,6	1,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3	0,6	3,0	5,4	2,9	4,7	3,4	3,6	3,4	3,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,4	5,6	6,8	8,8	6,6	9,1	8,2	7,1	7,4	8,1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	6,7	50,6	22,9	0,0	0,0	0,0	13,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	26,4	0,2	-	-	0,1	-	-	-	-	1,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4,3	3,1	3,1	4,1	1,1	0,4	0,3	0,3	0,3	1,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,1	0,9	0,9	1,6	1,0	1,6	1,3	0,9	1,0	1,3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,6	3,6	9,8	14,4	11,5	9,1	6,0	5,6	5,4	7,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	0,1	-	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,3	0,4	0,3	0,4	0,1	3,5	0,2	0,0	0,0	1,7
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:SIH-SUS

3.5 Perfil da Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Londrina cadastrado através da Portaria Ministerial nº 250, de 29 de agosto de 2003 tem como área de abrangência a Macro Região Norte do Paraná. O incentivo financeiro ocorre através de transferência do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde de Londrina em conta específica RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador).

A área de Saúde do Trabalhador de Londrina incorporou ações de vigilância epidemiológica tais como levantamento de agravos à saúde do trabalhador e investigações de acidentes graves relacionados ao trabalho. Também desenvolveu ações de capacitação em Saúde do Trabalhador, destacando-se a capacitação para os profissionais da Atenção Básica em Saúde do Trabalhador.

O CEREST possui três bancos de dados sobre: Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), Notificação de Acidentes de Trabalho (NAT) e Ficha de Notificação de Acidentes com Material Biológico. Esses bancos são alimentados e analisados e vêm fornecendo subsídios para priorização das ações deste serviço em consonância com as ações de vigilância à Saúde do SUS.

A população economicamente ativa do município de Londrina é estimada em 231.144 (dados do IBGE 2.000) sendo que, o número de empregos estimados no setor formal é de 103.227 (MTPS/SINE – 2003). A distribuição dos empregos segundo a atividade econômica no ano de 2002 ocorreu da seguinte forma:

Agrícola e Agropecuária	2.349
Extrativismo Mineral	84
Indústria de Transformação	20.325
Construção Civil	6.145
Serviços Industriais de Utilidade Pública	257
Comércio	23.732
Prestação de Serviços	43.689
Administração Pública	854
Outros	06

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento – Perfil Londrina 2002

Observa-se que a grande parte a população economicamente ativa está situada no setor de serviços, comércio e indústria de transformação, o que faz repensar e definir as ações de Saúde do Trabalhador em Londrina para atingir todo o contingente de trabalhadores.

No ano de 2004 o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador recebeu 1.332 Comunicações de Acidentes de Trabalho – CATs e 770 fichas de Notificações de Acidentes de Trabalho – NATs atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município. No ano de 2005 no período de janeiro foram recebidas 1.283 CATs e 986 NATs. Estes dados servem como indicadores na construção de estratégias de implementação das práticas em saúde do trabalhador no SUS.

IV. Organização dos Serviços de Saúde

4.1 Histórico da Organização do Sistema Municipal de Saúde

A história da organização do Sistema de Saúde de Londrina reflete desde seu início a incorporação de alguns princípios que foram sendo aperfeiçoados e se constituíram nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esta história se iniciou nos anos 70 a partir da implantação, pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, de duas Unidades de Saúde em bairros urbano-periféricos (Jardim do Sol e Vila Fraternidade), para servirem de campo de estágio para estudantes do curso de medicina.

No início da década de 70 também foi criado o Serviço Municipal de Pronto Socorro (Lei 1639/70).

O modelo de atenção à saúde foi organizado com a inserção de auxiliares de saúde, que eram pessoas da própria comunidade, capacitadas no serviço, com resolutividade para o diagnóstico e tratamento dos agravos mais prevalentes e tinham como referencial o modelo de Atenção Primária à Saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata.

Esta proposta de implantação tinha como principais objetivos romper com a dicotomia da medicina preventiva e curativa, hegemônica neste período, além da melhoria do acesso da assistência, implantando unidades onde as pessoas passaram a ser atendidas dentro de seu contexto sócio-econômico cultural. Essas idéias foram se consolidando e contribuíram na origem ao movimento pela Reforma Sanitária, ganhando expressão em todo o país.

Nesse período, foi criada a Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde e foram implantados os primeiros postos de saúde na Vila Nova, no Jardim Bandeirantes, no Carnascialli, no Jardim Leonor, no Jardim Piza e no Centro Social Urbano que marcaram de maneira especial a história da saúde em Londrina.

Na década de 80 houve uma grande expansão no número de Unidades de Saúde, inclusive para a zona rural, acompanhada do aumento do quadro de recursos humanos, auxiliares de saúde, enfermeiros, odontólogos e médicos. Em 1984 foi criado laboratório para exames de análises clínicas.

Nesse período, o rápido crescimento da rede acompanhou o crescimento populacional nas regiões periféricas da cidade em função da ocupação dos conjuntos habitacionais. A consequência disso foi um aumento da demanda por assistência à saúde fazendo com que o modelo preconizado inicialmente fosse sendo pressionado a assumir características do modelo anterior médico-curativo.

Ressalta-se que a discussão, em nível nacional, por um sistema de saúde integral, equânime, atingiu seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde e se concretizou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição Federal de 1998.

Um fato para a história da saúde em Londrina foi a criação da Escola Municipal de Enfermagem de Londrina – EMEL, proporcionando formação profissional para auxiliares de saúde tornando-os auxiliares de enfermagem, o que era uma exigência da legislação de então.

No final desta década, o município já contava com uma rede de 43 Unidades de Saúde, laboratório de análises clínicas e clínicas odontológicas.

No início dos anos 90 foram implantados serviços de pronto atendimento nas unidades de saúde do Jardim Leonor, do Conjunto Habitacional Maria Cecília e União da Vitória e no Centro de Saúde José Belinati, que aumentaram a resolutividade do serviço incorporando demandas da população.

Em cumprimento à normatização do SUS, no município foi editada no ano de 1991, a Lei Orgânica Municipal, que criou o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde.

O processo de municipalização da atenção foi incrementado a partir de 1992 com a descentralização do agendamento das consultas especializadas para as Unidades de Saúde e a municipalização dos profissionais do INAMPS e da Secretaria de Estado da Saúde que ofereciam atendimento nas áreas básicas de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia que passaram a desempenhar suas funções na rede básica municipal. Dentro dessa mesma diretriz foram municipalizados os Postos de Saúde de Guaravera e Paiquerê, gerenciados até então pela UEL. Essas medidas permitiram importante etapa na reorganização das responsabilidades dos diferentes níveis de governo no SUS.

Com a edição da NOB 93, no plano federal, foram municipalizadas as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária. A descentralização da vigilância epidemiológica foi implementada pela criação do Núcleo de Informações em Mortalidade (NIM).

No ano de 1994 tornou-se mais evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção, sendo realizadas várias ações na perspectiva da Distritalização em Saúde, como as Oficinas de Territorialização, a implantação dos Colegiados de Gestão e a realização do curso GERHUS para os coordenadores de Unidades. Neste mesmo ano, iniciou-se a informatização da rede com implantação do Sistema Hygia, modificando a sistemática do trabalho nas Unidades e propiciando a agilização dos dados e informações em saúde. Ainda em 1994 foi iniciada a implantação do Sistema de Atendimento ao Trauma e Emergência SIATE em parceria com o Governo do Estado/Secretaria de Saúde e de Segurança Pública/Corpo de Bombeiros o que ofereceu importante avanço na qualidade da assistência ao trauma.

Para dar resposta à necessidade de ampliação da oferta de serviços em especialidades, os 19 municípios da 17ª Regional de Saúde criaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMENPAR, que a partir de 1995 passou a gerenciar a rede especializada do SUS no município.

Ainda em 1995 foi implantado em quatro unidades de Saúde da zona rural o “Programa Médico de Família”, como estratégia de efetivar os princípios e diretrizes do SUS através de um novo modelo assistencial. Esse projeto foi premiado pela Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, como Destaque no Programa Gestão Pública e Cidadania em 1996.

Outro fato positivo no processo de descentralização e apropriação do papel do município como gestor da saúde foi a estruturação do Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle - DPPAC, que possibilitou a Londrina a assunção da Gestão Semi-Plena em dezembro de 1995. Esta forma de gestão propiciou o repasse de todos os recursos da saúde, inclusive os recursos da assistência gerados pelos serviços credenciados do SUS, diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. Com o gerenciamento desses recursos, foi possível a implantação, no ano seguinte, dos Serviços de Internação Domiciliar – SID e de Saúde Mental – “NAPS-CA e CAPS Conviver”, e incluir a vacina anti-haemophilus e medicamentos anti-retrovirais no Programa Municipal de DST/HIV/AIDS.

Em 1998, foi implantado o Pronto Atendimento Infantil, que deu vazão ao atendimento de urgências pediátricas no município. Neste mesmo ano, foi implementada a NOB96, e o município foi enquadrado na “Gestão Plena do Sistema Municipal”.

Em 2001, houve a expansão do Programa Saúde da Família para a área urbana, passando de 4 para 81 equipes, chegando no final deste ano com 93 equipes, o que representou cobertura assistencial de mais de 70 % da população de Londrina no Programa Saúde da Família. O processo de implantação desencadeou uma série de oficinas de trabalho com os funcionários e no ano seguinte com os conselhos locais de saúde. Em 2002, iniciaram-se as obras de melhoria da estrutura física de várias unidades para dar suporte ao trabalho que estava sendo desenvolvido dentro da concepção de humanização e melhoria do acolhimento. Foram executados até 2005, aproximadamente 10.000 metros² de obras de reforma, ampliação e substituição das Unidades de Saúde antigas sendo as novas no CH Newton/Paraty, Aquiles Stenguel, Tóquio, Vivi Xavier, Santiago, Novo Amparo e Ideal.

Para qualificar os profissionais médicos na assistência às famílias, 76 profissionais realizaram curso de especialização em Medicina Familiar e Comunidades.

Ainda no ano de 2002, houve a implantação de 8 equipes de saúde bucal e de outras opções terapêuticas, como a fitoterapia, a acupuntura e a fisioterapia, além do Programa Municipal de Controle da Asma, que deram suporte e qualificaram as ações e resultados do PSF. O Programa Municipal de Controle da Asma foi inscrito em concurso do Ministério da Saúde como Experiência Inovadora em 2004 e foi premiado. Um dos resultados do Programa foi a redução das internações por doenças respiratórias constatada no Pacto de Metas da Atenção Básica.

Outra ação que objetivou dar suporte aos agravos mais prevalentes atendidos pelas equipes do PSF, bem como proposta para melhoria da atenção em especialidades foi a implantação da Policlínica Municipal, ocorrida em 2004. A Policlínica proporcionou também novo fluxo de informações entre as equipes do PSF e as especialidades, discussão de casos/educação em serviço, humanização da assistência e busca de alternativas para aumentar a resolutividade da assistência. O Projeto recebeu o Premio HUMANIZASUS – “David Capistrano” do Ministério da Saúde.

Para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes foram promovidas oficinas de trabalho objetivando consolidar a estratégia à saúde da família e seus princípios: trabalho em equipe, vínculo entre trabalhadores e usuários e a possibilidade de intervenção nos danos e também nos fatores de risco de adoecer.

Em 2005 o município contava com 102 equipes do PSF, com cobertura assistencial de mais de 72% da população do município.

Ainda em 2004 foi inaugurada a nova sede do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III 24h em prédio próprio na região norte de Londrina. A partir da transferência das atividades para esse prédio foi determinado novo fluxo para as internações psiquiátricas. O CAPS III passou a se constituir em porta de entrada única para as internações psiquiátricas o que resultou, inicialmente, em diagnóstico da demanda (procedência e complexidade do paciente) e em seguida permitiu a tomada de medidas administrativas para re-organização da assistência hospitalar e a otimização de alternativas terapêuticas extra-hospitalares.

Na área de urgência/emergência, a Secretaria de Saúde contribuiu decisivamente para a reorganização do fluxo da assistência com a implantação do Pronto Atendimento Municipal (PAM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Para funcionamento do PAM foi construída área de aproximadamente 600 metros² integrada ao prédio do Pronto Atendimento Infantil. Essa unidade permitiu aumentar a qualidade e complexidade do atendimento em urgência no município. As atividades eletivas da antiga Unidade foram transferidas para Unidade de Saúde “Clair Pavan” implantada também nesse período na região central.

Paralelamente à essa oferta de serviço, o SAMU, através da Central de Regulação, proporcionou orientação e transporte adequado para as urgências e emergências, reduzindo o volume de casos mais simples dos hospitais terciários “desafogando” os respectivos pronto-socorros, aumentando consideravelmente o volume de atendimento no PAM, e reduzindo o número de pacientes graves nos hospitais secundários e encaminhando-os adequadamente aos hospitais terciários.

Ainda em 2004 foi implantado pelo município o Centro de Especialidades Odontológicas. CEO para referência das equipes de Saúde Bucal com as especialidades de cirurgia geral, endodontia, prótese, periodontia e pacientes especiais (portadores de deficiência mental).

Foi, ainda, iniciado em 2005 o processo de contratualização junto ao SUS dos hospitais tendo sido iniciado pela assinatura do contrato com o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) e assinados os termos de adesão dos Hospitais filantrópicos (ISCAL, HEL e ICL). Esse fato demarca importante etapa na definição do papel do gestor municipal e estabelece novos instrumentos na relação com os prestadores de serviços de saúde para o SUS.

4.2 Secretaria Municipal de Saúde

A sede administrativa da Secretaria está localizada em prédio público do patrimônio da Prefeitura localizado à rua Attilio Octávio Bisatto 480. Funcionam nessa sede o Gabinete da Secretaria Municipal /Superintendência da Autarquia Municipal de Saúde e as Diretorias Executiva, Financeira, de Epidemiologia e Informações em Saúde e de Saúde Ambiental. Também funcionam nesse prédio a secretaria administrativa do Conselho Municipal de Saúde, a assessoria em comunicação, a coordenadoria de atendimento ao usuário (acessável pessoalmente ou por telefone) além do Núcleo de Informações em Mortalidade e o Comitê de Aleitamento Materno.

As Diretorias de Ações em Saúde (DAS), Serviços Especiais de Saúde (DSES), Gestão de Pessoas e a de Avaliação Controle e Auditoria (DACA) e a Gerência de Informática funcionam na Vila da Saúde à rua Santa Catarina 584. A DAS desenvolve ações de suporte às unidades básicas de saúde através de gerências regionais e das gerências, médica, de enfermagem e de odontologia e a central de agendamento de consultas especializadas. O serviço de apoio social com atendimento direto a usuários para concessão de medicamentos, organização de serviço de transporte a pacientes em tratamento eletivo entre outros serviços funcionam na Vila da Saúde. Nesse prédio também está instalado o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

A Diretoria de Serviços de Apoio se localiza à rua Amapá nº 700 onde estão instalados os prédios da CENTROFARMA e do Almoxarifado com a administração, oficinas de serralheria, marcenaria, reparos de materiais elétricos e alguns equipamentos e administração de serviços de manutenção em geral, a gerência de transporte e arquivo de documentos públicos. No prédio da CENTROFARMA está organizado o armazenamento e distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de expediente e limpeza.

Quadro de Serviços e Endereços

Secretaria Municipal de Saúde Rua Atílio Octávio Bisatto, 480 – 86010-340	3376-1900	Villa da Saúde Rua Santa Catarina, 584 – 86010-470	3376-1800
FAX Gabinete	3376-1950	FAX Villa Saúde	3376-1804
FAX Financeiro	3376-1924	Recepção Villa Saúde	852
FAX Epidemiologia	3376-1985	Biblioteca Saúde	854
Recepção sede administrativa	908	Diretoria Auditoria Controle Avaliação	862
Gabinete - geral	946	Auditoria Médica	847
Diretoria Financeira - geral	921	Diretoria de Ações em Saúde	806
Contabilidade	932	Diretoria Serviços Especiais Saúde	818
Tesouraria	929/930	SIAB (Sistema Inform. Atenção Básica)	817/895
Licitações compras	922/976	Gerência Unidades de Saúde	816
Conselho Municipal de Saúde	953	Gerência Programa Saúde da Família	870
Fundo Municipal de Saúde	933	Gerência Odontologia	821
Informações em saúde	974	Apoio Administrativo DAS	863/806
Núcleo de Informação à Mortalidade (NIM)	975	Gerência Transporte GETRAN	844
Vigilância Sanitária Protocolo	901	Diretoria Gestão de Pessoas	832
Vigilância Alimentos	910	Gerência Administração de Pessoas	859
Vigilância Produtos e Serviços	903	Gerência Desenvolvimento de Pessoas	820
Vigilância Saneamento	907	Oficina de Saúde	833
Vigilância Saúde do Trabalhador	906	Gerência Apoio Social	857/863
Saúde Ambiental	982	DISQUE DENGUE 0800-4001843	
Controle de endemias	980/981	C.A.U. – Ouvidoria	0800-4001234
Epidemiologia	970/971	Almoxarifado – Rua Amapá, 700	3375-7600
Coordenação Municipal DST/AIDS	984	Centrofarma - Rua Amapá, 700	3375-7600
Outras Unidades de Saúde		Endereço	telefones
Centro de Atenção Psicossocial – AD “Espaço Vida”		Rua Luiz Modesto, 490	3337-4456
Centro de Atenção Psicossocial – CONVIVER – 24h		Rua Alba B.Clivati, 186	3347-1448
Centro de Atenção Psicossocial – Infantil		Rua Joá, 46	3329-5731
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO		Av Duque de Caxias, 3870	3323-7887
Centro Integrado Doença Infecciosas - CIDI		Alameda Manoel Ribas, 1	33237010
Centrolab Laboratório Municipal		Av Duque de Caxias, 3877	3336-0202
Farmácia Municipal		Alameda Manoel Ribas, 1	3323-7010
Gerência Internação Domiciliar - SID geral		Av Duque de Caxias, 3287	3321-2008
Maternidade Municipal Lucilla Ballalai		Av Jacob B.Minat, 350	3339-8090
Policlínica Municipal “Ana Ito”		Av Pres.Castelo Branco, 540	3338-3940
Pronto Atendimento Municipal - 24h “ Dr José A.Queiroz”		Rua Benjamin Constant, 500	3378-0104
SAMU (Central de Regulação Urgências) 192		Rua Santa Catarina, 685	3344-4793
SIATE 193		Rua Jaguaribe, 473	3329-1000
Região	Unidades de Saúde	Endereço	telefone
O 1	Alvorada “Dr Carlos da Costa Branco”	Rua Poços de Caldas, 85	3327-1544
N 2	Aquiles Stenghel “Maria Anideje de Mello”	Rua Vergílio Perin, 789	3326-4436
L 3	Armindo Guazzi “Dr Paulo Roberto Moita”	Av São João, 4321	3329-3040
O 4	Bandeirantes “Dr Rui Viana Júnior”	Av Serra da Graciosa, 700	3328-8134
N 5	C.H. Newton/Paraty “Dr Bruno Piancastelli Filho”	Rua Café Bourbon, s/n	3348-8168
S 6	Cafezal “Aníbal Siqueira Cabral”	Av Pres Abraham Lincoln,65	3342-3123

Região	Unidades de Saúde	Endereço	Telefone
N 7	Carnascialli “Ruy Viermond Carnascialli”	Rua da Esperança, 98	3348-5478
C 8	Centro “Clair A. Pavan”	Av São Paulo, 702	3345-0016
C 9	Centro Social Urbano “Dr Ody Silveira”	Rua Atilio Scudeler, 283	3329-0025
S10	Eldorado	Rua Pitágoras, 188	3325-7948
L11	Ernani Moura Lima “Dom Elder Câmara”	Rua Gerônimo Máximo, 30	3339-4165
C12	Fraternidade	Rua Santa Madalena, 89	3337-0113
C13	Guanabara “Dr Ibrahim Soubhia”	Rua Valparaíso, 189	3336-8249
N14	Imagawa/Cabo Frio “Pe.e Pedro Jorda Sureda”	Rua Cacilda Nasrala Neme, 599	3328-3611
L15	Ideal “Armando Porto Alegre”	Rua Ametista, 419	3336-5354
S16	Itapoá “M.W.K. Kellog”	Rua Bento José Teodoro, 259	3341-0656
O17	Jardim do Sol “Dr Anísio Figueiredo”	Rua Via Láctea, 877	3327-7579
N18	João Paz “Márcia Andreoni Der Bedrossian”	Rua José Garcia Rodrigues, 90	3329-5431
O19	Leonor “Hebert de Souza, Betinho”	Rua Aroeira, 284	3338-7673
L20	Lindóia “Irmã Maria Osvalda Kneer”	Rua das Maritacas, 1800	3325-5530
L21	Marabá “Dr Eugênio Molim”	Rua das Goiabeiras, 385	3337-1181
N22	Maria Cecília “Dr Orlando Vicentini”	Rua Eugênio Gayon, 835	3336-5433
N23	Milton Gavetti	Rua Alberto Preto, 75	3337-2729
L24	Mister Thomas	Rua Itália Choucino, 75	3337-7537
L25	Novo Amparo “Dr Roberto Schnitzler”	Rua Prof. Newton R. Menezes, 55	3337-7991
S26	Ouro Branco “Dr Luiz Carlos Jeolás”	Rua Flor dos Alpes, 570	3341-0093
O27	Panissa “Avelino Antonio Vieira”	Rua Walquiria Vaz, 125	3338-1646
N28	Parigot de Souza “Dr Mauro R R. Bergonse”	Rua Claudeth de Souza, 1259	3348-8039
L29	Parque das Indústrias Leves - PIL	Rua das Curruíras, 541	3339-4014
S30	Parque das Indústrias-“Dr Walter Zamarian”	Rua Firmino L.de Oliveira, 424	3341-0396
S31	Piza/Roseira “Dra Maria do Socorro N. Brito”	Rua Veneza, 546	3341-8039
C32	Pronto Atendimento Infantil “Marcos Fraga”	Rua Mato Grosso, 5	3336-0202
S33	San Izidro “Julinda F. da Cunha Pereira”	Rua Maria José Carneiro, 85	3329-2171
O34	Santiago “Dr Edgard B. Valente”	Av Aracy Soares dos Santos, 100	3328-0318
O35	Tóquio “Carlos Augusto Mungo Genez”	Rua Juhei Muramoto, 22	3338-0739
S36	União da Vitória “Orlando Cestari”	Rua 19 de abril, 95	3341-0481
C37	Vila Brasil/Flórida “Dr Aroldo M. Sardenberg”	Rua Argentina, 600	3324-9904
C38	Vila Casoni “Dr Newton Leopoldo da Câmara”	Av 10 de dezembro, 580	3329-3126
C39	Vila Nova “Luiz Marques de Mendonça”	Rua Men de Sá, 95	3339-0636
L40	Vila Ricardo	Rua Rosa Branca, 246	3325-1086
N41	Vivi Xavier “Dr Justiniano Climaco da Silva”	Rua John Lennon, s/n	3348-8171

Unidades de Saúde nos Distritos Rurais			
R42	Guairacá	Rua Principal, s/n	3399-4005
R43	Guaravera	Av São João, 31	3398-3161
R44	Irerê “Dr Isao Udihara”	Rua Benedito Goulart, 170	3398-6266
R44a	Irerê - Odontologia	Rua Antonio Calheiros, s/n	3398-6173
R45	Lerrovilla “João Nicolau”	Rua Pres.Castelo Branco, 181	3398-2040
R46	Maravilha	Rua Brasil, 40	3398-8150
R47	Paiquerê	Rua Vitorio Libardi, 271	3398-6272
R48	Patrimônio Regina	Rod Mábio Gonçalves Palhano	3326-7039
R49	São Luiz “Waldomiro Pereira Dutra”	Rua General Osório, 296	3398-9158
R50	Patrimônio Selva	Rua Reinaldo Benis, 160	3341-0692
R51	Taquaruna	Rua Marco Antonio, 450	3399-1037
R52	Três Bocas	Estrada Londrina-Maravilha	3343-2075
R53	Warta “Gertrudes Stapassoli Herek”	Rua Londrina, 570	3398-4214
R54	Reserva indígena Apucarantina “Maria Vaganh”	Reserva Indígena Apucarantina	3399-6516
R54a	Posto Avançado “Barreiro”	Reserva Indígena “Água do Barreiro”	

Quadro Resumo da Frota de Veículos da Secretaria/Autarquia

Total de veículos* frota AMS/ PML em 2005:	Gasolina	Diesel	Álcool	Geral
		128	6	18
Veículos tipo sucata	OFICINA PML			9
Veículos cedidos para outras Secretarias				10
Total Frota até o ano 2000				75

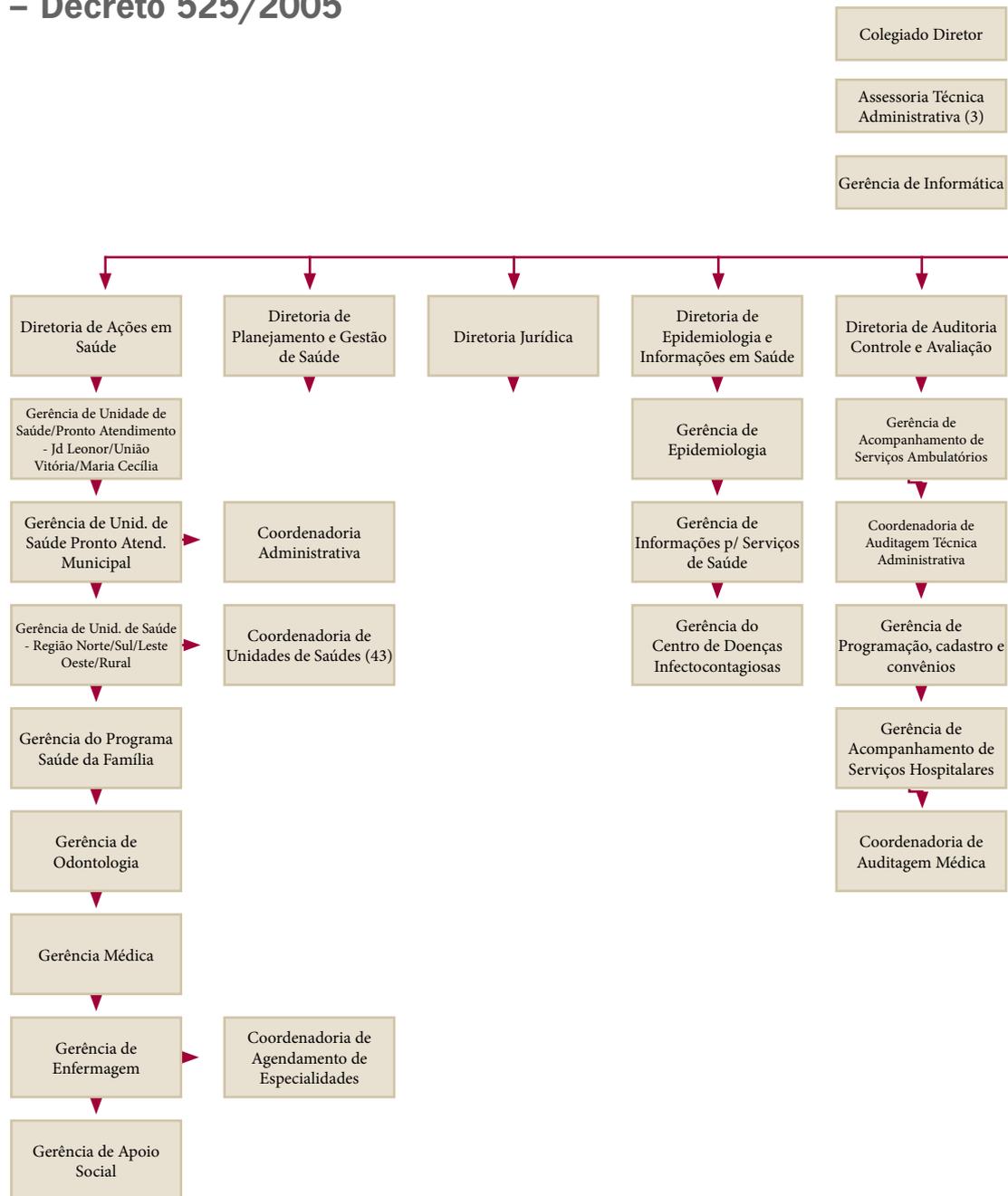
*Constam: motocicletas, automóveis tipo passeio, furgão, ambulâncias pequenas e tipo UTI móvel, camionete carroceria aberta, ônibus, caminhão, pick-up.

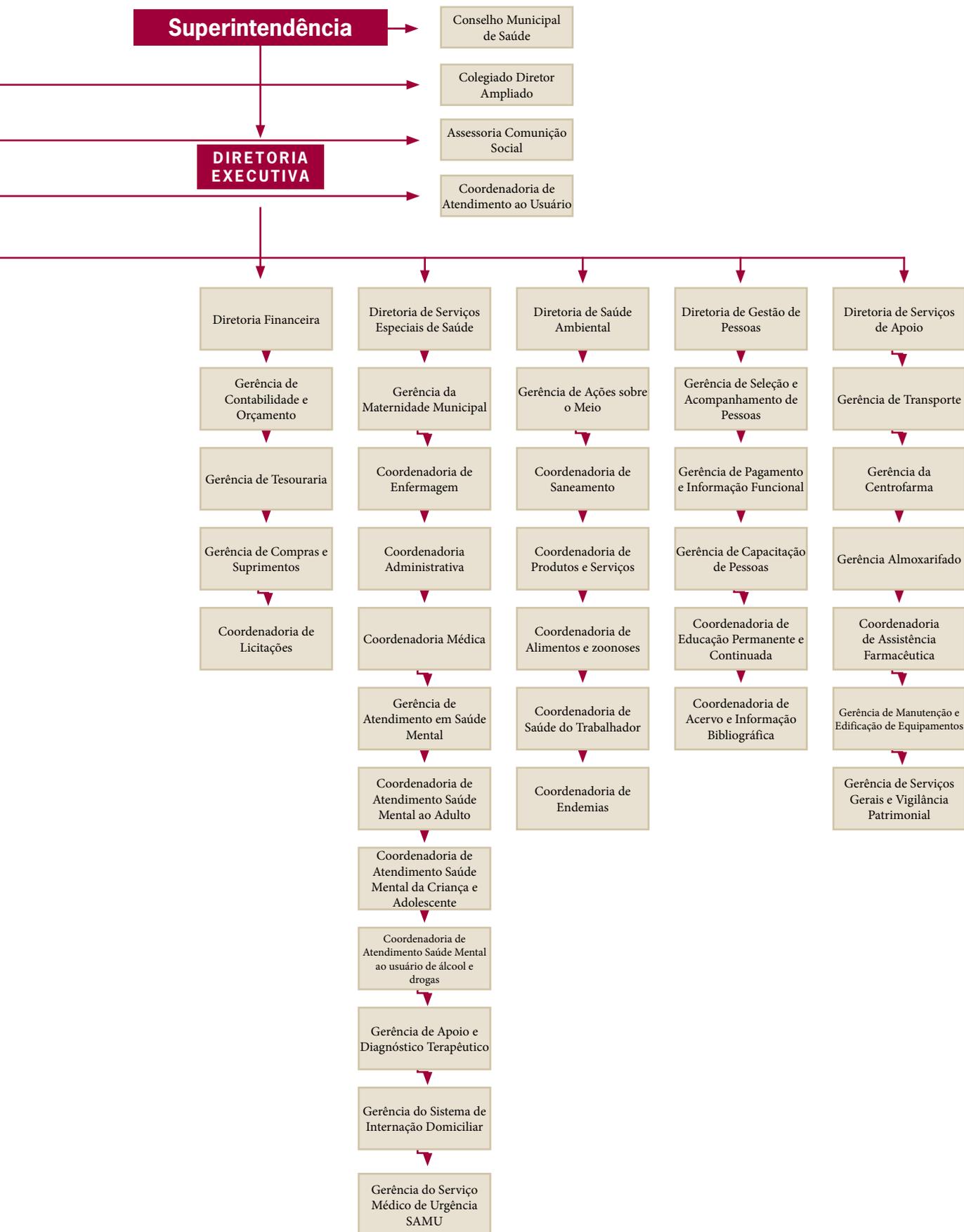
Quadro de Trabalhadores da AMS

Vínculo	31/12/2004	30/12/2005
Estatutário	1.922	1972
Cargo Comissionado	06	03
Agente de Controle da Dengue AMS	133	00
Municipalizados	106	109
CISMEPAR	101	81
PSF	692	695
OCIPS – Policlínica	34	39
OCIPS – SAMU	81	91
OCIPS – Agente de Endemias	85	173
Total	3.160	3168

Autarquia Municipal de Saúde

– Decreto 525/2005





4.3 Estabelecimentos de Saúde

Londrina se caracteriza pela importante estrutura de serviços para atenção à saúde sendo referência regional e estadual de serviços de média e alta complexidade tanto no setor privado quanto no público.

Essa estrutura acompanha o crescimento da cidade. A implantação do curso de Medicina e demais cursos na área de saúde, a criação das organizações e entidades setoriais, o financiamento público no setor saúde contribuíram sobremaneira na construção do atual sistema existente.

Quanto às diretrizes do SUS há reconhecimento de que houve avanço significativo no aumento da oferta e melhoria do acesso aos serviços na atenção básica considerada porta de entrada, e todos os demais níveis de assistência. Os resultados alcançados podem ser observados nos indicadores de saúde que apontam que os serviços de saúde têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida da população. A evolução desses indicadores contribui para analisar e justificar a construção e organização das estruturas dos serviços de saúde.

Na década de 70 e 80, por exemplo, as doenças infecciosas do aparelho digestivo contribuíram significativamente no coeficiente de mortalidade infantil. Para atendimento a essa demanda, eram utilizadas grandes áreas e um grande contingente de recursos humanos nos hospitais com salas e leitos freqüentemente lotados para atendimento à desidratação. A utilização da Terapia de Reidratação Oral (TRO) nos serviços municipais de saúde e a capacitação de lideranças comunitárias e religiosas (pastorais da criança) além da expansão de serviços de água e esgoto contribuíram para a redução da morbi-mortalidade por diarreia. As estruturas hospitalares, em consequência dessa mudança no perfil da morbidade, foram readequadas para outras atividades.

A partir da expansão de serviços básicos e de coberturas vacinais elevadas, outras doenças infecto-contagiosas como sarampo, tétano, coqueluche, também foram controladas.

A incorporação tecnológica em apoio diagnóstico bem como terapêutico para atendimentos a muitas patologias evitou internações e/ou reduziu as taxas de permanência em hospitais. Procedimentos até então realizados em ambiente hospitalar através de atos cirúrgicos de grande porte com risco de morte passaram a ser realizados ambulatorialmente e até mesmo fora das estruturas hospitalares.

Hospitais gerais de baixa complexidade foram sendo desativados com a redução do número de leitos sem que isso causasse desassistência. A oferta de serviços básicos de saúde, principalmente através das Prefeituras, foi ampliada e o acesso facilitado. Foram implantados programas de prevenção, diagnóstico precoce e controle de doenças crônico-degenerativas. Paralelamente a isso houve aumento da complexidade da assistência, por exemplo, na área de diagnose permitindo o estabelecimento da terapêutica e prognóstico de forma menos invasiva. Houve incorporação dos procedimentos por meio de vídeo com redução do tempo de internação e do risco de infecções hospitalares, etc. Houve incremento importante das cirurgias eletivas como as vasculares venosas e nas especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia, e para doenças como hipertrofia benigna de próstata, litíase renal e colelitíase e vasectomias, etc.

Os acidentes de trânsito, resultantes da urbanização acelerada e a motorização da população, além de outros agravos considerados nas causas violentas, foram acompanhados pela evolução tecnológica para assistência pré-hospitalar de urgência/emergência tanto em equipamentos quanto capacitação de recursos humanos. A nível de serviços hospitalares de atendimento de pronto-socorro houve melhoria importante na organização do processo de trabalho/fluxo e o aumento da complexidade e resolutividade. Esses serviços têm alto custo de implantação e

exigência de pessoal altamente especializado para assistência aos pacientes e por isso foi sendo organizada em poucos hospitais. Os pacientes atendidos pelos serviços extra-hospitais que até então morriam no local sem acesso à assistência médica passaram a receber assistência médica no local aumentando a possibilidade de menos seqüelas e menos mortes.

Outro evento a ser citado é a evolução de serviços de obstetrícia comparada à redução significativa na taxa de natalidade (de 30,23/1000 em 1979 para 14,33/1000 em 2005) observada nas últimas décadas no município. As exigências técnicas e o respectivo custo operacional para manutenção dessas unidades paralelamente à redução de partos foram inviabilizando a manutenção de serviço de obstetrícia até então existentes em todos hospitais. A construção da Maternidade Municipal absorveu rapidamente mais de 50 % dos partos no município. Os partos considerados de alto-risco foram concentrados em apenas dois hospitais terciários (HURNP e HEL) com reduzido número de leitos para essa especialidade. O desenvolvimento de tecnologias de fertilização (“in vitro”), gestações gemelares e prematuridade têm exigido o incremento das unidades de terapia intensiva neonatal.

O Programa Municipal de Controle da Asma mudou o protocolo de assistência nas unidades de saúde e melhorou a qualidade de vida do paciente asmático, reduzindo a frequência das crises e aumentando a autonomia do paciente. Isso reduziu significativamente as inalações realizadas em unidades básicas de saúde e principalmente reduziu as internações hospitalares por doenças decorrentes da asma. (Ver informações do Programa “Respira Londrina”, cap. V).

A transição epidemiológica, destacando-se a melhoria dos indicadores de mortalidade proporcional determinaram mudanças importantes na oferta e organização dos serviços de saúde, principalmente para as doenças cardiovasculares, diabetes, pneumopatias e câncer.

Dessa forma a análise da oferta de serviços de saúde pressupõe acompanhamento da evolução dos indicadores de saúde da população e a informação da incorporação tecnológica e caracterização da complexidade. Nem sempre o aumento da oferta de determinado serviço é a garantia de melhores indicadores de saúde e o contrário também é verdadeiro, ou seja, a redução de serviços nem sempre significa piora dos serviços ou da saúde da população. O grande desafio do sistema é o equilíbrio e regulação da oferta de serviços e a necessidade da população acompanhados por mecanismos de controle e avaliação e observados através dos indicadores de saúde.

Os estabelecimentos que prestam serviços de saúde em Londrina constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES (935) e conforme programação boa parte desses serviços integram o SUS, sendo alguns de abrangência municipal, regional (17ª) ou macro-regional:

CNES Londrina	
Central de Regulação de Serviços de Saúde	02
Centro de Saúde / Unidade Básica	54
Clínica Especializada	117
Consultório isolado	653
Cooperativa	2
Farmácia	01
Hospital especializado	12
Hospital geral	06
Hospital/dia isolado	05
Policlínica	17

CNES Londrina	
Pronto-socorro geral	01
Unidade de apoio diagnose e terapia	62
Unidade de Vigilância em Saúde	01
Unidade Móvel de Nível pré-hospitalar (U/G)	01
Unidade Móvel Terrestre	01
Total	953

Dados de Leitos Gerais e de UTI e a Projeção da Necessidade em Julho/2005

	Pop.**	Leitos Gerais*		Leitos UTI***		Necessidade			
		Exist.	SUS	Exist.	SUS	Leitos Gerais	Leitos UTI-6%	Leitos UTI 4%	Leitos UTI 10%
Londrina	473.741	1.464	1.049	129	94	1.421	85	57	142
17ª RS	805.435	2.185	1.689	129	94	2.416	145	97	242
16ª RS	324.852	1.072	883	64	60	975	58	39	97
18ª RS	247.939	817	676	21	18	744	45	30	74
19ª RS	271.792	899	693	7	6	815	49	33	81
22ª RS	141.828	499	457	18	18	425	25	17	42
Macroregião	1.791.846	5.472	4.398	239	197	5.375	322	216	536
Estado	10.015.425	29.890	22.717	1.563	1.091	25.039	1.793	1.196	2.989

Fonte: * SESA/DVNT

** IBGE 2004

*** CNES/MS

4.3.1 SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Setor Público Municipal

- :: 54 Unidades Básicas de Saúde (41 na zona urbana e 13 na zona rural), sendo: 2 unidades de Pronto Atendimento 24 horas, 2 unidades de Pronto Atendimento 16horas, 47 unidades 12 horas, uma unidade 6h (PIL) e uma unidade avançada na Água do Barreiro.
- :: 3 Unidades de Saúde Mental, sendo: CAPS III –adulto (CONVIVER), CAPS-i – infantil (NAPS-CA) e CAPS AD - álcool e drogas (ESPAÇO VIDA).
- :: Laboratório de Patologia Clínica CENTROLAB
- :: CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema, com consultas especializadas (diagnose /terapia);
- :: Farmácia Municipal;
- :: Policlínica Municipal.

Setor Público Estadual

- :: Centro Integrado de Doenças infecto-contagiosas- CIDI;
- :: Ambulatório de Especialidades– Hospital de Clinicas /UEL;
- :: Farmácia Regional de Medicamentos Excepcionais;
- :: Hemocentro – UEL;
- :: Clínica de hemodiálise – HU;

- :: Clínica de Quimioterapia – HU.

Setor Filantrópico

- :: 3 Ambulatórios de Especialidade- Diagnose/ Terapia, sendo: Ambulatório do Alto da Colina (HEL); Ambulatório da Irmandade Santa Casa de Londrina e Ambulatório do Instituto do Câncer de Londrina (quimioterapia e radioterapia);
- :: Clínica de Terapia para portadores de fissuras lábio palatais-CEFIL;
- :: Instituto Londrinense de Educação de Surdos Clínica de Reabilitação Otológica – ILES
- :: APAE
- :: ILECE
- :: ILITIC

Setor Privado

- :: Fisioterapia, sendo: 1 Clínica UNOPAR e 3 Clínicas de Reabilitação;
- :: Especialidades Médicas, sendo: 8 Clínicas de Oftalmologia, 1 Clínica de Cardiologia, 1 Clínica de Gastroenterologia, 3 Clínicas de Ortopedia e 1 Clínica de Saúde Mental;
- :: Serviços de Diagnose, sendo: 10 Laboratórios de Patologia Clínica, 3 Laboratórios de Citopatologia e 1 Serviço de Radiologia; 2 Serviços de Ultra-sonografia; 2 Serviços de Mamografia e 2 Serviços de Tomografia;
- :: Terapias especializadas, sendo: 1 Clínica de Hemoterapia e 2 Clínicas de Terapia Renal Substitutiva.

4.3.2 SERVIÇOS HOSPITALARES

Setor Público Municipal

- :: Maternidade Municipal Lucilla Ballalai;
- :: Serviço de Internação Domiciliar para 120 pacientes/mês.

Setor Público Estadual

- :: Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), com 309 leitos;
- :: Hospital Dr. Anísio Figueiredo (ZONA NORTE) com 56 leitos;
- :: Hospital Eulalino de Andrade (ZONA SUL), com 41 leitos.

Setor Filantrópico

- :: Hospital Evangélico de Londrina (HEL), com 203 leitos (93 leitos SUS);
- :: Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL), 198 leitos (117 leitos SUS);
- :: Instituto do Câncer de Londrina (ICL), com 106 leitos(85 leitos SUS);
- :: Hospital Infantil Sagrada Família, com 64 leitos (40 leitos SUS).

Setor Privado

- :: Hospital de Olhos- Hoftalon, com 9 leitos(6 leitos SUS);
- :: Hospital Ortopédico, com 16 leitos(5 leitos SUS);
- :: Clínica Psiquiátrica de Londrina, com 240 leitos (230 leitos SUS);
- :: Maxwell – Hospital Dia de Psiquiatria, com 40 leitos (30 leitos SUS);
- :: Clínica Psiquiátrica Vila Normanda, com 65 leitos (65 leitos SUS).
- :: Hospital Mater Dei, com 74 leitos

4.3.3 SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Setor Público Municipal

- :: 38 clínicas odontológicas em Unidades Básicas de Saúde;
- :: 14 equipes de Saúde Bucal do PSF
- :: 2 clínicas odontológicas (Lar Anália Franco e Epesmel).
- :: Centro de Especialidades Odontológicas Municipal - CEO

Setor Público Estadual

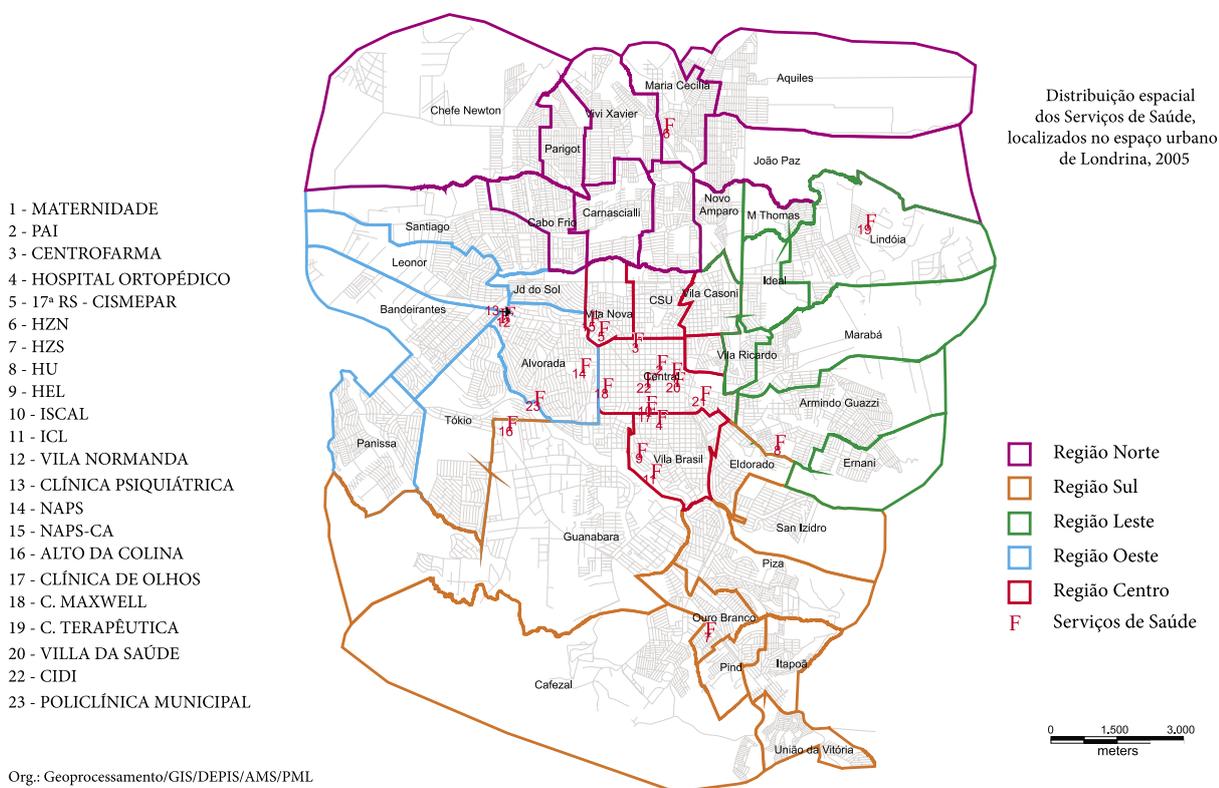
- :: 3 Clínicas Odontológicas – UEL, sendo: Clínica de Bebês, Clínica para adultos e Pronto atendimento.

Setor Filantrópico

- :: Grupo de Estudos para Tratamento de Paciente Especial (GETEXCEL);
- :: Clínica Odontológica da Paróquia dos Sagrados Corações

Setor Privado

- :: 12 Consultórios Odontológicos;
- :: Clínica da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).



4.4 Fluxo da assistência à saúde e competências

4.4.1 ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE

A atenção básica compreende o acolhimento nas unidades básicas de saúde onde se oferta ações de prevenção, promoção de saúde e atendimento a problemas de saúde simples mas que ocorrem com mais frequência. São ofertadas consultas médicas para problemas simples, consultas eletivas e acompanhamento de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, algumas doenças do pulmão, atendimento à gestante e puérpera, atendimento à criança da infância e à adolescência. Esse nível da assistência é ofertado nas Unidades Básicas de Saúde através das equipes do Programa Saúde da Família, com profissionais médicos clínicos gerais, pediatras, e ginecologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos, auxiliares e técnicos de higiene dental, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde.

A assistência odontológica é prestada através das clínicas para crianças, adolescentes e gestantes localizadas em 38 Unidades Básicas, 2 clínicas (Lar Anália Franco e EPESMEL), além de 14 equipes do Programa de Saúde Bucal do PSF que fazem atendimento básico integral ao adulto e quando necessário referenciam os pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas CEO ou Centro Odontológico da Universidade do Norte do Paraná (COUNP) da UEL.

Para boa resolutividade no nível da assistência básica são ofertados exames laboratoriais que são coletados na própria unidade e o resultado retorna através do sistema informatizado. Exames de radiologia são encaminhados ao PAI ou clínicas credenciadas ao SUS. Outros exames especializados como ultra-sonografia, endoscopia, mamografia são autorizados e realizados em serviços de referência do SUS aumentando a resolutividade da rede. A assistência farmacêutica correspondente à atenção básica e programas prioritários é dispensada em todas as unidades.

A partir das UBSs é que se dá a referência para níveis mais complexos como consultas de especialidades, exames e terapias. O agendamento para o serviço indicado é feito na própria unidade através do sistema informatizado que disponibiliza a oferta de serviços do SUS em Londrina. Caso a agenda não esteja disponível no próprio mês, o sistema emitirá guia de consulta quando a mesma for disponível e será enviada por correspondência diretamente para residência do paciente. Casos com urgência relativa podem ser encaminhadas através da GUIA DE CONSULTA COM PRIORIDADE que são avaliadas por médicos e agendadas de acordo com a gravidade.

O atendimento na Policlínica é agendado pela própria UBS mas também pode ser agendada interconsulta por telefone entre os profissionais.

A Farmácia Municipal se localiza ao lado do Centro Integrado de Doenças Infectocontagiosas e dispensa medicamentos padronizados na área de Saúde Mental, Neurologia, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase e Leishmaniose.

Grande parte dos serviços especializados ambulatoriais é ofertado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR). Também ofertam serviços o Ambulatório do Hospital Universitário (HURNP), Santa Casa e Evangélico, além de ambulatórios especializados em oftalmologia (Hospital de Olhos), ortopedia (Hospital Ortopédico), nefrologia e hemodiálise (Instituto do Rim e Nefroclínica), e de outros profissionais e serviços privados credenciados ao SUS. Quando necessário, pacientes podem ser encaminhados a partir dos serviços SUS do município para outros centros de referência do Paraná sob responsabilidade do município através do programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) autorizado e agendado na Vila da Saúde.

O município oferece serviços de média complexidade na área de saúde mental (infantil, álcool/drogas e adulto) através dos CAPS, sendo o atendimento ao adulto ofertado em regime eletivo e de urgência 24 h. O atendimento para dependência química (álcool e drogas) pode ter procura direta em horário comercial. O atendimento à criança é triado e agendado na própria sede do CAPS-i.

Estão também disponíveis os serviços de Internação Domiciliar a pacientes nas áreas de oncologia, Aids, doenças crônicas degenerativas com comprometimento geral e outros pacientes fora de possibilidade terapêutica. A referência para esse serviço normalmente se dá a partir de alta hospitalar ou de encaminhamento médico à gerência localizada no prédio do PAM.

Alguns programas especiais que foram implantados em unidades/locais específicos é necessário consultar a unidade para confirmar se estão disponíveis ou a forma como são referenciados como: Programa contra o tabagismo, terapia comunitária, acupuntura, fitoterapia, nutrição, fonoaudiologia, programa de órtese e próteses, redução de danos e controle de doenças sexualmente transmissíveis, etc.

4.4.2 ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A solicitação para atendimento às urgências e emergências na área clínica deve ser feito por telefone 192 para os casos que caracterizem risco de morrer ou dor importante que impeça qualquer outra alternativa que não o atendimento médico. Acidentes e traumas podem ser atendidos pelo SIATE 193. Em outras situações é aconselhável procurar uma unidade de pronto atendimento. Existem duas Unidades 16h (diariamente) no Conjunto Habitacional União de Vitória e no Conjunto Habitacional Maria Cecília. As Unidades do Jardim Leonor e da região central (Pronto Atendimento Municipal) estão abertas aos pacientes 24h todos os dias e oferecem atendimento geral e em especial os atendimentos em Pediatria. Os casos com pouca gravidade ou que puderem, devem se dirigir à Unidade Básica de sua área de abrangência, onde o seguimento dos casos pode se dar e os exames de rotina e de acompanhamento serão realizados. No atendimento de urgência o mais importante é restabelecer as boas condições gerais do paciente. A grande maioria dos sintomas devem ser acompanhados e investigados nas Unidades Básicas. A procura indevida aos pronto atendimentos prejudica o atendimento de pacientes graves e que só dispõe desse local para seu reestabelecimento.

Os hospitais secundários são de responsabilidade estadual (Hospital da Zona Norte e Hospital da Zona Sul) e podem ser procurados espontaneamente para casos realmente de urgência e emergência, nas suas respectivas regiões.

Os hospitais de referência considerados como nível terciário e de alta complexidade não devem ser procurados diretamente pelos pacientes. Nesses casos uma ligação telefônica para o SAMU 192 deve ser feita para orientação e melhor encaminhamento. A boa utilização dos serviços de urgência preserva o paciente e reduz os custos para o sistema e para a comunidade.

4.4.3 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

Os hospitais Universitário Regional do Norte do Paraná, Evangélico e Irmandade da Santa Casa de Londrina são considerados hospitais terciários ou de alta complexidade principalmente nas áreas de cardiologia, ortopedia, transplantes, neurologia e UTIs, incorporando tecnologia avançada em procedimentos para os pacientes do SUS.

A assistência ao parto hospitalar é feita pela Maternidade Municipal Lucilla Balallai, Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná e Hospital Evangélico, sendo os dois últimos referência para partos considerados de alto-risco, tendo corpo clínico e estrutura adequada para esse tipo de atendimento.

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

O Instituto do Câncer de Londrina é o hospital que proporcionalmente atende mais pacientes de outros locais por ser referência em oncologia.

4.5 Programação de Serviços nas Áreas Assistenciais do Setor Saúde

A programação de serviços SUS compreende serviços ambulatoriais e hospitalares classificados como áreas de atenção básica, média e alta complexidade e ações estratégicas. Essas áreas assistenciais têm programação física e financeira podendo ser definidas como recursos da Atenção Básica onde estão incluídos o PAB fixo e o variável e de programas/convênios, e os recursos da Gestão Plena e Extra-teto. Os valores do PAB fixo são definidos com base populacional (per capita) e os demais são programados a partir da implantação, organização (quantidade variável) de programas específicos como: Programa de Saúde da Família, Saúde Indígena, Programa de Controle de DSTs/HIV/AIDS, assistência farmacêutica básica, etc. Os recursos do PAB, desde 2001 variaram de acordo com o número de habitantes e o aumento real do valor per capita. Em 2001 a média mês foi de R\$ 461.027,00 e em 2005 R\$ 506.450,75. A partir de ago/2006, o valor per capita chega a R\$ 15,00 perfazendo valor mensal de R\$ 610.391,25. Os recursos da Gestão Plena incluem ações ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade e são baseados em série histórica e capacidade instalada, repassados fundo a fundo, mensalmente dentro de teto limite previamente estabelecido. Os recursos extra-teto não estão incluídos nos recursos da gestão plena e portanto não são de repasse automático, mas sim após apresentação de fatura correspondente a produção. Esses procedimentos também têm limite de programação.

Produção Ambulatorial 2005

Produção Ambulatorial	Qte Paga	Valor aprovado R\$
Procedimentos de Atenção Básica*	71.459.612	0,00
Ações enfermagem/ de Saúde Nível Médio	31.462.927	0,00
Ações Médicas Básicas	16.836.947	0,00
Ações Básicas Em Odontologia	17.108.523	0,00
Ações Executadas por outros Prof.Nível Superior	5.024.326	0,00
Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	1.026.889	0,00
Procedimentos Especializados	25.823.893	168.956.453,64
Proced.Espec.Profis.Médicos, Out. Nível Sup./Méd	6.974.611	46.320.293,36

Produção Ambulatorial	Qte Paga	Valor aprovado R\$
Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	231.159	12.238.266,96
Procedimentos Traumato-Ortopédicos	131.660	4.284.764,36
Ações Especializadas em Odontologia	337.716	1.367.126,72
Patologia Clínica	12.056.667	52.665.790,03
Anatomopatologia e Citopatologia	815.820	5.718.787,05
Radiodiagnóstico	1.666.783	19.059.133,61
Exames Ultra-Sonográficos	388.093	5.692.022,53
Diagnose	824.762	7.338.320,49
Fisioterapia (Por Sessão)	1.935.551	4.506.944,56
Terapias Especializadas (Por Terapia)	178.567	3.569.974,39
Instalação de Cateter	38	4.560,00
Próteses e Órteses	279.754	6.149.250,17
Anestesia	2.712	41.219,41
Procedimentos Assistenciais De Alta Complexidade	2.777.440	205.081.396,32
Hemodinâmica	5.359	2.703.660,37
Terapia Renal Substitutiva	484.925	64.905.995,85
Radioterapia (Por Especificação)	483.956	8.100.257,41
Quimioterapia - Custo Mensal	102.605	58.756.687,30
Busca de Órgãos para transplante	47.358	14.858.059,93
Ressonância Magnética	2.459	660.856,25
Medicina Nuclear - In Vivo	7.166	1.308.669,99
Radiologia Intervencionista	485	39.194,87
Tomografia Computadorizada	49.598	4.917.192,84
Acompanhamento de Pacientes	1.519.201	23.712.075,67
Atenção à Saúde	74.328	25.118.745,84
Total	100.060.945	374.037.849,96

* Os valores PAB não constam na tabela de procedimentos SIA, pois o valor é fixo

Produção Hospitalar

Frequência e valor total de internações pagas por Hospital em Londrina, ano 2005. SIH SUS			
Hospital - Londrina PR	QteAIH*	Valor Total	Valor médio
Hurnp Hosp Universitário	13.994	10.134.851,47	724,23
Irmandade da Santa Casa de Londrina	8.271	12.717.120,08	1.537,56
Inst. de Saude do PR-ISEP - Londrina - HZN	5.141	1.739.111,96	338,28
Clinica Psiquiátrica de Londrina Ltda	2.379	1.795.627,48	754,78
Fund de S C M da Rocha Hosp Zona Sul	3.704	1.104.164,56	298,10
Soc. Evang Benef de Londrina Hosp Evangélico	3.733	4.473.881,44	1.198,47
Instituto Câncer de Londrina Hosp Prof Ant Prudente	3.798	2.907.359,59	765,50
Villa Normanda Clin Comunitária Sc Ltda	760	741.847,60	976,12
Clínica Ortopedia e Traumatologia de Londrina Sc Ltda	574	436.273,74	760,06
Caps III - Centro de Atenção Psicossocial	77	2.450,25	31,82
Maxwell Hospital-dia de Londrina	272	249.292,04	916,51

Frequência e valor total de internações pagas por Hospital em Londrina, ano 2005. SIH SUS

Nobuaqui Hasegawa Cia Ltda Hospital de Olhos	90	45.762,54	508,47
Total	42.793	36.347.742,75	849,39

Fonte:DACA/Tabwin-Produção Hospitalar/apmm

Obs: a produção do MMLB está incluída na produção do HURNP e a produção do Hospital Infantil, na produção da Santa Casa

* AIH - Autorização Internação Hospitalar SUS.

Tendo como base as informações constantes na tabela seguinte, na comparação entre 2003 e 2005, observa-se aumento do valor médio das internações pagas pelo SUS de 18,68 % na média dos hospitais, variando de 6,73 % no HZS para 109,30 % no Hospital Ortopédico. A exceção fica para a Clínica Maxwell onde se observa uma redução de 1,42 % no valor médio de internações, porém, houve pequeno aumento do valor total pago.

Houve redução de 7,81 % do número absoluto de internações pagas (de 46417 para 42793), ou seja, menos 3624 internações pagas no ano de 2005 em comparação com o realizado em 2003. A exceção fica com o HZS com aumento de 23 internações (0,62 %), o HEL de 451 (13,74 %), o ICL de 33 (0,88 %), o Maxwell de 17 (6,67 %), o Hoftalon de 12 (15,38 %) e o Ortopédico de 37 (6,89 %), que passou a assumir a referência para o SAMU. A redução quantitativa ocorreu principalmente no HU correspondendo a aproximadamente 10 % do número de internações que deixaram de ser realizadas.

As internações psiquiátricas merecem avaliação específica considerando o cumprimento de Portaria Ministerial com redução de 30 leitos, o que resultou em redução do número de internações e pequena redução do valor total de recursos pagos ao prestador de serviço, mesmo tendo sido observado aumento importante do valor médio por internação devido ao reajuste no valor da diária hospitalar. Há que se considerar ainda a atuação do CAPS III como autorizador/porta de entrada das internações psiquiátricas reorientando a utilização das adequadas alternativas terapêuticas fora das estruturas hospitalares reduzindo dessa forma a quantidade das internações psiquiátricas (ver Programa de medicação de depósito em CAPS III Prog. Saúde Mental, cap. V).

Comparação entre número de internações, valores totais e valor médio em 2003 e 2005 para Londrina

2003			
Hospital	Quantidade AIH	Total	Valor Médio AIH
HURNP	15.601	10.159.407,11	651,20
ISCAL	8.484	10.804.549,15	1.273,52
H.Z.N.	6.080	1.781.366,07	292,99
Clínica Psiquiátrica	3.574	2.128.996,52	595,69
H.Z.S.	3.681	1.028.056,45	279,29
HEL	3.282	3.607.437,96	1.099,16
ICL	3.765	2.540.904,43	674,88
Villa Normanda	1.080	705.215,47	652,98
Ortopédico	537	195.006,63	363,14
CAPS III 24h	0	0,00	0,00
Maxwell	255	237.067,27	929,68
Hoftalon	78	31.786,80	407,52
Total	46.417	33.219.793,86	715,68

2005						
Hospital	Quantidade AIH	Número redução AIH	% de redução de AIH	Total	Valor Médio AIH	% aumento de valor médio
HURNP	13.994	1.607	10,3	10.134.851,47	724,23	11,21
ISCAL	8.271	213	2,51	12.717.120,08	1.537,56	20,73
H.Z.N.	5.141	939	15,44	1.739.111,96	338,28	15,46
Clínica Psiquiátrica	2.379	1.195	33,44	1.795.627,48	754,78	26,71
H.Z.S.	3.704	23	0,62	1.104.164,56	298,10	3,73
HEL	3.733	451	13,74	4.473.881,44	1.198,47	9,04
ICL	3.798	33	0,88	2.907.359,59	765,50	13,43
Villa Normanda	760	320	29,63	741.847,60	976,12	49,49
Ortopédico	574	37	6,89	436.273,74	760,06	109,3
CAPS III 24h	77			2.450,25	31,82	-
Maxwell	272	17	6,67	249.292,04	916,51	-1,42
Hoftalon	90	12	15,38	45.762,54	508,47	24,77
Total	42.793	3.624	7,81	36.347.742,75	849,39	18,68

Fonte : DACA/DATASUS

Valores pagos em R\$ aos Prestadores SIA e SIH SUS de Londrina					
		2.004	Média/mês 2004	2005	Média/mês 2005
Alta Complexidade	Hospitalar	10.248.505,28	854.042,11	11.663.528,65	971.960,72
	Ambulatorial	5.300.477,65	441.706,47	5.987.212,15	498.934,35
Média Complexidade	Hospitalar	21.821.990,14	1.818.499,18	23.538.553,50	1.961.546,13
	Ambulatorial	16.088.797,17	1.340.733,10	16.712.951,35	1.392.745,95
Ações Estratégicas	Hospitalar	1.399.168,30	116.597,36	805.390,68	67.115,89
	Ambulatorial	12.871.626,66	1.072.635,56	14.198.886,94	1.183.240,58
		67730565,20		72906523,32	
			Crescimento de 7,64 %		

Fonte:DACA/SIA e SIH/apmm

Média mensal paga aos prestadores/S.I.A./S.I.H. SUS de LONDRINA

		2001	2002	2003	2004	2005
Alta Complexidade	Hospitalar	464.761,64	823.560,69	783.522,52	854.042,11	971.960,72
	Ambulatorial	1.157.387,76	797.696,91	417.108,99	441.706,47	498.934,35
Média Complexidade	Hospitalar	1.853.477,91	1.786.438,43	1.784.974,75	1.818.499,18	1.961.546,13
	Ambulatorial	988.448,57	1.023.969,27	1.192.126,87	1.340.733,10	1.392.745,95
Ações Estratégicas	Hospitalar	133.482,67	87.261,99	123.069,18	116.597,36	67.115,89
	Ambulatorial	113.074,62	609.901,61	954.540,10	1.072.635,56	1.183.240,58
Total		4710633,17	5128828,90	5255342,41	5644213,78	6075543,62

Fonte: DATASUS/DACA/AMS/PML

Houve aumento geral na média mensal de valores pagos com recursos SUS na ordem de 28,98 % entre 2001 e 2005, sendo esses recursos do teto da gestão plena e recursos extra-teto.

Os recursos para procedimentos de alta complexidade hospitalar aumentaram 109,13% entre 2001 e 2005, devido ao credenciamento de serviços de alta complexidade nas áreas cardiovascular, neurocirurgia e traumatologia e ampliação de credenciamento de leitos de UTI geral e infantil (pediátricos e neonatais) com conseqüente ampliação de oferta. Foram também incluídos novos procedimentos na tabela do SUS.

Os procedimentos classificados como de alta complexidade ambulatorial tiveram alteração na forma de pagamento passando para pagamento na modalidade FAEC (fundo de ações estratégicas e compensação – extra teto). A definição dos valores para esses procedimentos foi baseada em série histórica e então estabelecido limite (teto financeiro extra-teto da gestão plena). Alguns procedimentos não tem limite estabelecido.

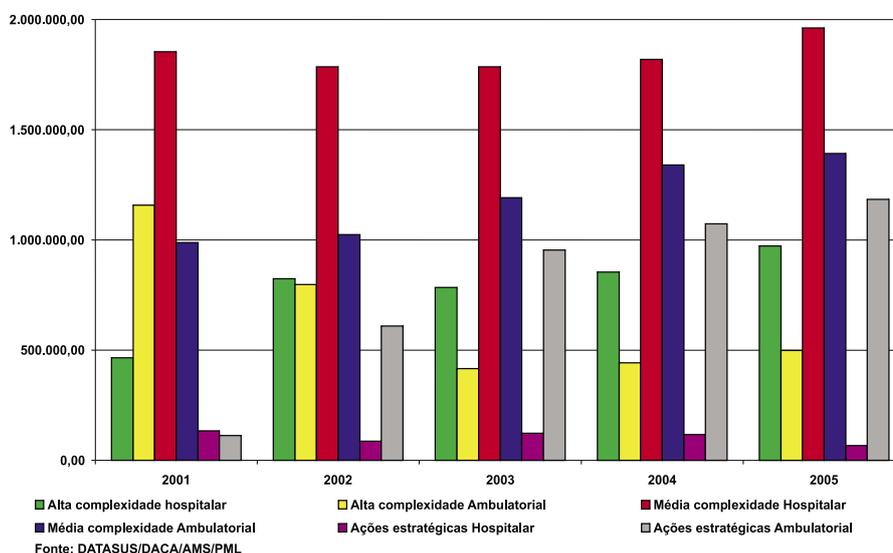
Os procedimentos classificados como média complexidade hospitalar aumentaram 5,83%, tendo sido observado aumento de oferta de serviços e reajuste de valores dos procedimentos na tabela SUS.

Os procedimentos classificados como de média complexidade ambulatorial aumentaram 40,9% com aumento da oferta de serviços e reajuste na ordem de 15 a 20 % nos valores de tabela.

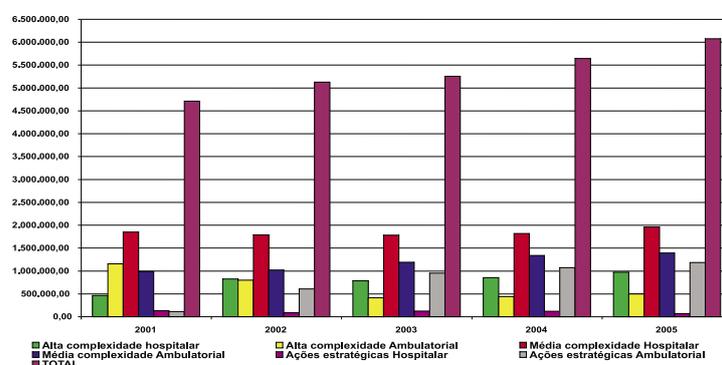
As ações estratégicas hospitalares tiveram importante redução principalmente na realização dos transplantes justificada em parte pelas mudanças nos protocolos de abordagem, critérios de exclusão de doadores, etc.

As ações estratégicas ambulatoriais tiveram aumento de valores em conseqüência da alteração na rubrica de pagamento e principalmente pela inclusão de procedimentos estratégicos nessa modalidade, por exemplo os procedimentos da saúde auditiva, assistência a portadores de deficiência mental (APAE, ILECE, ILITIC, etc) e inclusão de CAPS, CEO entre outros.

Média mensal de gastos de recursos da Gestão Plena por nível de complexidade no período de 2001 a 2005 - Londrina



Gastos em saúde por nível de complexidade – média mensal e total paga em Londrina de 2001 a 2005



Fonte: DATASUS/DACA/AMS/PML

4.6 Instrumentos de informática e sistemas de informações

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com informática aplicada ao atendimento da comunidade, desde março 1994, quando foi instalado o sistema Hygia (sistema informatizado de saúde pública), sistema corporativo de saúde pública, e utilizado por todos os Postos de Saúde, Maternidade Municipal, Policlínica, CEO e vários outros serviços, inclusive outros municípios da região. Através deste sistema marca-se consultas especializadas, obtem-se resultados de exames, registra-se a dispensação de medicamentos e a programação e aplicação de vacinas, bem como outras atividades de postos de saúde. Trata-se de um sistema de concepção antiga, padrão caracter e transacional (não é padrão windows ou internet), cujo uso ao longo do tempo foi sendo prejudicado pelo grande uso do sistema, pela sua própria concepção, mas principalmente, pela incapacidade da máquina (mainframe) que o roda suportá-lo satisfatoriamente.

Atualmente, o acesso ao sistema é feito quase que totalmente a partir de microcomputadores, utilizando-se de um programa denominado emulador. Possui autenticação de usuários e perfis de acesso. O sistema está instalado numa máquina de propriedade da PML que roda, além do Hygia, o sistema de Arrecadação da Prefeitura. Contudo, a administração do sistema é feita totalmente pela Gerência de Informática da Autarquia Municipal de Saúde.

O acesso ao sistema Hygia, pelos vários locais usuários, dá-se através de conexões por fibra ótica, ADSL, discada e celular (GPRS). Os municípios da região que utilizam o Hygia para marcação de consultas especializadas, acessam o sistema via CISMENPAR, exceto, Cambé, Ipirorã e Tamarana, cujo acesso é direto.

4.6.1 PROGRAMA POLICLÍNICA

Programa utilizado na Policlínica para atendimento dos pacientes. Diariamente, à noite, são carregados no banco de dados do programa, os agendamentos feitos no Hygia para a Policlínica. Aos domingos ou feriados à tarde ou à noite faz-se a carga dos agendamentos da segunda-feira ou dia posterior à feriado. Semanalmente os atendimentos registrados no banco de dados do programa Policlínica web são transcritos para o sistema Hygia.

Os dados originados durante o fluxo de atendimento ao paciente são registrados no banco de dados do programa, através de microcomputadores instalados na recepção, pré-consulta, pós-consulta, consultórios médicos e coordenação.

O programa funciona baseado na web, ou seja, a partir do browser (Internet Explorer). Possui autenticação e perfis de acesso por usuário. Possui mecanismo para criação de fichas complementares, permitindo a personalização da coleta de dados por especialidade. Todo o histórico de atendimentos do programa pode ser consultado pelos postos de saúde, mediante permissão de acesso.

O uso do programa é viabilizado através de uma conexão ADSL de 512k, que conecta o prédio da Policlínica à rede de dados da Autarquia Municipal de Saúde. Periodicamente são extraídos relatórios de produção e encaminhados para a Coordenação da Policlínica.

4.6.2 PROGRAMA CEO

Programa utilizado no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO para atendimento dos pacientes. Diariamente, à noite, são carregados no banco de dados do programa, os agendamentos feitos no Hygia para o CEO. Aos domingos ou feriados à tarde ou à noite faz-se a carga dos agendamentos da segunda-feira ou dia posterior ao feriado. Diferentemente da Policlínica, os atendimentos feitos no programa CEO WEB ainda não estão sendo transcritos para o Hygia.

Tal como o programa Policlínica web, o programa CEO WEB funciona baseado na web, ou seja, a partir do browser (Internet Explorer). Possui autenticação e perfis de acesso por usuário.

O uso do programa é viabilizado através de conexão por fibra ótica, que conecta o prédio do CEO à rede de dados da Autarquia Municipal de Saúde. Periodicamente são extraídos relatórios de produção e encaminhados para a Gerência de Odontologia.

4.6.3 PROGRAMA CADSUS

Programa utilizado por todos os postos de saúde, inclusive os de zona rural, e outros estabelecimentos de saúde, como hospitais e CAPS, para o cadastro de usuários SUS e obtenção do número provisório do Cartão Nacional de Saúde.

O programa funciona baseado na web, através do Internet Explorer e possui autenticação de usuário. Os cadastros feitos são extraídos periodicamente e encaminhados para o banco de dados nacional do Cartão SUS. Posteriormente, após validação destes cadastros pelo Ministério da Saúde, serão emitidos Cartões SUS definitivos (magnéticos) e encaminhados pelos correios à residência do usuário SUS (paciente).

O programa possibilita consulta à base de dados municipal, recurso que deve ser utilizado sempre antes de se iniciar o cadastramento de um novo usuário. Com isto, elimina-se a possibilidade de se cadastrar um mesmo usuário mais de uma vez.

Por enquanto, ainda não é possível alterar cadastros feitos. Esta funcionalidade será implementada brevemente. No caso de ser necessário alterar um cadastro feito, é preciso fazer a solicitação para o e-mail: cartaosus@asms.londrina.pr.gov.br.

4.6.4 PROGRAMA INSULINA

Programa utilizado pela Farmácia Municipal (CIDI) para o registro do medicamento INSULINA. Este programa funciona baseado na web, através do Internet Explorer e interage em tempo real com o sistema Hygia. Permite a geração de relatório das entradas e saídas de medicamentos feitas pela farmácia (é necessário alterar no próprio fonte ?livro.php? o período desejado para o relatório).

4.6.5 PROGRAMA VISUALIZADOR DE EXAMES

Programa para se listar os exames feitos por determinado paciente, registrados no sistema Hygia. Permite a visualização do resultado do exame desejado. Funciona baseado na web, através do Internet Explorer e interage em tempo real com o sistema Hygia. Permite a impressão do resultado do exame selecionado em impressora padrão windows. Entretanto, é necessário formatar a página adequadamente, de modo que a impressão aconteça sem truncamentos. Antes de imprimir, utilize o recurso "visualizar impressão" do Internet Explorer.

4.6.6 PROGRAMA RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Este programa foi desenvolvido para a Epidemiologia cadastrar todos os recém-nascidos de risco e os postos de saúde, através da Internet, consultar os recém-nascidos de risco de suas respectivas áreas e cadastrar os acompanhamentos da criança. O programa permite consultar os cadastros feitos, tanto de crianças quanto de acompanhamentos. Contudo, o programa, que funciona baseado na web e possui autenticação de usuário, não está em uso por motivos alheios à Gerência de Informática.

4.6.7 OUTROS

Para as áreas administrativas e de apoio às atividades assistenciais estão sendo utilizados o Sistema Agora (para compras, almoxarifado e patrimônio), Folha de Pagamento (geração de pagamento), Contabilidade, SOPHIA (cadastro e manutenção de acervo da biblioteca), PROTOCOLO (fluxo de documentos internos) e os específicos da Gerência de Informática que são o CHS e Gerente Eletrônico de Departamento de Informática.

V. Programas de Atenção à Saúde

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Atenção básica está estruturada no Programa Saúde da Família, que desenvolve ações junto a grupos prioritários, além de programas específicos de atuação. Desde a implantação na área urbana em 2001, houve um crescimento progressivo, como apontado no quadro abaixo:

Ano	Nº. de Equipes	Cobertura	Saúde Bucal	U.B.S.	Nº de Pessoas Atendidas	Nº de Famílias Cadastradas
2001	90 Equipes	70%	0	50	0 pessoas	0 famílias
2002	93 Equipes	71%	0	50	338.366 pessoas	94.395 famílias
2003	96 Equipes	72%	8	51	345.092 pessoas	96.851 famílias
2004	101 Equipes	74%	9	53	352.405 pessoas	99.116 famílias
2005	102 Equipes	75%	13	54	362.120 pessoas	102.935 famílias
2006	102 Equipes	76%	14	54	363.765 pessoas	103.617 famílias

O Programa Saúde da Família em Londrina provocou significativas mudanças no modelo de atenção à saúde, tanto em aspectos quantitativos, no que refere a recursos humanos e estrutura física da rede de atenção básica, quanto em aspectos ligados à configuração na qualidade do atendimento oferecido.

Desde a sua implantação consideramos o Programa Saúde da Família menos como um programa, mais como uma estratégia que pudesse reorganizar a atenção básica no município, na qual procurou se preservar os aspectos positivos do modelo vigente e incorporar novas práticas sanitárias visando superar problemas crônicos como a baixa resolutividade, grupos de risco sem acesso aos serviços, falta de priorização dos problemas enfrentados, evidenciados pela demanda reprimida e reclamações freqüentes.

Na avaliação desse processo é possível constatar avanços nos modelos de gestão e de atenção. Podemos comemorar impacto positivo em alguns indicadores, sendo o mais expressivo, a mortalidade infantil que, em 2004 atingiu 8,9/1.000 nascidos vivos e diversas premiações recebidas em projetos e ações desenvolvidas. Os próximos desafios a serem alcançados incluem a reorganização do processo de trabalho e a consolidação de um modelo de saúde que incorpore de forma mais efetiva a integralidade e a equidade no cuidado às pessoas.

Para isso é fundamental a superação definitiva da fragmentação e segmentação do cuidado na atenção à saúde, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão dos trabalhadores ao modelo caracterizado pelo acolhimento, vínculo /responsabilização e autonomização.

A transformação do modo de fazer saúde se dará quando cada profissional mudar sua prática no dia a dia, redirecionando seu trabalho para o atendimento das necessidades de saúde,

buscando a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços, entendida como “rede de cuidado progressivo à saúde” incorporando o princípio da integralidade onde não há dicotomia entre ações e serviços da rede única do SUS.

Neste sentido, a construção de novas formas de atenção à saúde traz, entre outras questões, a de recursos humanos. A inexistência de profissionais com o perfil exigido para atuar nas Equipes de Saúde da Família e os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde, vêm redefinindo de forma dinâmica, as necessidades de requalificação do trabalhador em saúde. Nessa perspectiva o Projeto da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e o de Residência Multiprofissional, fazem parte de um eixo estruturante que tem a integralidade e equidade na atenção à saúde como princípios gerais e o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) como elemento fundamental da proposta.

5.2 Programa Respira Londrina

Por se tratar de doença de alta prevalência na sociedade, com aumento da incidência e associação direta à industrialização, a asma é considerada um problema de relevância pública e deve, assim, ser manejada pelos sistemas de saúde em todos os níveis, principalmente o primário. A asma é a 5ª causa de hospitalização pelo SUS (2,8% do total) e a 3ª causa entre crianças e adolescentes.

O programa tem sua base na educação permanente para o profissional de saúde, na busca ativa dos pacientes, no tratamento mais humanizado, na facilidade de acesso do usuário ao serviço, na medicação gratuita, nas visitas domiciliares para controle ambiental e acompanhamento multiprofissional, além de promover a integração dos vários níveis de atenção à saúde. Na UBS, os asmáticos e familiares recebem educação e orientação quanto à evolução da doença, aprendem medidas para controlar os sintomas e sinais de gravidade.

O programa atende lactentes sibilantes e asmáticos sem limite superior de idade. Os pacientes com diagnóstico de asma intermitente, persistente leve e moderada são acompanhados na própria unidade de saúde e, em caso de dúvida diagnóstica, asma grave ou de difícil controle, os médicos do PSF encaminham os pacientes para uma interconsulta na Policlínica Municipal, que dispõe de pneumologista, espirometria e fisioterapia, para acompanhamento dos casos.

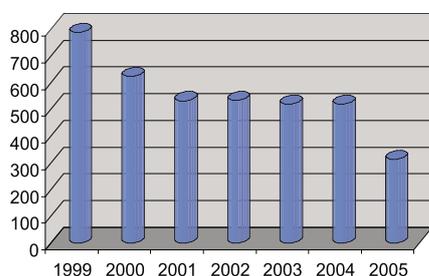
O Programa de atenção ao lactente chiador foi implantado inicialmente em unidades piloto. Esta ação requereu a capacitação dos pediatras e de outros membros da equipe. Conta com a participação especial dos fisioterapeutas, que realizam atendimento para drenagem de secreções e orientação às mães sobre os cuidados junto à criança.

São utilizados os seguintes medicamentos: Beclometasona spray e pó inalatório, Budesonida e Salbutamol spray. Esses medicamentos são de responsabilidade do Min. da Saúde e Prefeitura.

Os resultados indicam a redução das internações por crise asmática do período de 2004 -2005, em relação a 2002-2003, de 33%; redução da fila de espera para atendimento com especialista e a satisfação dos pacientes, com relatos de melhora na qualidade de vida.

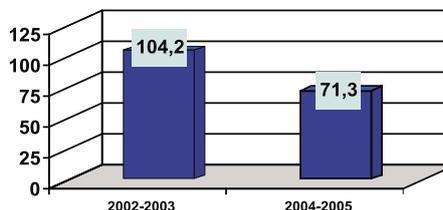
O Programa foi premiado em Brasília, na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família - Junho/2004.

Internações por Asma no Município de Londrina 1997-2005



Fonte: Datasus – Ministério da Saúde (2.005)

Nº internações/ 100.000 hab



Aplicado teste de Poisson ($p = 0,0000$)

5.3 Programa Municipal de Fitoterapia

O Programa Municipal de Fitoterapia de Londrina tem como objetivo a implantação de tratamentos fitoterápicos nas Unidades de Saúde da Família de Londrina, levando à população e equipes de saúde, mais uma modalidade terapêutica, com eficácia comprovada e menor incidência de efeitos colaterais, assim como contribuir para o desenvolvimento da Fitoterapia como ciência.

“Conhecer para poder ensinar”. Um dos pilares do programa é a educação permanente em saúde, visando uma ampliação e sistematização do conhecimento existente em fitoterapia para toda a equipe e comunidade, capacitando o maior número de pessoas para o seu uso correto, reconhecendo as principais espécies utilizadas em nossa região, suas indicações, contra-indicações, formas adequadas de preparo e possíveis efeitos colaterais.

A fitoterapia, como toda forma de ciência, tem-se mostrado dinâmica e evolutiva, apesar de seus milênios de existência e, associada a “novas ou velhas” modalidades terapêuticas, certamente contribuirá para um modelo de atenção à saúde mais humano, com respeito pelo indivíduo e acessível a todos.

O Programa foi lançado em agosto de 2003, com a apresentação pública de suas diretrizes e a realização de treinamentos para os profissionais enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas de 13 Unidades de Saúde de zona rural e uma de zona urbana (Eldorado).

Em janeiro de 2004 iniciou-se a distribuição dos fitofármacos, produtos industrializados adquiridos através de licitação pública, sendo eles: Própolis gel, Espinheira Santa, Ginkgo biloba, Isoflavona, Xarope de Guaco, Malva, Pfaffia, Sene, Valeriana. Para cada produto fitoterápico, inclusive os de uso popular, existem graus variáveis de evidências científicas. Dentro do programa, priorizamos o princípio Hipocrático: “primun non nocere”, e apenas utilizamos produtos com evidências de apresentarem pouco ou nenhum efeito colateral, e produtos que tenham as melhores evidências encontradas na literatura disponível.

Fazem parte do Programa palestras sobre o uso doméstico de fitoterápicos, uso correto de plantas medicinais e de auto-cuidado com a saúde.

Durante o ano de 2004, o número de fitofármacos disponíveis para prescrição médica e odontológica passou de seis para 19, sendo adquiridos, a partir de novembro, de farmácia de manipulação, o que reduziu o custo e permitiu a ampliação do número de fitofármacos. Em julho

de 2004 foi feita a primeira revisão do protocolo de fitoterapia e em novembro foi elaborado boletim informativo sobre os produtos disponibilizados.

Até o presente momento, não foi registrado nenhum efeito colateral significativo com o uso de fitoterápicos.

O número progressivo de prescrições médicas, demonstra que a fitoterapia está mais presente do que nunca no receituário médico, o que certamente comprova sua eficácia e aceitação por parte da população. De janeiro a junho de 2006 foram registradas 10.428 (dez mil, quatrocentos e vinte e oito) prescrições de fitoterápicos. O custo médio mensal até o presente momento é de R\$7.000,00 (sete mil reais). A partir de janeiro de 2006, foi revisada a lista e foram padronizados os seguintes itens:

Propolis gel	Espinheira santa	Ginkgo Biloba	Arnica	Funcho	Valeriana	Tansagem
Malva	Isoflavona de soja	Quebra-pedra	Papaína	Capim-limão	Fucus	Passiflora
Pfaffia	Xarope de Guaco (diet e normal)		Confrei	Hipérico	Associação de fucus + valeriana + cavalinha	
Sene	Calêndula (loção)	Castanha da Índia	Cavalinha	Camomila		
Alho	Chás: guaco, funcho, cavalinha, camomila, quebra-pedra e capim-limão.					

5.4 Programa de controle da Hipertensão e Diabetes

Os principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares são Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HÁ). A estimativa do Ministério da Saúde para indicadores de saúde aponta a ocorrência de Diabetes Mellitus em 7,6 % da população adulta acima de 40 anos e de 22% da população acima de 18 anos para a Hipertensão Arterial.

A implantação dos programas de atendimento integral aos pacientes Diabéticos e Hipertensos, vem alcançando melhores índices de cobertura. Através do programa de Saúde da Família, via realização de grupos, palestras, aulas explicativas de tratamento, monitoramento, detecção precoce, realização de exames laboratoriais de acompanhamento da doença, consultas médicas e enfermagem, fornecimento de medicamentos previstos no protocolo e na Lei Nº 9.223 de 2003 que prevê fornecimento de fitas reagentes e aparelhos para pacientes portadores de Diabetes Mellitus, para uso domiciliar.

No ano de 2005 obteve-se um total de 33.872 pacientes cadastrados no programa de Controle de Hipertensão numa população prevista de 79.344 pacientes potenciais. No programa Diabetes Mellitus estão cadastrados 8.778 pacientes de uma população potencial de 14.160 pacientes.

São fornecidos os seguintes itens: Captopril 25 mg, Enalapril 5 mg, Enalapril 20 mg, Glibenclamida 5 mg, Hidroclortiazida 25 mg, Metformina 850 mg, Metildopa 500mg, Nifedipina 20 mg e Propanolol 40 mg.

A Insulina NPH e Regular embora dispensada pela Secretaria Municipal de Saúde, é oriunda da Secretaria Estadual de Saúde. O estoque é ajustado de acordo com as demandas específicas de cada Unidade de Saúde.

5.5 Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco

A atenção integral à saúde das gestantes e das puérperas é a melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, natimortalidades, óbitos neonatais e seqüelas de intercorrências

ocorridas no ciclo grávido – puerperal. Em vista desta verdade desde agosto/ 2002 a Autarquia Municipal de Saúde (AMS) vem procurando organizar a assistência ao Pré-natal e ao puerpério nas unidades de saúde, através da estratégia de Saúde da Família. Desta forma foi elaborado pela Comissão de Pré-natal de Baixo Risco um projeto de reestruturação da assistência, tendo 4 frentes de ação:

- :: Elaboração do protocolo clínico de Atenção Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera com vistas a sistematizar o atendimento na rede básica de saúde de Londrina (em fase final de impressão);
- :: Oficinas de sensibilização para o resgate do papel do profissional enfermeiro no pré-natal, bem como demais membros da equipe de saúde;
- :: Capacitação teórico e prática para médicos e enfermeiras do Programa Saúde da Família (PSF)
- :: Implementação de exames de pesquisa de doenças infecto-contagiosa (HIV, sífilis, toxoplasmose) também no 3º trimestre de gestação, bem como sistematização e fornecimento da medicação para tratamento das infecções do trato urinário em gestantes e de toxoplasmose gestacional.

5.6 Programa de Prevenção e Controle ao Câncer Ginecológico

A coleta é realizada tanto por médicos, como por enfermeiras e auxiliares de enfermagem treinadas. O serviço conta com 56 locais de coleta, sendo 52 nas Unidades de Saúde da Família (9 na região leste, 7 na oeste, 9 na norte, 9 na sul, 6 na centro e 12 na rural). Os demais são em instituições vinculadas ao serviço municipal de saúde que também prestam este atendimento: Ambulatório Alto da Colina, CIDI (Centro Integrado de Doenças Infecto-Contagiosas), CRAAL (Centro de Referência de Atendimento a Adolescentes de Londrina) e Paróquia Coração de Maria.

O serviço de referência secundária para as clientes com resultados de citologia alterados, funciona no CISMENPAR onde são realizadas colposcopias e cirurgia de alta frequência, quando há necessidade.

A referência terciária está sob responsabilidade do Instituto de Câncer de Londrina.

No ano de 2005, foram realizadas em unidades vinculadas ao Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 32.500 coletas de exames de citologia oncológica. Destas, 8.315 foram realizadas por Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da região norte, 7.794 da região sul, 4.107 da região leste, 5.959 da região oeste, 3.261 da região centro, 2.132 da região rural e 932 pelas outras entidades já mencionadas.

5.7 Programa de Planejamento Familiar

O Programa dentro da atenção básica visa oferecer ao casal assistência à concepção através de orientações no campo da sexualidade e do correto reconhecimento do período fértil orientações sobre o pré-natal/puerpério e sobre os métodos contraceptivos temporários e definitivos. Na rede básica (53 unidades de saúde) são ofertados os métodos temporários (DIU, anticoncepcional oral e injetável (mensal e trimestral), preservativo (condom masculino e feminino). Já os métodos contraceptivos definitivos (laqueadura tubária e vasectomia) são ofertados no CISMENPAR e a

partir de junho de 2006 no Ambulatório do Hospital de Clínicas, com atendimento mensal de 20 casais. A porta de entrada para os Programas são as Unidades Básicas de Saúde.

Em ambos os serviços, o casal é atendido em grupos (ação educativa) e depois individualmente pelas áreas de enfermagem, serviço social, psicologia e medicina. No CISMENPAR são atendidos em média 240 casais mês. São 02 ações educativas por semana com média de 30 casais cada. São em média realizadas 180 vasectomias mês no CISMENPAR e 20 no Hospital Zona Norte. Quanto às laqueaduras estas são realizadas nos Hospitais Zona Norte e Zona Sul. Será realizado um mutirão nos meses de setembro e outubro/ 2006, com atendimento em média de 500 casais, inclusive no horário de contraturno para redução da fila de espera que, para a cirurgia de laqueadura eletiva está em torno de 2 anos.

Resumo dos procedimentos cirúrgicos definitivos de Planejamento Familiar realizados em 2005

Procedimento	Local	HZS	HZN	HU	AHC	CISMENPAR	MM	Total
	Vasectomia	-	127	1	23	483	-	634
Laqueadura	182	24	103	-	-	205	514	

Fonte: Relatórios do CISMENPAR, HU/HC e Maternidade Municipal

O total de métodos fornecidos no ano de 2005 pelas Unidades de Saúde foi de: 58.321 anticoncepcionais orais, 179.378 condons masculinos, 4.109 condons femininos, 2.758 anticoncepcionais injetáveis trimestrais e 2.570 anticoncepcionais injetáveis mensais. Além desses, foram inseridos 154 DIUs.

Relatório de Planejamento Familiar - 2005 - Londrina

Número de Pacientes Atendidas

Método / Mês		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Noretestisterona	Novos	268	299	172	176	243	182	273	380	308	346	414	3147	
		< 20	105	103	56	52	97	61	119	98	123	148	1084	
	Subs	18	22	11	12	29	19	68	240	21	348	399	1195	
		< 20	4	8	2	4	4	4	15	80	12	127	142	402
Etin.+lev. (Monofásico)	Novos	2390	2620	1967	691	210	70	1625	1758	2365	1168	1324	16270	
		< 20	641	653	475	196	59	36	339	422	374	453	4333	
	Subs	631	620	150	67	65	16	407	2262	617	2287	2556	9699	
		< 20	131	165	54	14	11	6	82	428	135	505	576	2109
Etin.+lev. (Trifásico)	Novos	664	781	640	604	987	516	1048	1030	309	817	899	9019	
		< 20	170	171	168	144	250	120	330	334	280	322	2563	
	Subs	155	175	65	126	195	114	942	2053	51	1324	1436	6751	
		< 20	31	20	18	30	63	14	214	525	10	377	412	1749
Condom Masc.	Novos	1797	1915	1337	1213	1566	552	1526	1775	1661	201	229	14013	
		< 20	436	474	354	240	346	106	293	357	407	43	50	3142
	Subs	370	442	192	151	262	72	378	613	305	61	74	2938	
		< 20	78	135	44	59	64	11	58	99	57	11	12	628
DIU	Novos	18	34	16	4	6	2	4	4	13	5	15	125	
		< 20	2	5	4	0	0	0	0	1	0	1	13	
	Subs	2	6	2	0	0	0	0	0	0	1	1	12	
		< 20	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	4	
Medroxiprogesterona 150 mg	Novos	117	114	84	43	27	8	199	322	68	320	335	1697	
		< 20	35	46	31	19	17	14	54	101	104	105	561	
	Subs	4	6	0	0	0	0	8	20	0	150	197	385	
		< 20	2	0	0	0	0	2	2	0	45	62	115	
Condom Fem.	Novos	124	205	106	122	232	249	397	583	267	180	204	2873	
		< 20	31	51	12	26	38	60	80	147	41	44	659	
	Subs	10	28	40	0	32	25	91	121	7	51	59	491	
		< 20	0	10	0	0	6	0	15	15	13	16	86	
Estradiol+etisterona (mensal)	Novos	49	105	67	35	78	85	125	124	43	119	38	966	
		< 20	17	28	16	13	23	28	35	14	33	174	441	
	Subs	0	26	6	8	9	16	102	219	4	154	51	608	
		< 20	0	29	0	4	6	2	66	2	46	367	555	
Total		8300	9296	6091	4053	4925	2390	8832	14234	7598	9654	11115	88633	

5.7 Programa de Combate ao Tabagismo

O tabaco, além de causar sérios problemas para a saúde pública, para o desenvolvimento social trazendo efeitos perniciosos à população, contribui também com a pobreza no mundo. Por estas razões, faz-se urgente a necessidade do seu controle. Frente a esta situação foram desenvolvidas campanhas em datas pontuais para alertar a população sobre os malefícios causados pelo tabaco e as vantagens ao cessar o hábito de fumar. O primeiro ambulatório para tratamento do fumante foi implantado no Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI) desenvolvido pela equipe de profissionais da 17ª Regional de Saúde de Londrina, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e INCA /MS.

Até 2005 foram realizados 1836 atendimentos aos fumantes, 1116 participaram do tratamento, destes 30% desistiram e 40% deixaram de fumar até 2005. De janeiro a abril 2006 dos 111 pacientes tratados neste ambulatório 75% deixaram de fumar, sendo justificado o excelente resultado pela introdução do medicamento de reposição de nicotina pelo Ministério da Saúde. Os resultados atingidos pelo ambulatório do CIDI Londrina contribuíram com a implantação de doze ambulatórios na nossa região, sendo seis em Londrina nas Unidades Básicas do Cafezal, Ouro Branco, Vila Nova, Vila Casoni e Policlínica. Até dezembro de 2006 pretende-se ampliar para vinte ambulatórios em Londrina. As equipes já estão capacitadas e passaram pela fase de implantação.

5.8 Programa Tempo de Aprender

O Programa Tempo de Aprender nasceu com o objetivo de avaliar, diagnosticar e orientar crianças com distúrbio do aprendizado através de equipe multidisciplinar e propor acompanhamento pedagógico adequado assim como terapêutica específica quando necessário. Esta temática vem despertando interesse de vários profissionais uma vez que o sucesso do indivíduo na sociedade está inteiramente ligado a sua capacidade de aprender.

O distúrbio do aprendizado apresenta muitas etiologias, sendo problemas físicos gerais (desnutrição, doenças crônicas), problemas neurológicos (perturbações sensoperceptivas, disagnosias, dispraxias, dislexias) e problemas psicológicos (conflitos da criança, da comunidade familiar) com decorrente multiplicidade de abordagens e que só a partir do trabalho em equipe, com visão global do problema, pode impedir que o manejo inadequado, as exigências excessivas, a superproteção ou o rechaço à criança agravem os problemas de conduta escolar, resultando em reprovações repetidas que conduzem à marginalização do menor e à delinqüência juvenil, além de maiores custos para o Município e o Estado como merenda escolar, aumento do quadro de professores entre outros.

O Programa é de iniciativa municipal e vem atendendo a demanda de alunos da Rede Municipal de ensino de 1ª a 4ª série do ensino fundamental, na faixa etária de 6 a 14 anos, encaminhados pelos professores das respectivas escolas.

O fluxo de encaminhamento inicia-se com a identificação na escola dos alunos com dificuldade de aprendizagem. É feita avaliação psicopedagógica e neurológica sendo, então indicados os encaminhamentos. Essas crianças recebem acompanhamento multidisciplinar periódico.

O programa conta com 5 Psicólogas e 12 Psicopedagogas da Secretaria da Educação e Neuropediatra da Secretaria da Saúde. Desde sua implantação, o programa já atendeu 640 alunos, e atualmente acompanha 272 alunos dos quais 169 fazem uso medicamentoso, sendo 103 em uso de Ritalina. Os resultados alcançados indicam redução de reprovação e melhora na conduta apontada em avaliação posterior de pais e professores.

5.9 Programa Municipal de Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que são realizadas de forma sistêmica, articulada e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social com objetivo de facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover o uso racional de medicamentos.

A partir do estabelecimento das competências dos três níveis de governo na assistência farmacêutica, o nível local recebeu uma série de responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas e gerenciais. A estrutura de trabalho envolve atividades diversas priorizando a atenção básica.

Os programas prioritários são: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Controle das Diabetes, Controle da Tuberculose, Eliminação de Hanseníase, DST/AIDS, Saúde Bucal, Programa Respira Londrina e Especiais (Toxoplasmose, ITU em Gestantes, Fitoterápicos).

A Secretaria de Saúde de Londrina instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica em 2001, constituída por equipe multidisciplinar, incluindo médicos, farmacêuticos, enfermeiros e assistente social, com caráter consultivo e técnico, que tem por objetivo assessorar a equipe gestora na formulação e implementação das políticas relacionadas com a seleção, programação, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos. As reuniões são quinzenais, e todas as atividades são documentadas e arquivadas em pastas específicas e as ações normativas estão embasadas em legislações sanitárias. A Comissão tem por funções a elaboração e atualização do formulário terapêutico, suas instruções e normas para aplicação, fixação de critérios para obtenção e fluxo de medicamentos não selecionados para uso regular, validação de protocolos de tratamento, investigação da utilização de medicamentos, fomentar atividades de educação permanente em terapêutica e uso racional de medicamentos e propor políticas de dispensação.

5.9.1 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

A padronização de medicamentos é elaborada por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) das gerências solicitantes, baseada em evidências clínicas, diretrizes terapêuticas, eficácia, segurança, boa resolutividade e adequada a real necessidade da população alvo. Posteriormente a Comissão de Farmácia e Terapêutica analisa e encaminha para parecer final e anuência do Secretário Municipal de Saúde.

As revisões das listas ocorrem anualmente e visam uma seleção racional de medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficiência administrativa e financeira, ganhos terapêuticos, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e utilização de fármacos.

5.9.2 PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O processo de programação é descentralizado e ascendente para as Gerências: Maternidade Municipal, SAMU, CIDI, SID, CAPS e Apoio Social. Inicia-se nas unidades de atendimento, que remetem suas previsões de consumo à CENTROFARMA. A programação/quantidade de medicamento para as unidades básicas de saúde baseia-se na série histórica.

A planilha de pedidos é feita através da análise do consumo histórico e cálculo de consumo médio mensal de cada item, levando-se em consideração a área física de armazenamento, posição atual do estoque, disponibilidades orçamentárias e financeiras, variações sazonais, protocolos de

tratamento e outros indicadores. E quanto ao processo de licitação, são elaboradas solicitações de compra (sistema AGORA), para cada Gerência, devidamente justificada e assinada pelo gerente responsável, com dotações orçamentárias específicas e de acordo com Portaria Interna nº013/2005, que regulamenta as datas dos pedidos de materiais.

5.9.3 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os critérios de aquisição seguem a Lei nº 8.666/93, ficando sob a responsabilidade da Comissão de Licitações, constituída por profissionais habilitados dentre os quais um farmacêutico. No processo de compra são feitas todas especificações técnicas referentes a qualidade do produto buscando garantir segurança e confiabilidade, além de suprir em termos de quantidade e qualidade de ao menor custo promovendo uma terapêutica racional.

5.9.4 ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO

O armazenamento e a conservação dos medicamentos são atribuições e responsabilidades da CENTROFARMA – Almoxarifado Central, supervisionada por profissional habilitado a fim de manter os medicamentos em bom estado de conservação.

O prédio da CENTROFARMA possui cerca de 900m², com capacidade para armazenar estoque de medicamentos e material médico-hospitalar para 6 meses. Possui áreas adequadas e diferenciadas para o setor administrativo, recebimento, armazenamento, separação e expedição dos medicamentos, além de área específica para produtos em observação ou aguardando troca.

A estocagem é feita em prateleiras de alumínio, disponibilizadas de forma racional, possibilitando melhor fluxo e organização.

Foram repassadas orientações às Unidades Básicas de Saúde, quanto ao armazenamento dos medicamentos, as quais estavam contempladas no plano de reestruturação das UBS, elaborado pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica como: identificação e ordenação dos produtos, prazo de validade, distâncias de prateleiras e paredes, teto, chão, temperatura, abrigo da luz e ventilação, cuidados no transporte. Os medicamentos sujeitos à controle especial (Port. 344) deverão ficar em armários com chaves sob a responsabilidade do funcionário da farmácia, assim como o controle rigoroso dos medicamentos de alto custo. Os medicamentos danificados, vencidos ou com irregularidades são agregados fora da área de estoque, dispensação e aplicação, devendo ser identificados e devolvidos à CENTROFARMA, segundo o POP de devolução. Saneantes, domissanitários e demais produtos de limpeza devem estar em local específico, separados do material médico hospitalar e medicamentos.

A distribuição é feita mensalmente seguindo um cronograma estipulado pela CENTROFARMA. As solicitações são encaminhadas à CENTROFARMA, que processa e analisa os dados atendendo de acordo com a disponibilidade de estoque.

Está em fase de implantação um Programa de Controle de Estoque que permite rastrear lotes, prazo de validade e emissão de relatórios por Centro de Custos.

A periodicidade, na qual os medicamentos são distribuídos às unidades, varia em função da programação, capacidade de armazenamento dessas unidades, magnitude da demanda no nível local, tempo de aquisição, disponibilidade de transporte e de recursos humanos;

A reposição automática é prevista para os itens que estão incluídos no sistema informatizado com possibilidade de detecção do ponto de ressuprimento como no caso dos medicamentos do programa de hipertensão, métodos anticoncepcionais e outros.

5.9.5 DISPENSAÇÃO

É realizada no serviço sob a responsabilidade de cada gerência ou coordenação.

5.9.6 CONTROLE E AVALIAÇÃO

Periodicamente é realizado pelo Farmacêutico o serviço de auto inspeção e orientações gerais sobre as boas práticas de armazenamento, estocagem na Centrofarma e distribuição de medicamentos às Unidade Básicas de Saúde.

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

5.10 Programa de Terapia Comunitária

Terapia comunitária é um espaço acolhedor para troca de saberes e experiências. O grupo se reúne em roda, olho no olho, para partilhar sofrimentos, contar suas dores, dividir angústias e encontrar soluções em conjunto. Após a fase de alívio de angústias, o segundo passo é a participação popular e organização comunitária. Os novos desafios da realidade brasileira como migração, desemprego, conflitos no campo e nas cidades, estresse, exigem novas abordagens, novos modelos que nos permitam prevenir a doença mental e tratá-la com o apoio de seu contexto familiar e comunitário. É preciso integrar os valores e potencialidades da cultura local, como um dos elementos fundamentais na promoção da saúde do indivíduo, da família e da coletividade. A utilização do “saber fruto da vivência” de cada um, precisa ser despertado, trabalhado para que este saber torne-se um instrumento fundamental na formação de especialistas na área de saúde mental comunitária. Tem sido constatado que os efeitos do contexto desagregador das gerações familiares pelas condições sócio-econômicas agravadas pelos movimentos migratórios que provocam não apenas a pobreza econômica, mas uma pobreza cultural dos laços sociais, da capacidade de organização e sobretudo de uma pobreza da imagem de si, que muitas vezes culmina com a perda da própria identidade. Neste contexto profundamente diferente, onde falta emprego, habitação, a nova vida social e política e as atividades econômicas funcionam como elementos que agridem a unidade familiar e atingem as identidades pessoais, provocando desagregações, desajustes, violências, abandono de idosos e deficiências mentais.

Nestas condições, os recursos institucionais disponíveis e acessíveis, além de serem insuficientes, são de difíceis acesso, agravando o quadro de abandono e sofrimento.

Estas comunidades periféricas, esquecem muitas vezes que possuem todo um potencial armazenado que mobilizado e explorado, poderiam se transformar numa força motriz capaz de promover as transformações necessárias para que o homem resgate sua cidadania e sua dignidade humana. Esta formação busca possibilitar a diminuição das tensões sociais e o estresse de indivíduos, além de promover o desenvolvimento das comunidades e ampliação da confiança do povo na sua capacidade transformadora da realidade familiar e comunitária.

A TC tem sido estudada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de atenção básica de humanização a ser incorporada no SUS. Em Londrina foram formados 50 técnicos no ano de 2003, sendo 16 pela Saúde. Em 2006 mais 50 estão concluindo a formação sendo 29 pela Saúde. Estes profissionais já realizaram mais de 120 mil atendimentos.

Em 2005 Londrina, se tornou o primeiro Pólo Formador em TC a iniciar uma formação em parceria com a SENAD, MISMEC- Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e Universidade Federal do Ceara com o objetivo de utilizar esta ferramenta também no trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

Atualmente estão em atividade 35 grupos de Terapia Comunitária com Terapeutas Comunitários da Secretaria de Saúde, Assistência Social, lideranças comunitárias e instituições que trabalham com Álcool e outras drogas.

5.10.1 OBJETIVOS

- :: desenvolver atividades de prevenção, cura e inserção social de indivíduos em sofrimento psíquico; prevenir a violência doméstica, o abandono social, a depressão coletiva, o sofrimento do deficiente mental; ampliar a confiança do povo na sua capacidade transformadora e resolutiva de seus próprios conflitos;
- :: Ampliar a rede de multiplicadores de programas de prevenção na área de saúde da família e da comunidade.
- :: favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenir combater as situações de violência e desintegração dos indivíduos, através da restauração dos laços sociais e buscar a superação da cultura de ajuda;
- :: Articular a comunicação dos diversos saberes (medicina popular e científica)
- :: mobilizar os recursos das redes sociais e suscitar uma co-participação efetiva na resolução das crises e conflitos e na promoção da saúde coletiva
- :: realizar diagnóstico da cidade para mapeamento da situação psíquica interativa das comunidades;
- :: promover a articulação dos serviços públicos nas diversas áreas de atendimento; e ampliar a perspectiva de humanização e a construção coletiva no enfrentamento a pobreza.

5.10.2 AVANÇOS

- :: reforço dos valores culturais e universais, valorizando as potencialidades, resgatando a auto-estima e conseqüentemente a fé em si mesmo.
- :: fortalecimento dos vínculos afetivos entre as pessoas da comunidade.
- :: relatos de agradecimento, cura e crescimento pessoal.
- :: os profissionais afirmam que as pessoas estão menos agitadas no cotidiano dos atendimentos.
- :: maior desenvoltura para falar no grupo e mais segurança nas argumentações dos participantes,
- :: Aproximação entre a comunidade e a rede de serviços e maior agilidade nos diversos e encaminhamentos para a rede de serviços.
- :: Diminuição do estresse no cotidiano do trabalho e na família e diminuição dos conflitos familiares
- :: Diminuição do uso de medicação antidepressiva, e doenças psicossomáticas.
- :: Melhora na qualidade de vida da comunidade.
- :: A comunidade fica mais atuante e mais organizada.

A atual administração, ao trazer a formação em Terapia Comunitária busca, aprimorar tecnicamente seus funcionários para ampliarem sua visão humanística, interativa e sistêmica da sociedade, dos indivíduos e de suas organizações, e melhorar a qualidade dos serviços já desenvolvidos.

Objetiva ainda promover uma reflexão sobre suas ações, buscando uma prática participativa e integrada na construção de redes sociais. A Terapia Comunitária tem contribuído para isso com a formação de novos grupos na comunidade, utilizando e valorizando os recursos locais, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e realizando uma ação intersetorial.

5.11 Programa Municipal de Controle das DST/AIDS

O Programa Municipal de DST/aids tem como objetivo controlar as Doenças Sexualmente Transmissíveis e o HIV/Aids, através de ações de prevenção, assistência às Pessoas Vivendo com DST – HIV/ Aids de Londrina, em parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC/Aids). O instrumento de gestão 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.

Existem quatro serviços que atendem às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA): o ambulatório do Centro Integrado de Doenças Infeciosas /AMS (CIDI), o Serviço de Internação Domiciliar /AMS, o ambulatório do Hospital das Clínicas / UEL e o setor de moléstias infecciosas do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná /UEL.

No CIDI, ainda existe o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento e diagnóstico de HIV / aids e de hepatites B e C, de forma sigilosa. Além do CTA, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) também realizam o aconselhamento das DST/HIV/Aids e a coleta do exame de HIV, para as gestantes e a população em geral.

A COMUNIAIDS é uma comissão técnica do Conselho Municipal de Saúde, instância efetiva de controle social das ações de DST/AIDS desenvolvidas no município de Londrina, cujos membros são os gestores do PAM-DST/Aids e do PE- DST/Aids / 17ª Regional de Saúde, profissionais de saúde do HU/HC e da Universidade Estadual de Londrina, da Irmandade Santa Casa e do Hospital Evangélico de Londrina, do ADT e do Ambulatório de DST/aids do CIDI, conselheiros regionais de saúde, membros da Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids (ALIA), membros do Núcleo Londrinense de Redução de Danos, membros da Casa de Maria / Casa de Apoio às PVHA, membros da Comissão de Saúde da Penitenciária Estadual de Londrina, e ponto focal da Rede Nacional de Pessoas Soropositivas (RNP+/ PR).

5.12 Programa de Fisioterapia

A atenção fisioterápica no PSF em Londrina é dada tanto através do manejo e tratamento individual de pacientes, como com a formação de grupos para uma maior abrangência, e com orientação da população alvo, através de ações educativas.

O atendimento de fisioterapia foi iniciado com cinco fisioterapeutas em 2003 e atualmente contamos com oito fisioterapeutas para atendimento à rede básica e tem como objetivos principais a melhoria da qualidade de vida da população usuária do serviço municipal de saúde. São desenvolvidos atendimentos terapêuticos e também ações preventivas e educativas com a equipe multiprofissional da unidade. A implementação de programas mais abrangentes de intervenção fisioterápica alcancem maior número de indivíduos, dentro da realidade atual do serviço e atende uma parcela da população que não dispõe de condições de realizar tratamento fisioterápico prescrito e necessário, seja pela falta de vagas em ambulatórios, seja pela falta de transporte para o acesso aos mesmos.

A Fisioterapia atua em junto às equipes de PSF, realizando atividades físicas e educativas com grupos de terceira idade, hipertensos, diabéticos e asmáticos adultos com reeducação respiratória,

visita domiciliar de pacientes acamados ou com outras demandas, passíveis de resolução ou apoio domiciliar, tratamento individual do lactente chiador e criança asmática e apoio na realização de trabalho multiprofissional com outros grupos, como gestantes, por exemplo.

5.13 Policlínica Municipal “Ana Ito”

A Policlínica foi implantada em abril de 2004, como referência secundária, integrada a rede básica, que oferece suporte as equipes de PSF, auxiliar no acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela atenção básica. Tem como principais objetivos:

- :: Oferecer suporte para os problemas mais prevalentes da rede básica, através da oferta de consultas especializadas e apoio diagnóstico e ações de educação permanente;
- :: Melhorar o acesso da população atendida nas Unidades Saúde da Família a algumas especialidades, diminuindo o tempo de espera e privilegiando o atendimento dos casos realmente mais graves e crônicos (os casos que realmente necessitam de uma avaliação especializada);
- :: Aumentar a resolutividade das equipes de Saúde da Família, auxiliando na construção de protocolos e na capacitação das equipes de saúde da família,
- :: Construir um relacionamento de parceria e complementaridade entre a equipe de saúde da Família e os especialistas, diferente da usualmente estabelecida;
- :: Apoiar o processo de educação permanente em saúde para a rede básica, através da participação dos processos de capacitação e facilitação de aprendizagem, além do desenvolvimento de metodologias e conteúdos afins;
- :: Desenvolver sistema de avaliação que sirva tanto para regulação e ajuste das atividades internas da Policlínica, bem como auxilie no acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela atenção básica.

PRINCIPAIS AÇÕES DESENVOLVIDAS

I. Oferta de consultas médicas nas especialidades de cardiologia, endocrinologia, reumatologia, pneumologia, neurologia e acupuntura. Os pacientes são encaminhados pelas equipes de Saúde da Família, através de agendamento informatizado. As agendas das especialidades são disponibilizadas mensalmente no sistema HYGIA que integra a rede básica, possibilitando o agendamento da consulta, imediatamente após a solicitação do médico da Unidade. Para melhorar a recepção e acolhimento do paciente são agendadas em média 3 a 4 consultas por hora, diminuindo o tempo de espera.

Todo o processo de trabalho na Policlínica está informatizado o que possibilita que as informações sejam disponibilizadas através do sistema Hygia que interliga todas as Unidades de Saúde, garantindo que a contra-referencia seja acessada pelos profissionais das equipes responsáveis para a continuidade do cuidado do paciente.

As consultas realizadas pelo especialista têm o caráter de uma interconsulta, ou seja, ela é necessária para que o Médico de Família receba uma orientação, acesse recursos propedêuticos para confirmação de diagnósticos, uma segunda opinião, ou em alguns casos como forma de reassegurar um paciente. Estas consultas devem ser por períodos curtos e se espera que o paciente retorne para acompanhamento com a Unidade de Saúde, com uma sugestão de plano terapêutico. Com isto busca-se garantir a continuidade de ações melhorando sobremaneira todo o Sistema de atenção à saúde.

São garantidos exames laboratoriais e propedêuticos através de serviços conveniados, sendo agendados diretamente na Policlínica. Dispomos de Eletrocardiograma e espirometria, como complementares a consulta, além de serviços de Nutrição e Fisioterapia como apoio às especialidades.

II. Ações de educação permanente. Estão em fase de definição algumas estratégias, como a formação de facilitadores entre os profissionais da Policlínica para atuar junto a rede básica nos processos de educação permanente, definição de protocolos dos agravos mais prevalentes, disponibilização de horários para sanar dúvidas dos profissionais via telefone e/ ou através de e-mails para contato com os profissionais da Policlínica e capacitação das equipes de PSF nas Unidades. Essas capacitações deveram atender as demandas detectadas, com metodologias a serem definidas, como discussão de casos clínicos, atualização técnica, etc, além de capacitação de médicos e mutirões nas áreas de cardiologia e endocrinologia, com agendamento de pacientes aos sábados, com atendimento do Clínico geral e discussão de caso com o especialista.

5.14 Programa de Redução de Internações Psiquiátricas com uso de medicação de depósito (DEPOT)

Conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério de Saúde, o Programa de Saúde Mental deve se pautar no conjunto de medidas que reduzam as internações psiquiátricas pela substituição por alternativas terapêuticas extra hospitalares e programas de prevenção e promoção de saúde mental e desinstitucionalização do paciente.

Tem-se referência de que até 73 % das internações psiquiátricas ocorrem pela não adesão ao tratamento ambulatorial. Outras causas são: primeiro surto psicótico, refratariedade, falha no seguimento ambulatorial, “internação social” e internação judicial.

O Programa DEPOT estabelece a substituição progressiva da medicação oral por medicação intramuscular de efeito prolongado (medicação DEPOT) tendo como objetivo a redução das internações, a redução das reagudizações psicóticas (surtos) e a manutenção do paciente em seu meio social sendo acompanhado pelo CAPS ou pela UBS.

Internações psiquiátricas de pacientes de Londrina em 1995, 2001 e 2005

Períodos	Causas				Total
	Álcool	Drogas	Psicóticos		
(I) : pré-caps	1995	240	23	1262	1525
(II) : depot-1	2001	556	95	1141	1792
(III) : depot-2	2005	432	155	766	1353

Fonte : DATASUS

Período I :	Antes da implantação do CAPS
Período II :	Limitação e períodos de desabastecimento de medicação de depósito
Período III:	Implantação oficial do Programa de Pac. Não Aderentes
	Regularização do fornecimento de medicação de depósito Redução de 39,3 % nas internações de pacientes psicóticos entre 1995 e 2005.

O índice de internação de pacientes psicóticos anterior ao Programa era de 1,5 internações/paciente/ano correspondendo a 12,5 % ao mês. Os dados do Programa mostram que de nov/04 a agosto/2006 eram atendidos em média 237,5 pacientes/mês. O total de internações previstas seria de 653, mas o total de internações efetivadas foi de 112 significando uma redução de 82,8 % nas internações dos pacientes assistidos pelo Programa.. Atualmente estão em acompanhamento 320 pacientes. Esses resultados justificam a ampliação da cobertura do Programa e o trabalho descentralizado no nível de UBS.

5.15. Programa de Saúde do Idoso

Existe uma grande demanda de pessoas idosas nas Unidades de Saúde, tanto em busca de consultas médicas por diversos motivos, bem como pacientes acamados ou com limitação de suas atividades diárias, com dificuldades que vão desde estrutura e dinâmica das famílias, problemas socioeconômicos e culturais, problemas que extrapolam a capacidade de resolução das equipes. No Programa Saúde da família, os idosos são considerados como um dos grupos prioritários e que devem ser acompanhados sistematicamente. As dificuldades enfrentadas pelas equipes vão desde o manejo do paciente no cuidado fisiológico até questões sociais, conflitos familiares, crenças, atitudes discriminatórias dos profissionais, entre outras.

A partir destas questões foi formado um grupo de trabalho com profissionais da rede básica e Policlínica, e outros setores como a Secretaria do Idoso com objetivo de estruturar algumas ações dentro de uma proposta de política pública que tenha como objetivo a melhoria da qualidade da assistência prestada ao idoso na atenção básica, buscando integralidade nas ações, através de ações multiprofissionais e intersetoriais que se conformem em redes locais servindo de apoio e suporte aos idosos e suas famílias.

Outra questão fundamental é o preparo dos profissionais que atuam nas equipes de PSF, para que os mesmos possam ter uma melhor compreensão do processo de envelhecimento, superando preconceitos e crenças, além de ampliar a capacidade de diagnóstico e de tratamento dos agravos mais comuns que ocorrem nos pacientes idosos. Nesta construção pretende-se a incorporação de outras disciplinas e profissões como a fisioterapia, a educação física, a psicologia e assistência social, entre outros e a estruturação de ambulatório de referência para os pacientes na Policlínica e apoio para as equipes de PSF.

Já foi desencadeada a capacitação de profissionais das equipes de Saúde da Família com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso, considerando-se aspectos físicos, funcionais, sociais e psicológicos. Esta capacitação é composta por cinco módulos, abrangendo em torno de 200 profissionais até o final do ano.

Também está proposto o diagnóstico da situação dos idosos nas diferentes regiões de Londrina, realizado pelos ACS nas micro-áreas, quanto ao número de idosos, presença de patologias crônicas, disposição em participar de grupos de atividade física, presença e característica de cuidador, e avaliação da capacidade funcional do idoso.

5.16 Integração serviço/academia

O serviço municipal de saúde de Londrina abriga diversas atividades relacionadas a ensino, principalmente nas Unidades básicas, como estágios curriculares e extracurriculares e internatos. Estão estabelecidas diversas parcerias com instituições de ensino superior,

principalmente nos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia e farmácia. Estes campos de estágio possibilitam que os serviços possam contribuir de maneira mais efetiva na formação de profissionais com perfil e práticas que contribuam para avanços no atendimento às necessidades da população. Com a Universidade Estadual de Londrina estão em desenvolvimento projetos como o PROMED e o PRÓ-SAUDE, o primeiro envolve o curso de medicina esta em fase de conclusão. O segundo, envolve os cursos de medicina e odontologia, com início previsto em 2006.

5.17 Centro de Especialidades Odontológicas - (C.E.O)

Londrina apresenta uma rede de clínicas odontológicas bem estruturada no atendimento infante-juvenil e para gestantes. Os resultados são comprovados através do último CPOD, em 2004, onde uma criança aos 12 anos apresenta menos de um dente permanente afetado pela cárie dental.

A partir de 2003, o Serviço Municipal de Saúde, implantou as Equipes de Saúde Bucal, no Programa Saúde da Família, onde foi contemplada a população adulta que era uma grande reivindicação da população londrinense, muito debatido nas Conferências Municipais de Saúde, inclusive na I Conferência Municipal de Saúde Bucal, realizada em 2003.

Para atenção integral aos usuários é previsto que 85% dos problemas bucais são solucionados pelo Cirurgião-Dentista Generalista. Para atendimento a referência das equipes básicas foi implantado o Centro de Especialidades Odontológicas em outubro de 2004.

O C.E.O. utiliza uma área com mais de 500m² e conta com 12 consultórios odontológicos, um centro cirúrgico, um anfiteatro para 50 pessoas, sala de radiologia, laboratório de prótese, sala de esterilização e laboratório para o heterocontrole de flúor na água de abastecimento. As especialidades ofertadas são: Pessoas com deficiências, Periodontia, Prótese Dentária, Cirurgia Odontológica, Diagnóstico Bucal, Endodontia e Radiologia. Destaca-se a grande procura por próteses dentárias (dentaduras e pontes móveis). Em 2005 foram entregues 1.940 próteses (dentaduras e pontes móveis) e realizados 34.869 procedimentos clínicos em 12.211 atendimentos.

VI. Pactuação para 2006/2007

O planejamento das ações a serem desenvolvidas em 2006/2007 dá seqüência às diretrizes do SUS em Londrina através da promoção da saúde e da qualidade de vida da população, implementando políticas que diretamente estão relacionadas à saúde através de ações integrais e intersetoriais de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular, levando em consideração o Plano Diretor, Plano Plurianual, orçamento anual e as normas, portarias e resoluções do SUS, propostas da Conferência Municipal de saúde sendo priorizadas as ações estabelecidas para alcance das metas pactuadas no Pacto da Atenção Básica e Pacto da Vigilância em Saúde para 2006.

No Plano Diretor do Município para os próximos 10 anos estão definidas como metas: Melhoria do modelo assistencial (expansão do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal, Implementação de equipe multiprofissional – núcleos de saúde integral, implantação de protocolos para assistência e ações de vigilância em saúde), Adequação da oferta de consultas/procedimentos especializados bem como cirurgias eletivas às necessidades de Londrina e região (implantação de policlínicas nas regiões leste, norte e sul), Regionalizar e hierarquizar a atenção à urgência e emergência (implantação de unidade de pronto atendimento na região leste), Organizar e implementar acesso a serviços hospitalares de média e alta complexidade e leitos de UTI, Ampliar e melhorar as instâncias de participação popular e controle social, Regionalizar e implementar ações de saúde mental (implantação de residência terapêutica, implementação de CAPS-AD). Deverão servir de apoio a construção de nova sede administrativa, modernização de sistema de informação e informática, renovação da frota de veículos, implementação da assistência farmacêutica, substituição dos prédios antigos das unidades de saúde por novas construções e implantação de central de lavanderia e de esterilização.

Na seqüência estão elencados os Pactos da Atenção Básica, a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde para 2006, além de apontamentos da Conferência Municipal de Saúde 2005.

6.1 Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Indicadores Portaria MS nº 493 de 13/02/2006	Meta Pactuada 2005	Resultado 2005	Meta Pactuada 2006
1. Taxa de mortalidade infantil (x 1.000)	≤ 10,0	10,29	≤ 10,0
2. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (x 100)	≤ 8,67	8,55	≤ 8,55
3. Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas (x 100)	≤ 3,0	1,39	≤ 1,39
4. Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade (x 1.000)	≤ 47,5	37,75	≤ 37,75
5. Taxa de mortalidade neonatal (x 1.000)*	≤ 7,5	6,71	≤ 6,71
6. Taxa de mortalidade materna (x 100.000)	≤ 29,0	43,27	≤ 29,0
7. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal (x 100)	≥ 96,0	97,37	≥ 97,0

Indicadores	Meta Pactuada 2005	Resultado 2005	Meta Pactuada 2006
8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (x 100)	100	100	100
9. Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	≥ 0,21	0,18	≥ 0,3
10. Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero (x 100.000)*	≤ 4,5	6,33	≤ 4,5
11. Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama (x 100.000)*	≤ 14,69	14,25	≤ 14,25
12. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (x 100)	≥ 86,0	88,20	≥ 88,2
13. Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) (x 10.000)	≤ 22,8	28,50	≤ 22,8
14. Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares (x 100.000)*	≤ 141,40	145,18	≤ 141,40
15. Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (x 10.000)	≤ 45,65	39,15	≤ 39,15
16. Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus (x 100)*	≤ 39,8	32,56	≤ 32,56
17. Proporção de internações por diabetes mellitus (x 100)	≤ 1,33	1,10	≤ 1,10
18. Proporção de abandono de tratamento da tuberculose (x 100)	≤ 10,54	8,27	≤ 8,27
19. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva (x 100.000)	≤ 13,2	14,54	≤ 13,2
20. Taxa de mortalidade por tuberculose (x 100.000)*	≤ 0,84	1,43	≤ 0,84
21. Proporção de abandono de tratamento da hanseníase (x 100)*	≤ 1,56	3,03	≤ 1,56
22. Taxa de detecção de casos novos de hanseníase (x 10.000)	≤ 1,35	1,30	≤ 1,30
23. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados (x 100)*	≥ 67,19	71,87	≥ 71,87
24. Taxa de prevalência da hanseníase (x 10.000)	≤ 1,0	1,25	≤ 1,0
25. Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico (x 100)*	≤ 41,67	39,0	≤ 39,0
26. Cobertura de primeira consulta odontológica (x 100)	≥ 19,59	19,95	≥ 19,95
27. Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos*.	≥ 0,08	0,08	≥ 0,08
28. Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais (x 100)*	≤ 3,28	1,95	≤ 1,95
29. Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF) (x 100)	≥ 74,0	74,16	≥ 74,16
30. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	≥ 2,0	2,03	≥ 2,03
31. Média mensal de visitas domiciliares por família.	≥ 0,7	0,58	≥ 0,7

* Indicadores que não constam da pactuação 2006.

Indicadores incluídos na pactuação 2006		Resultado 2005	Meta Pactuada 2006
1.	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade (x 1.000)	4,75	≤ 4,75
2.	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia (x 1.000)	2,01	≤ 2,01
3.	Proporção de partos cesáreos (x 100) **	56,24	≤ 56,24
4.	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados (x 100)	62,1	≤ 62,1
5.	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados (x 100)	53,07	≥ 53,07
6.	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (x 100)	2,16	≥ 2,16
7.	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	1,45	≥ 1,45
8.	Proporção de procedimentos especializados em relação às ações odontológicas individuais (x 100)	6,76	≥ 6,76
9.	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade (x 1.000)	4,75	≤ 4,75

** Refere-se a dados do SINASC e inclui todos os partos de gestantes residentes em Londrina (SUS e Particular)

Total (principais e complementares) = 31	
:: Não alcançados = 11 (35,5%)	:: Alcançados = 20 (64,5%)

6.2 Programação Pactuada Integrada - 2006 - Indicadores Principais

Ação		Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
1. Notificação				
1.1.	Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA).	Coefficiente de detecção esperada de PFA na América Latina.	30 (01 caso por 100.000 menores de 15anos)	Notificar 1 caso
1.2.	Realizar notificação de sarampo.	Número de unidades notificando negativa ou positivamente, por semana.	80% das unidades notificantes	100% das unidades notificantes
2. Investigação				
2.1.	Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas.	Casos de doenças exantemáticas investigados em 48 horas, em relação aos notificados.	80% dos casos	100% dos casos notificados
2.2.	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA.	Casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em relação ao total de casos de PFA detectados.	80% dos casos	100% dos casos notificados

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
2.3. Notificar e investigar os surtos de doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios com mais de 100.000 habitantes.	Recebimento mensal dos relatórios dos surtos investigados ou notificação negativa dos surtos de DTA nos municípios com mais de 100.000 habitantes ou alimentação do módulo de surto do SINAN.	70% dos municípios com mais de 100.000 habitantes realizando notificação e investigação de surtos de DTA	Investigar 100% dos surtos de DTA identificados
2.4. Notificar os surtos de doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios com menos de 100.000 habitantes	Recebimento mensal das notificações de surtos ou notificação negativa dos surtos de DTA nos municípios com menos de 100.000 habitantes ou alimentação do módulo de surto do SINAN.	70% dos municípios com menos de 100.000 habitantes realizando notificação dos surtos de DTA	Não se aplica
2.5. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC).	Casos de doenças de notificação compulsória (DNC) notificados, exceto dengue.	80% m	Encerrar oportunamente 80% dos casos notificados
2.6. Realizar busca ativa de PFA em AIH, na população < de 15 anos.	Número de internamentos de < 15 anos Objetivo: Atender as metas das ações 1.1 e 2.2	Investigar 100% das internações de < 15 anos (Especificar o número de internações)	Realizar 2 investigações anuais de internação de menores de 15 anos com CID diferencial para PFA
3. Diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública			
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola.	Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia, em relação ao total de casos notificados dessas doenças.	80% dos casos	Encerrar 80% dos casos notificados de doença exantemática por laboratório
3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial.	Proporção de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex, em relação ao total de casos confirmados dessa forma clínica	Confirmar laboratorialmente pelo menos 40% dos casos de meningite bacteriana diagnosticados	Confirmar laboratorialmente pelo menos 40% dos casos de meningite bacteriana diagnosticados
3.3. Realizar testagem do HIV em gestantes	01 teste na gestação e/ou parto.	100% das gestantes com teste HIV realizado conforme definido no parâmetro	Oferecimento do teste HIV para 100% das gestantes que realizam pré-natal pelo SUS.
3.4. Implantar a triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs).	Percentual de CTAs existentes, de acordo com a meta proposta para cada UF, com triagem sorológica para hepatites virais implantada.	27 CTAs (100%), condicionado ao fornecimento do kit pelo Ministério da Saúde.	1 CTA realizando testagem sorológica para hepatites B e C, após repasse de KIT pelo Ministério da Saúde.
3.5. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes.	No mínimo um teste na gestação e/ou parto.	100% das gestantes com VDRL realizado, conforme definido no parâmetro	100% da gestantes que realizam pré-natal pelo SUS com 1 exame de VDRL

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
3.6. Elaborar documento sobre a rede de laboratórios públicos e conveniados, identificados pelo LACEN no estado, que realizam o diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário, segundo instrumento de avaliação elaborado pela CGLAB.	Elaboração de documento.	Um relatório até 1 de dezembro de 2006	Não se aplica.
4. Vigilância Ambiental			
4.1. Cadastrar áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas.	Elaboração de relatório, conforme modelo padronizado.	Um relatório anual (em 50% dos municípios com pop. acima de 100.000 habit.)	Não se aplica.
4.2. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.	Desenvolver o VIGIAGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes.	Emitir dois relatórios anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM	500 amostras/ano
5. Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses			
5.1. Vigilância entomológica			
5.1.1. Realizar pesquisa e/ou monitoramento de triatômicos nos municípios conforme classificação das áreas estabelecida na estratificação de risco.	Municípios programados conforme classificação epidemiológica.	100% dos municípios programados(08 municípios)	Realizar 100% de pesquisa de triatomídeo nos casos identificados
5.1.2. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do Aedes aegypti e Aedes albopictus em imóveis infestados.	Seis inspeções por ano, por imóvel, nos municípios infestados em 2005.	11.104.242 inspeções (06 inspeções/ano/imóvel, nos municípios infestados em 2005)	Aumentar em 20% o número de inspeções realizados em 2004(758.939), devido a impossibilidade de dados fidedignos de 2005(vide avaliação)

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
5.1.3. Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Municípios não infestados em 2005.	125 municípios (100 %)	Não se aplica.
5.1.4. Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral.	Municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.	100% dos municípios programados	Não se aplica.
5.2. Vigilância de hospedeiros e reservatórios			
5.2.1. Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.	Número de amostras coletadas de carnívoros e roedores resistentes.	Não se aplica.	Não se aplica.
5.3. Controle vetorial			
5.3.1. Realizar borrição em domicílios para controle de triatômíneos	domicílios positivos	100% dos domicílios positivos	100% dos domicílios positivos
5.3.2. Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle da dengue.	Número de imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito, não elimináveis.	6.662.545 imóveis tratados (100%)	Tratar 100% dos focos identificados (previsão de 167.400 depósitos)
5.4. Imunização de reservatórios			
5.4.1. Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães.	População canina estimada por UF.	137924 (prioridade 9a. e 20a. R.S.)	Não se aplica.
6.2. Aumentar a taxa de cura de Hanseníase.	Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados.	84,6%	Aumentar em 5% a taxa de cura com relação ao alcançado em 2005
6.3. Realizar exames coprocópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas.	Número de exames programados, de acordo com as normas do programa.	17000 (100%)	Realizar 2500 exames em população ribeirinha com presença de caramujo

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
6.4.	Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA).	Incidência parasitária anual por malária (IPA) em 2004, nos estados da Amazônia Legal.	– Não se aplica.
6.5.	Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com as diretrizes	Percentual do número de casos de LTA e LV curados, em relação aos diagnosticados, em 2006, tendo como linha de base o percentual de cura em 2004.	LTA-Curar no mínimo 78% LV-Curar no mínimo 85% - Não se aplica ao PR
7. Imunizações			
7.1. Vacinação de rotina			
7.1.1.	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tetravalente em < 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	95% de cobertura pelo SINASC 2004
7.1.2.	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano.	Municípios com cobertura adequada.	95% de cobertura pelo SINASC 2004
7.1.3.	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	95% de cobertura pelo SINASC 2004
7.1.4.	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a anti-polio em < 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	95% de cobertura pelo SINASC 2004
7.1.5.	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (90%) para a BCG em < 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	95% de cobertura pelo SINASC 2004
7.1.6.	Vacinar com a 3ª dose da vacina contra a hepatite B a população residual, na faixa etária de 1 a 19 anos de idade, em todo o Estado do Paraná.	100% da população de 1 a 19 anos no Estado do Paraná vacinada	Realizar o mesmo numero de 3º doses de 2005 (35.927 doses)
7.1.7.	Vacinar na rotina contra a febre amarela 100% da população de 1 ano do Estado, exceto município de Curitiba	100% da população de 1 ano vacinada contra a febre amarela, exceto município de Curitiba	95% de cobertura pelo SINASC 2004

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
7.1.8 Vacinar contra a febre amarela a população residual, a partir de 09 meses, em todos os municípios das 17 RS onde ela foi implantada em 1999	100% crianças de 1 ano	100% das crianças de 1 ano	95% das crianças de menores de 1 ano
7.1.9 Vacinar contra a febre amarela 50% da população residual, a partir de 09 meses, em todos os municípios das 5 RS onde ela foi implantada em 2004(2ª RS, 3ª RS, 4ª RS, 6ª RS e 7ª RS, exceto Curitiba)	50% da população vacinada, a partir de 09 meses de idade, das 5 RS onde a vacina contra a febre amarela foi implantada em 2004(2ª RS, 3ª RS, 4ª RS, 6ª RS e 7ª RS, exceto Curitiba).	Não se aplica.	Não se aplica.
7.2. Vacinação de campanha			
7.2.1. Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite	95% de cobertura vacinal contra poliomielite na população < 5 anos	866.029 em cada etapa = 1.732.057 crianças vacinadas.	95% de cobertura nas 2 etapas da campanha
7.2.2. Realizar campanha anual contra a influenza	70% de cobertura vacinal contra influenza na população com 60 anos e mais.	685.559 idosos vacinados	70% de cobertura
7.3. Vigilância de eventos adversos pós vacinação.			
7.3.1. Investigar os eventos adversos graves pós vacinação.	Número de casos notificados de eventos adversos graves pós vacinação.	100% dos casos notificados investigados	100% dos casos notificados investigados
8. Monitorização de agravos de relevância epidemiológica			
8.1. Detectar surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA).	Número de surtos de DDA detectados por meio da MDDA, em relação ao total de surtos de DDA identificados.	70% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA	80% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA
8.2. Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes	Vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes implantada nas SES e SMS.	100% das gestantes com sífilis diagnosticadas e notificadas	100% das gestantes com sífilis diagnosticadas e notificadas
8.3. Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de DANT	Plano de Ação por Unidade Federada e capitais	1 Plano	Aplica-se só ao Estado e Capital
8.4. Investigar óbitos maternos.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil detectados, investigados.	Investigar no mínimo 80% dos óbitos de mulheres em idade fértil em 100% dos Municípios.	Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil
9. Divulgação de informações epidemiológicas			
9.1. Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.	Duas publicações por estado por ano.	100% das publicações previstas	Aplica-se só ao Estado.

Ação		Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
10. Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia				
10.1.	Realizar análise da situação de saúde	Uma análise por unidade federada, com estudo descritivo ou analítico que contribua para o conhecimento da situação da saúde da Unidade Federada.	Documento com análise de situação de saúde elaborado e divulgado	Realizar 1 documento com análise de saúde
11. Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação				
11.1. SIM				
11.1.1	Realizar coleta das declarações de óbito - DO.	Proporção da população da Unidade Federada (UF) residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado menor que 4 por 1.000 habitantes).	Reduzir para qualquer percentual, menor que 5%.	Recolher 100% das DO
11.1.2.	Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito.	Percentual de óbitos informados ao SIM com causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados em 2004.	Manter < 10%	Manter em menos de 10% o número de óbitos com causa não definida
11.2 SINASC				
11.2.1.	Captar 144.519 nascimentos	Número de nascidos vivos a serem captados pelo Sinasc no ano.	Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN.	Recolher 100% das DNV
11.3. SINAN				
11.3.1.	Realizar envio regular de dados.	Remessa regular, a cada 15 dias, de um banco de dados da Unidade Federada para a Secretaria de Vigilância em Saúde.	24 remessas regulares de bancos de dados do estado para a Secretaria de Vigilância em Saúde	52 remessas
12. Acompanhamento da PPI- VS				
12.1.	Supervisionar a PPI- VS	Realizar uma supervisão/ano	100% dos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; 50% dos municípios com população inferior a 100.000 habitantes	Não se aplica aos municípios. Só ao Estado e Regionais,

Ação	Parâmetros	Meta Paraná	Meta Londrina
13. Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária			
13.1. Elaborar e pactuar os planos de ação em VISA que contemplem o Plano Diretor de Vigilância Sanitária	Planos pactuados.	100% dos Estados, 100% dos municípios que pactuaram o Termo de Ajustes de Meta (TAM), 50% dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que não pactuaram o TAM e 20% dos demais municípios	Não se aplica
13.2. Ação educativa em Vigilância Sanitária	Equipes de PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.	30% das equipes PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária	30% das equipes PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária
13.4. Cadastramento dos estabelecimentos inspecionados, conforme elenco da NOAS/02.	Cadastramento	100% dos estabelecimentos cadastrados	100% dos estabelecimentos cadastrados
13.3 Inspeção Sanitária			
13.3.1 Serviços de alimentação	Inspeção por ano por estabelecimento.	20% do total de estabelecimentos cadastrados	800 estabelecimentos
13.3.2. Creches e estabelecimentos de educação infantil	Inspeção por ano por estabelecimento.	100% do total de estabelecimentos cadastrados	100 estabelecimentos
13.3.3. Instituições de longa permanência para idosos	Inspeção por ano por estabelecimento.	100% do total de estabelecimentos cadastrados	9 estabelecimentos
13.3.4. Estabelecimentos Inspecionados	Uma inspeção, por ano, nos estabelecimentos sujeitos ao controle de Vigilância Sanitária (estabelecimentos do elenco da NOAS/02)	20% dos estabelecimentos cadastrados inspecionados	1400 estabelecimentos
14. Ações Educativas em Vigilância em Saúde			
14.1 Qualificar agentes comunitários em vigilância em saúde.	Proporção de agentes comunitários qualificados em vigilância em saúde	Qualificar no mínimo 20% dos agentes comunitários	Qualificar no mínimo 20% dos agentes comunitários

6.2.1 PROPOSTAS PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Criar mecanismos adequados para destinação final dos produtos apreendidos pela vigilância sanitária de acordo com as normas vigentes.
2. Instituir e manter uma comissão de controle de infecção em instituições de longa permanência (asilos) visando minimizar casos de infecção entre idosos asilados, buscando melhorar a qualidade de vida desta população.
3. Providência eficaz na prevenção e divulgação dos casos Leishmaniose e Dengue por parte do setor de controle de endemias no combate dos mosquitos em todo o município, intensificando as campanhas junto à comunidade.
4. Aumentar a capacidade de atuação da Vigilância Sanitária junto à saúde do trabalhador.
5. Descentralizar para as UBS as ações voltadas para a saúde do trabalhador, principalmente os acidentes de trabalho de natureza leve, bem como as doenças relacionadas ao trabalho, encaminhando para o nível correspondente, conforme a complexidade da doença.

6.3 Apontamentos das Conferências Municipais de Saúde e Outras Contribuições:

O item 6.3 deste documento elenca as propostas da 9ª Conferência Municipal de Saúde e apontamentos anteriores realizados pelo Controle Social e Serviço Municipal de Saúde e deverão ser considerados durante a execução do Plano como importantes contribuições para o cumprimento das pactuações 2006/2007.

MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

1. Ampliar a cobertura do PSF em Londrina para áreas não assistidas, oferecendo atenção integral aos usuários em total conformidade com os princípios do SUS, garantindo a articulação efetiva e eficiente da atenção básica com outros níveis de atenção à saúde, além de capacitar as equipes de PSF para diagnóstico e manejo das patologias mais comuns, inclusive na área de saúde mental.
2. Ampliar acesso às cirurgias eletivas na área ginecológica.
3. Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social e geração de renda para gestante
4. Ampliação de leitos de cuidados intermediários e terapia intensiva neonatal e pediátrico.
5. Atendimento de pediatria e ginecologia em todas as UBS de acordo com a necessidade da área de abrangência.
6. Aumentar número de guias para exames de mamografia.
7. Aumentar o número de consultas de ginecologia/obstetrícia, disponibilizando todos os métodos contraceptivos, inclusive esterilização feminina e masculina com orientação médica e melhor divulgação e conscientização da mulher em relação ao planejamento familiar.

8. Criar a Casa da Gestante em Londrina, vinculada aos serviços de referência para atendimento à gestante de alto risco.
9. Desenvolver projetos de prevenção DST, gestação precoce e drogas para os adolescentes de todas as unidades.
10. Garantir acesso ao planejamento familiar oferecendo ações educativas e métodos anticoncepcionais.
11. Garantir assistência integral à saúde da criança através da implantação do AIDPI e da implementação do SISVAN.
12. Implantar sistema de informações para acompanhar internações por IRA em menores de 5 anos de idade, aproveitando o SIH/SUS e SIAB.
13. Implementar ações do PSF para adolescência visando prevenção das DSTs/HIV e redução da gravidez na adolescência.
14. Implementar sistema de informação para monitoramento das gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.
15. Intensificar as ações no pré-natal (aumento do atendimento às gestantes, garantia da medicação e atendimento nutricional, etc).
16. Manter e implementar programas da assistência integral a gestante e a criança através de programa de pré-natal e puericultura.
17. Melhorar a resolutividade no atendimento à mulher, principalmente na questão preventiva (prevenção do câncer de colo e mama), inclusive para gestante visando diminuir a taxa de mortalidade das mulheres do município de Londrina.
18. Monitorar recém-nascidos em alta hospitalar (UTI neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários) através das equipes do Programa Saúde da Família.
19. Sistematizar programas de educação em saúde para mães.
20. Implementar ações de promoção do aleitamento materno exclusivo.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

1. Descentralização da entrega de insulina humana e regular para as unidades de saúde de Londrina, com melhoria nas unidades básicas de saúde, infra-estrutura e recursos humanos.
2. Detecção precoce de fatores de risco nos pacientes hipertensos e diabéticos, com controle e tratamento de dislipidemias, acompanhamento nutricional e uso de medicamentos adequados e garantia adequada nos diferentes níveis de atenção do sistema.
3. Disponibilização de eletrocardiograma anual a todos os pacientes hipertensos, para rastreamento dos pacientes em risco de desenvolvimento de lesões secundárias.
4. Educação permanente da equipe de saúde da família com apoio dos profissionais da Policlínica com realização de interconsultas, discussão de material técnico, monitoria no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético.
5. Estabelecimento de parcerias com Empresas no intuito de detectar pacientes portadores ou, em risco de desenvolver Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus com encaminhamento às Unidades de Saúde de referência.

6. Estimular medidas para reduzir os fatores de risco ao desenvolvimento de diabetes mellitus e/ ou Hipertensão arterial: diminuição do risco de obesidade; realização de práticas desportivas, alimentação adequada e balanceada.
7. Estruturação de oficinas terapêuticas direcionadas às enfermidades crônicas (diabetes, hipertensão arterial, doença mental e outras) com o objetivo de reabilitação e reinserção psicossocial e reinserção profissional do paciente, sob orientação de equipe multidisciplinar.
8. Garantir metas pactuadas para total cadastramento do SIS-hiperdia viabilizando assistência e atenção integral aos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus de forma multiprofissional e intersetorial trabalhando fatores de risco e condicionantes.
9. Implementar medidas para reduzir os fatores de risco ao desenvolvimento de diabetes mellitus e/ ou Hipertensão arterial: diminuição do risco de obesidade; realização de práticas desportivas, alimentação adequada e balanceada; estabelecimento de parcerias com as Universidades / Escolas de Educação Física, Nutrição e Fisioterapia.
10. Estabelecimento de parcerias com Empresas no intuito de detectar pacientes portadores ou, em risco de desenvolver Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus com encaminhamento às Unidades de Saúde de referência. Implantação progressiva do protocolo de Diabetes Mellitus junto às Unidades de saúde – equipes de saúde da família.
11. Avaliação pelas Unidades de saúde da população em risco de desenvolver Diabetes Mellitus, segundo o protocolo:
 - :: Para indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos e repetição do rastreio a cada cinco anos.
 - :: Para indivíduos com história de diabetes gestacional e posteriormente a cada três anos
 - :: Para indivíduos com evidências de dois ou mais componentes da síndrome plurimetabólica (excesso de peso, HDL-c baixo, triglicérides elevados, hipertensão arterial e doença cardiovascular); e posteriormente a cada três anos.
 - :: Para indivíduos com presença de dois ou mais fatores de risco e posteriormente a cada três anos.
 - :: Para indivíduos com glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais freqüentemente quando a suspeita é de DM tipo 1) uma vez por ano ou, mais freqüentemente, a critério médico a depender da situação clínica.
 - :: Para indivíduos com presença de complicações relacionadas ao DM anualmente.

TUBERCULOSE E HANSENÍASE

1. Assegurar a realização de baciloscopias de escarro para todos os sintomáticos respiratórios e paciente com imagem radiológica anormal.
2. Garantir descentralização de ações da Hanseníase, realizando diagnóstico o mais precoce possível e acompanhamento dos casos confirmados.
3. Garantir descentralização de ações da Tuberculose, realizando diagnóstico o mais precoce possível e acompanhamento dos casos confirmados.

4. Implantar a investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos, em grupo de maior risco, tais como indígena, albergados, alcoólatras, população prisional, moradores de rua e de áreas de risco da adscrição territorial das unidades de saúde e em todos os contatos de pacientes bacilíferos.
5. Implantar a procura de sintomáticos respiratórios nos ambulatórios de hospitais e emergências dos grandes centros urbanos e criar facilidades para examiná-los.
6. Implantar cultura de escarro com teste de sensibilidade às drogas para: os casos de re-tratamento; para os pacientes infectados pelo HIV; pacientes suspeitos de TB e negativos à baciloscopia.
7. Implantar programa para prevenção e controle da obesidade na rede básica de saúde.
8. Intensificar a identificação de sintomáticos respiratórios, examiná-los com baciloscopia e implementar o registro dos mesmos na rede laboratorial do SUS.
9. Oferecer o teste sorológico anti-HIV a todo paciente com diagnóstico confirmado de tuberculose, e garantir o aconselhamento pela própria equipe. Quando não for possível encaminhar para o CTA.
10. Intensificar o exame de contatos de todos os pacientes de TB.

DIVERSAS

1. Expansão das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.
2. Implantar programas intersetoriais (assistência social, habitação, meio ambiente, etc.) concentrando ações para que em situações de maior risco seja garantido resultado positivo.
3. Integração dos serviços de Urgência / Emergência com o Sistema para informações às equipes do PSF sobre a morbidade dos casos atendidos e a continuidade dos atendimentos em nível de Unidades Básicas de Saúde.
4. Maior agilidade nos retornos de exames para as UBS.
5. Plantão de atendimento na zona rural para aplicação de injeção e inalação nos finais de semana e feriados nos distritos.
6. Priorizar exames preventivos para grupos acima de 50 anos (mamografias, etc).
7. Promover a humanização e melhoria no acolhimento ao usuário do SUS, em todos os níveis da assistência (rede básica, rede secundária e hospitais) inclusive serviços contratados pelo SUS, garantindo redução do tempo de espera, atendimento com qualidade e resolutividade e espaço físico adequado.
8. Promover atendimento semanal pela equipe do CSU, no jardim Paulista, pela dificuldade enfrentada pela comunidade da terceira idade que tem que atravessar a avenida Brasília.
9. Promover reuniões educativas com a comunidade sobre condições de risco à saúde (obesidade, vida sedentária, alcoolismo, tabagismo), com a participação de equipe multiprofissional e desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida.
10. Qualificar equipe da atenção básica para melhorar diagnóstico e tratamento.

11. Realizar levantamento epidemiológico de acompanhamento da saúde bucal, de acordo com normas do Ministério da Saúde, dando ampla divulgação aos resultados.
12. Reforçar a investigação de casos como uma ação de acolhimento, atitude que deve perpassar por toda a equipe.
13. Revisão das áreas de abrangência de todas as UBS do município.
14. Contratação e inclusão do profissional fisioterapeuta nas equipes de PSF (junto a UBS), e Hospitais Municipais, com objetivo de ampliar o atendimento básico a saúde (promoção e prevenção), contribuindo assim para a reestruturação da reforma do modelo de saúde com humanização.

6.3.1 PROPOSTAS DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Com base no documento preliminar dos Anais da 9ª Conferência Municipal de Saúde foram classificadas e incorporadas as propostas relacionadas à “Assistência à Saúde”, “Vigilância em Saúde”, “Educação Permanente”, “Controle Social” e “Gestão do Sistema”.

As propostas já contempladas foram excluídas. As propostas com recomendações deverão receber encaminhamento adequado conforme decisão do Conselho. As propostas que dependem de outros níveis de governo e de outras Políticas Públicas ou não são viáveis, foram consideradas fora do alcance deste Plano Municipal, porém constarão na íntegra nos Anais da 9ª Conferência Municipal de Saúde.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. Garantir o atendimento odontológico para adultos, ampliando as equipes de saúde bucal do PSF nas UBSs onde não existam, e que sejam criados mecanismos de avaliação ou garantam a prioridade dos casos mais graves e ampliar as vagas para dentista no CEO com agendamento do retorno.
2. Agilizar o transporte de exames do Pronto Atendimento, Unidades do Leonor, Maria Cecília e União da Vitória para o Centrolab.
3. Implantar equipes de apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica. (1 equipe AMSM p/ 10 EPSF).
4. Garantir e cumprir a extensão do atendimento com recursos humanos do CSU para Jardim Paulista e Progresso, proposta APROVADA desde a 5ª Conferência Municipal de Saúde.
5. Garantir maior oferta de fisioterapia, acupuntura, hidroterapia ou outras formas de terapia alternativa para os trabalhadores vítimas de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e demais deficiências; formando centros de reabilitação regionalizados, com equipe multidisciplinar para todos os trabalhadores.
6. Implantar núcleos integrais de saúde, conforme perfil epidemiológico da área de abrangência.
7. Ampliar a assistência extra-hospitalar interdisciplinar com psiquiatra, psicólogo e assistente social, conforme preconiza a lei 10.216/2001.
8. Garantir ações de psicologia para trabalhadores que prestam atendimentos em situações de desequilíbrio emocional.

9. Melhorar o sistema de chamamento dos pacientes nos postos.
10. Ofertar medicação para o paciente pela secretaria de saúde, no momento da alta hospitalar, agilizando assim a desocupação do leito hospitalar facilitando novas internações.
11. Incentivar os profissionais médicos para priorizarem os medicamentos genéricos.
12. Estimular criação de grupos de auto-ajuda e de terapia comunitária em todas as UBS com supervisão técnica de profissional qualificado.
13. Formar grupo de escuta-ativa, em parcerias com Ongs, para prevenção e encaminhamento para o tratamento da depressão com supervisão de profissional qualificado.
14. Criar serviço residencial terapêutico para portadores de sofrimento mental, deficientes mentais e autistas que vivem nas ruas ou institucionalizados em condições inadequadas.
15. Ampliar para 16 horas o atendimento nas UBS, em no mínimo mais de uma UBS por região, ouvindo o respectivo Conselho Regional.
16. Agilizar o atendimento na Policlínica, aumentar o número de atendimentos de acupuntura, adequando o horário às demandas da população.
17. Ampliar o número de consultas de especialidades médicas.
18. Ampliar a oferta de consultas em especialidades, particularmente na área de pediatria e exames em todas as UBS.
19. Agilizar a realização de exames para pacientes com suspeita de câncer e outras doenças de risco.
20. Garantir e agilizar exames médicos e a realização das cirurgias eletivas, possibilitando ao usuário do SUS o acesso pleno às ações em saúde bem como o direito de ter cópia dos resultados de seus exames.
21. Adequar a oferta de exames solicitados pelos médicos do SUS junto ao Gestor Municipal para agendamento do CISMEDPAR.
22. Garantir a realização de colonoscopia com analgesia, em pacientes de todas as faixas etárias.
23. Aumentar o número de cirurgias de esterilização masculina e feminina, incluindo o preparo psicológico e técnico para cirurgia pela rede básica de forma a atender a demanda, vinculado-a ao programa de educação para o planejamento familiar, com ampliação das ações de planejamento familiar e aos métodos contraceptivos, com vistas a educação para a autonomia, possibilitando a vivência da sexualidade e regulação da fecundidade.
24. Estabelecer um fluxo para o atendimento odontológico de adulto, instituindo a remarcação automática de consulta.
25. Readequar a rotina do serviço odontológico municipal, uniformizando os procedimentos e normas nas clínicas odontológicas das Unidades Básicas de Saúde de Londrina garantindo a qualidade no atendimento da demanda.
26. Ampliar o atendimento do serviço de internação domiciliar, garantindo cobertura assistencial inclusive nos finais de semana e feriados, com admissão de pacientes também nestes períodos.

27. Estabelecer integração entre os prestadores de serviços de saúde com os programas públicos de internação domiciliar, PSF, saúde mental e outros de caráter preventivo.
28. Credenciar ambulatórios com especialistas para realizarem os retornos dos pós-operatórios.
29. Ampliar a assistência extra-hospitalar interdisciplinar com psiquiatra, psicólogo e assistente social, conforme preconiza a lei 10.216/2001.
30. Intensificar campanhas de prevenção de câncer de próstata.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Criar mecanismos adequados para destinação final dos produtos apreendidos pela Vigilância Sanitária que constam nas resoluções 306 e 358.
2. Intensificar campanhas junto à comunidade nos casos de Endemias, Leishmaniose e de Dengue, por parte do setor responsável com participação da comunidade, no combate aos mosquitos, em todo município.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Capacitar recursos humanos da rede básica para atuar junto ao portador de sofrimento psíquico.
2. Desenvolver parcerias com a Secretaria de Educação para capacitar professores da rede de ensino fundamental e médio para o atendimento das necessidades dos portadores de deficiência, física, mental e emocional.
3. Capacitar trabalhadores da saúde através de cursos e palestras, para que notifiquem as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, de forma apropriada.
4. Capacitar adequadamente os médicos para realização de diagnóstico em agravos como AVC, infarto, etc.
5. 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.
6. 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 temáticas como doação de sangue, doação de órgãos e medula óssea e, aleitamento materno e saúde do trabalhador.
7. Implantar um Sistema de Educação Permanente no Serviço Municipal de Saúde, criando um Centro de Formação e Educação Permanente, que atenda as necessidades de funcionamento da rede e da qualidade dos serviços prestados.
8. Implementar ações de educação permanente em saúde, com a adoção de protocolos clínicos e normatização das práticas assistenciais, com a finalidade de aumentar a resolutividade em toda a rede de serviços.
9. Desenvolver cursos de especialização para profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, em conjunto com as universidades locais.

10. Implantar a residência médica e residência multiprofissional em Saúde da Família na rede municipal de saúde em conjunto com as universidades locais.
11. Preparar os novos profissionais e os remanejados do Estado ou de outras entidades, para cumprirem adequadamente o protocolo do serviço municipal, de forma a manter a uniformidade dos serviços prestados a população.
12. Garantir que o Pólo Regional de Educação Permanente de Saúde - integrado às instituições de ensino, serviços e organizações comunitárias - ofereça capacitação para profissionais de todos os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS, enfocando, questões como a humanização do profissional, a produção do conhecimento, o uso da tecnologia, etc.
13. Rearticular, reformular e incentivar os Conselhos Locais de Saúde em todas as regiões de Londrina.
14. Oferecer oficinas de conscientização para os usuários sobre a importância da participação nos conselhos locais e regionais de Saúde - na conquista de benefícios para a comunidade bem como, para participar na gestão da política de saúde.
15. Criar comissão de ética em saúde utilizando prioritariamente recursos humanos da rede, visando à promoção, formação e conscientização dos profissionais de saúde, quanto aos assuntos relacionados à ética e bioética.
16. Criar espaços de discussão com os órgãos do sistema de ensino para que se privilegie a reflexão do conteúdo curricular e sua adequação às necessidades da população sob o ponto de vista da saúde.
17. Capacitar e dar suporte social aos cuidadores de pacientes de saúde mental e das pessoas portadoras de doenças crônicas degenerativas.
18. Planejar o controle de infecção e desinfecção de materiais nas unidades de atendimentos básico, com fluxograma de higienização e capacitação para trabalhadores em HIV/ DST e outras.
19. Integrar aos programas existentes no Município as ações de prevenção de DST/ HIV/AIDS, com capacitação para os trabalhadores.
20. Melhorar a qualidade das consultas médicas, garantindo melhor contato médico/paciente, de forma que os indicadores e informações produzam um eficiente diagnóstico.
21. Conhecer o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental da população, a fim de estabelecer a responsabilidade sanitária no atendimento dos agravos de maior prevalência, visando a melhoria da situação de saúde da população garantindo a disponibilização de documento das informações básicas para cada UBS e CLS anualmente.

CONTROLE SOCIAL

1. Avaliar o desempenho dos servidores e coordenadores da rede pública de saúde, anualmente, com a participação da Sociedade Civil Organizada, tomando providências cabíveis em caso de desempenho insuficiente.
2. Rearticular, reformular e incentivar os Conselhos Locais de Saúde em todas as regiões de Londrina.

GESTÃO DO SISTEMA

1. Aprimorar mecanismos de gerenciamento para o controle de recursos financeiros e materiais dos serviços da AMS.
2. Reestruturar a DACA (Diretoria de Avaliação Controle e Auditoria) visando agilizar os processos de trabalho.
3. Definir sub-teto financeiro para cada instituição baseado na produção real das mesmas, respeitando a demanda pela sua capacidade técnica.
4. Assegurar o pagamento dos exames necessários ao tratamento de pacientes, tanto em nível ambulatorial quanto em nível hospitalar, quando os mesmos não são disponibilizados pelo SUS, desde que atenda o cumprimento dos protocolos de investigação terapêutica evitando o tecnicismo, após autorização prévia da DACA, exclusivo aos usuários do SUS.
5. Agilizar o transporte de exames do Pronto Atendimento, Unidades do Leonor, Maria Cecília e União da Vitória para o Centrolab.
6. Implantar o serviço de fisioterapia na intervenção e adequação ergonômica no mobiliário geral dos serviços do SUS, para prevenção das lesões por esforços repetitivos, quando da implantação de espaço físico e aquisição de mobiliários.
7. Manter os equipamentos (máquinas de lavar, bebedouros, ventiladores etc.) adequados nas Unidades Básicas de Saúde.
8. Investir na melhoria dos equipamentos que garantam a eficiente interação entre as unidades e demais serviços da rede municipal, inclusive os conveniados, adotando instrumentos como: Internet, Intranet e linhas telefônicas de acordo com a demanda de cada serviço.
9. Melhorar o sistema de chamamento dos pacientes nos postos
10. Emitir periodicamente, conforme necessidade, cartilhas e cartazes educativos em saúde para a população, indicando a disponibilidade dos serviços, a forma adequada de sua utilização, bem como endereços e telefones úteis para a sociedade e maior divulgação dos programas oferecidos pelos serviços de saúde, esclarecendo seus direitos e deveres sob a responsabilidade do CMS.
11. Promover estratégias de distribuição e utilização das informações dos boletins informativos de ações e indicadores epidemiológicos a todas as secretarias de governo nas três esferas.
12. Instituir prática da avaliação das ações e serviços de saúde em todos os níveis da atenção.
13. Instituir e consolidar a rede de atenção integral em saúde mental, com serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico territorializados e integrados a rede de saúde, de acordo com a realidade e o perfil epidemiológico do município, estabelecendo centros de referência e implantando protocolos com objetivo de promover o uso racional de medicamentos estratégicos, melhorando o gerenciamento dos recursos públicos destinados para este fim.
14. Incluir indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação em saúde.
15. Implantar o atendimento em leito de hospital geral para desintoxicação de álcool e outras drogas, e para pacientes psiquiátricos, visando a gradativa extinção da internação em hospitais psiquiátricos.

16. Capacitar e dar suporte social aos cuidadores de pacientes de saúde mental e das pessoas portadoras de doenças crônicas degenerativas.
17. Estimular criação de grupos de auto-ajuda e de terapia comunitária em todas as UBS com supervisão técnica de profissional qualificado.
18. Institucionalizar e ampliar o Programa de Redução de Danos na Rede Pública de Saúde, garantindo o fornecimento de insumos de prevenção destinados aos usuários de álcool/ drogas/psico-fármacos.
19. Reorientar o modelo assistencial na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase nas ações integrais e promocionais de saúde, em contraposição a uma concepção de saúde como ausência de doença.
20. Implantar regulação pelo DACA junto aos hospitais para agilização das cirurgias já autorizadas, com acompanhamento mensal do mapa de cirurgias de suspensão.
21. Readequar a rotina do serviço odontológico municipal, uniformizando os procedimentos e normas nas clínicas odontológicas das Unidades Básicas de Saúde de Londrina garantindo a qualidade no atendimento da demanda.
22. Agilizar a implantação do Cartão SUS, instituir prontuário unificado para organizar o fluxo de atendimento, facilitando a referência e contra-referência, otimizando o uso das estruturas hospitalares.
23. Melhorar o atendimento ao usuário do SUS, em todos os níveis da assistência tanto na rede básica como na secundária, hospitais e serviços contratados pelo SUS, reduzindo o tempo de espera, com atenção, qualidade e resolutividade, em espaço físico adequado.
24. Estabelecer integração entre os prestadores de serviços de saúde com os programas públicos de internação domiciliar, PSF, saúde mental e outros de caráter preventivo.
25. Garantir a capacidade dos hospitais secundários, aumentando o número de cirurgias de pequeno e médio porte.
26. Municipalizar o Centro de Referência de Tratamento de DST/AIDS, com a participação da sociedade civil organizada.
27. Implementar uma Política Pública para o controle de animais que vivem em vias públicas estabelecendo parcerias entre ONGS, Universidades e clínicas veterinárias.
28. Definir a UBS do Parque Ouro Branco- Zona Sul como referência na especialidade de ginecologia para a Unidade de Saúde da Usina Três Bocas, pois atualmente ela se referencia na unidade do Jardim Alvorada-Zona Oeste.
29. Reativar o Fórum Educação Permanente em Saúde Mental.

6.4. Obras de Reforma, Ampliação e Construção

6.4.1. OBRAS EM ANDAMENTO

Unidades	Região	Situação Atual	Custo R\$
Reserva Apucarantina	Rural	Recurso - AMS e FUNASA - a ser iniciada 2004-2005	R\$ 129000,00
Panissa/Maracanã 498m ²	Oeste	Projeto Habitar Brasil - COHAB /LD	Em execução
Distrito de Guaravera (Av São João, 31)	Rural	Projeto de 350 m ² .Reinício da obra em setembro/2005	338.200,05

6.4.2. OBRAS EM ESTUDO

Unidade	Região	Situação Atual	
Vila Ricardo/Fraternidade - 498 m ²	Leste	Falta definição do terreno	
Patrimônio Regina (Rod. Mábio G. Palhano)	Rural	Projeto de 250 m ² - a ser iniciada em 2006	
Central de Esterilização e Lavanderia	Centro	Sem recurso previsto	
União da Vitória (R. 19 de abril, 55)	Sul	Estudo do projeto de reforma e ampliação	
Jardim Eldorado (R. Pitágoras,188)	Sul	Reforma e ampliação/ Orçamento no MS	
Patrimônio Selva	Rural	reforma, ampl. p/ odonto, muro	
Divisórias para dispensação de medicamento		Em estudo	
Vila Brasil (R. Argentina, 600) existente 159,49m ² , ampliar 88,35	Centro	Sem previsão de recurso	
Maria Cecília	Norte	Reforma e ampliação / a ser iniciada em 2006	
Casoni, Ouro Branco, Cafezal, PIND, San Izidro, Itapoã, União de Vitória, Carnascialli, Vila Nova, Piza, Parigot, Milton Gavetti, João Paz e Alvorada		Construção de sala p/ reuniões 30m ² cada (PROESF I e II)	
Centro de Controle de Zoonoses* - 1.257,225 m ²	Oeste	Cancelado	971.196,47

Obs. *Projeto suspenso por inviabilidade de adequar orçamento ao Convênio da FUNASA. Devolvido recurso

VII. Monitoramento e Acompanhamento

7.1. Equipe técnica

As atividades assistenciais sob responsabilidade de execução do município estão organizadas em diretorias, gerências e o controle e avaliação internos estão organizados dentro de cada diretoria e de forma específica a cada um.

Ações que são previstas em Programas de Saúde são avaliadas conforme os objetivos propostos de forma quantitativa ou de resultados alcançados.

A Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) executa sistematicamente o controle dos demais serviços do SUS através de auditoria operativa, autorização prévia para procedimentos eletivos e de alto custo e acompanhamento da execução de programação e teto físico e financeiro.

O Pacto da Atenção Básica anual estabeleceu os indicadores prioritários a serem acompanhados e contribuíram muito para instrumentalizar e democratizar a avaliação e monitoramento da condução dos serviços de saúde não só pela equipe técnica mas também pelos representantes da comunidade.

7.2. Coordenadoria de atendimento ao usuário

Essa coordenadoria está instalada no prédio sede da Secretaria de Saúde e está à disposição dos usuários em horário comercial através do número 0800 400 1234 (gratuito), correspondência e/ou fax-símile e ou através de atendimento direto (entrevista) ou ainda pela Internet através de mensagens eletrônicas (cau@asms.londrina.pr.gov.br).

A C.A.U. é um canal de comunicação aberto à comunidade onde ela se manifesta nas diferentes demandas e, a Instituição responde, informa e orienta. Estão preservados o direito do cidadão, aspectos éticos, privacidade e confidencialidade em todas as etapas de encaminhamento das demandas.

7.3. Conselho Municipal de Saúde

O Conselho se reúne impreterivelmente às terças feiras de todos os meses, às 19 horas no auditório da Vila da Saúde.

A proposta de pauta é definida pelos membros da executiva do Conselho em reunião na segunda terça-feira de todos os meses e encaminhada pela secretaria administrativa juntamente com dados referentes a prestação de contas e demais documentos necessários para a reunião.

As resoluções e deliberações do Conselho de Saúde constam dos relatórios anuais de gestão.

A abrangência da representatividade de todos os diferentes segmentos do Conselho contribuem com o acompanhamento do SUS no município. Áreas que exigem maior conhecimento tem sido acompanhadas por comissões técnicas como: Saúde do Trabalhador, Comissão Municipal de controle das DSTs e AIDS, Saúde Mental, Comissão técnica, e outras.

Os Conselhos Regionais de Saúde estão devidamente constituídos com seus estatutos próprios nas regiões norte (COSNORTE), sul (CONSUL), leste (CONLESTE), oeste (CONSOESTE) e centro (CONCENTRO). A zona rural é contemplada no CONSUL.

7.4. Audiência Pública

As prestações de contas do Fundo Municipal da Saúde e Autarquia Municipal da Saúde em sessões de audiência pública tem sido realizadas na Câmara Municipal de Londrina referente a cada trimestre.

A frequência de representantes do legislativo e dos demais poderes constituídos é pouco significativa. A participação se restringe a servidores responsáveis pelas diferentes áreas da assistência, membros do Conselho Municipal de Saúde e algumas lideranças comunitárias.

As audiências na Câmara Municipal são realizadas em horário comercial conforme normas de uso da mesma o que dificulta a participação da comunidade.

A avaliação que tem sido feita é de que a prestação de contas mensalmente feita nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde em horário noturno e seguindo a agenda fixa de datas dessas reuniões atende os interesses dos representantes dos diferentes segmentos do controle social.

VIII. Proposta Orçamentária

Para elaboração da Proposta Orçamentária para 2006 foram observados os princípios básicos da anualidade, exclusividade, unidade e universalidade.

Na elaboração do orçamento foram consideradas as médias históricas de receitas e despesas, elaborando-se uma estimativa de valores dentro do que foi formulado como políticas e programas de trabalho, estabelecendo-se as prioridades e calculando-se os quantitativos dos gastos e a capacidade instalada.

Receita Pública é o recolhimento de bens aos cofres públicos e pode ser classificada quanto a Natureza em orçamentária e extra-orçamentária. A receita orçamentária integra o Orçamento Público e divide-se nas categorias econômicas: correntes e de capital.

A despesa pública é todo pagamento efetuado a qualquer título pelos agentes pagadores. Quanto à natureza econômica as despesas podem ser **correntes**, que se referem a desembolsos ou aplicações, das quais não resultam compensações patrimoniais e **capital**, as que constituem desembolso ou aplicação do que resulta mutação compensatória nos elementos do patrimônio.

A execução orçamentária é a fase em que se arrecada a receita e se cumprem os planos de trabalho. As alterações orçamentárias podem se dar por decreto, por exemplo, crédito adicional suplementar, reforço a uma dotação já existente, ou por lei, através de crédito adicional especial para inclusão de um novo programa de trabalho ao orçamento, durante o exercício financeiro.

Para gestão financeira de recurso ou conjunto de recursos vinculados ou alocados a uma área de responsabilidade para cumprimento de objetivos específicos, mediante a execução de programas com eles relacionados existem os fundos especiais.

O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal, artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 e Emenda Constitucional 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 (correntes e capital) no exercício 2005,
- :: o investimento dos 3 níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde em 2005
- :: o percentual do investimento do Município na Saúde, de acordo com a Emenda Constitucional 29 no exercício 2005,
- :: os valores orçados para a Saúde em 2006.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS - Ministério da Saúde

Receita de impostos e transferências constitucionais e legais ao Município no exercício 2005 – Londrina			
Receita	Previsão Atualizada 2005	Receita Realizada em 2005	Receita Orçada para 2006
Impostos (I)	123.342.000,00	117.872.972,55	144.311.000,00
IPTU	54.826.000,00	51.353.628,77	62.564.000,00
IRRF	13.516.000,00	11.882.101,37	14.978.000,00
ITBI	10.000.000,00	7.892.831,97	11.193.000,00
ISS	45.000.000,00	46.744.410,44	55.576.000,00
Outros Impostos	0,00	0,00	0,00
Multas e Juros de Mora de Impostos	1.356.000,00	1.250.683,63	1.685.000,00
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa	6.650.000,00	6.172.776,09	7.288.000,00
Dívida Ativa de Impostos	21.700.000,00	14.819.005,52	18.721.000,00
Transferências da União (II)	35.500.000,00	30.054.050,37	38.548.000,00
Cota-Parte FPM	29.000.000,00	26.995.510,24	33.000.000,00
Cota-Parte ITR	500.000,00	327.518,83	548.000,00
Lei Compl. nº 87/96 - Lei Kandir	6.000.000,00	2.731.021,30	5.000.000,00
Transferências do Estado (III)	109.000.000,00	94.606.467,05	120.800.000,00
Cota-Parte do ICMS (100%)	80.000.000,00	70.302.802,16	90.000.000,00
Cota-Parte do IPVA	25.000.000,00	22.154.690,45	28.000.000,00
Cota-Parte do IPI - Exportação (100%)	4.000.000,00	2.148.974,44	2.800.000,00
Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV = I + II + III)	297.548.000,00	264.775.955,21	331.353.000,00

Fonte: SIOPS – MS <http://siops.datasus.gov.br> e Diretoria Financeira AMS.

Despesa	Dotação Atualizada 2005	Despesa Empenhada em 2005	Despesa Liquidada em 2005	Despesa Paga em 2005	Despesa Orçada para 2006
Despesas Correntes (V)	175.588.291,99	150.833.568,21	144.204.589,71	142.507.082,40	178.363.000,00
Pessoal e Encargos Sociais	55.067.000,00	50.537.194,09	50.530.400,80	50.408.102,80	63.627.000,00
Juros e Encargos da Dívida	2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	120.519.291,99	100.296.374,12	93.674.188,90	92.098.979,60	114.736.000,00
Despesas de Capital (VI)	4.972.770,37	1.531.946,03	1.510.016,91	1.461.174,91	4.635.000,00
Investimentos	4.592.770,36	1.197.355,58	1.175.426,46	1.126.584,46	4.635.000,00
Inversões Financeiras	380.000,00	334.590,45	334.590,45	334.590,45	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (VII = V + VI)	180.561.062,36	152.365.514,24	145.714.606,61	143.968.257,31	182.998.000,00
(-) Transferências Intragovernamentais (VIII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Inativos e Pensionistas (IX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Despesa	Dotação Atualizada 2005	Despesa Empenhada em 2005	Despesa Liquidada em 2005	Despesa Paga em 2005	Despesa Orçada para 2006
Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (X = VII - VIII - IX)	180.561.062,37	152.365.514,25	145.714.606,62	143.968.257,32	182.998.000,01
Transferências de Recursos do SUS	Previsão Atualizada 2005	Receita Realizada 2005			Receita Orçada para 2006
União (XI)	113.231.302,00	94.284.147,53			111.034.000,00
Receita de Prest Serviços (SIA/SIH)	0,00	0,00			0,00
PAB Fixo	7.464.000,00	6.077.409,00			8.750.000,00
PAB Ampliado	0,00	0,00			0,00
PAB Variável	10.474.000,00	10.321.506,11			10.901.000,00
FAEC	22.000.000,00	14.471.923,73			23.350.000,00
Média e Alta Complex. (SIA/SIH - Gestão Ple)	58.000.000,00	59.397.765,33			62.100.000,00
Convênios	3.811.302,00	1.688.302,00			1.539.000,00
Transf de Capital da União	0,00	0,00			0,00
Outras Transferências Fundo a Fundo	11.482.000,00	2.327.241,36			4.394.000,00
Estado (XII)	970.000,00	1.183.005,20			910.000,00
Receita de Prest. Serv. ao Estado	0,00	0,00			0,00
Convênios	0,00	0,00			0,00
Transf. para Consórcios Munic. de Saúde	0,00	0,00			0,00
Outras Transferências do Estado	970.000,00	1.183.005,20			910.000,00
Municípios (XIII)	0,00	0,00			0,00
Receita de Prest. Serv. a Municípios	0,00	0,00			0,00
Transferências de outros Municípios	0,00	0,00			0,00
Rec. Prest. Serv. a Consórcios de Saúde	0,00	0,00			0,00
Outras Receitas do SUS (XIV)	1.900.000,00	1.572.676,56			1.110.000,00
Remuneração de Depósitos Bancários		1.572.676,56			1.110.000,00
Rec Prest. Serv. Instituições Privadas	0,00	0,00			0,00
Receita de outros serviços de saúde	1.900.000,00	0,00			0,00
Total (XV = XI + XII + XIII + XIV)	116.101.302,00	97.039.829,29			113.054.000,00

Fonte: SIOPS – MS <http://siops.datasus.gov.br> e Diretoria Financeira AMS.

Cálculo do Percentual de Recursos Próprios aplicados em Saúde pelo Município de Londrina					
Itens	Dotação Atualizada 2005 ¹	Despesa Empenhada em 2005 ²	Despesa Liquidada em 2005 ³	Despesa Paga em 2005 ⁴	Despesa Orçada para 2006 ⁵
Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (X)	180.561.062,36	152.365.514,24	145.714.606,61	143.968.257,31	182.998.000,00
(-) Transferências de Recursos do SUS (XV)	116.101.302,00	97.039.829,29	97.039.829,29	97.039.829,29	113.054.000,00
(-) Receita de Operações de Crédito (XVI)	0,00	0,00	0,00	0,00	26.000,00
Despesa com Recursos Próprios XVII = X - XV	64.459.760,36	55.325.684,95	48.674.777,32	46.928.428,02	69.918.000,00
Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (XVII / IV)	21,66	20,90	18,38	17,72	21,10

Fonte: SIOPS – MS <http://siops.datasus.gov.br> e Diretoria Financeira AMS.

¹ Dotação Atualizada 2005: Dotação orçamentária após as suplementações ocorridas durante a execução orçamentária.

² Despesas empenhadas em 2005: Despesas registradas na execução orçamentária dentro do exercício.

³ Despesas liquidada 2005: Despesas processadas após a entrega das mercadorias e serviços, quando o credor passa a ter direito no recebimento do valor do contrato.

⁴ Despesa paga em 2005: Quando o pagamento é registrado na contabilidade ou seja, o credor recebe e quita a nota de empenho.

⁵ Despesa orçada para 2006: Valores destinados no orçamento para o exercício futuro.

Analisando os quadros acima, verificamos o cumprimento, por parte do Município de Londrina, da determinação da EC 29, no quadro das despesas liquidadas em 2005, cujo percentual da execução é 20,90%.

A proposta orçamentária para a saúde para o ano de 2006 foi enviada para a Câmara Municipal dentro da proposta geral da Prefeitura de Londrina.

Os valores previstos contemplam obediência da Constituição no que se refere à Emenda Constitucional 29, mantendo percentuais superiores a 15% dos recursos próprios a serem destinados à saúde, o que tem sido observado anualmente acima de 20%.

	2005	2006
TOTAL	R\$ 159.600.300,00	R\$ 183.126.860,00
A.M.S	R\$ 57.961.000,00	R\$ 63.724.000,00
FMS	R\$ 101.639.300,00	R\$ 119.402.860,00

Fonte: Diretoria Financeira/AMS

Receita Total Saúde – 2006 – Estimativa

Receita Total Saúde – 2006 – Estimativa	R\$ 183.126.860,00
FMS-Saúde - PAB / Ações de Saúde	R\$ 9.200.000,00
A M S- Receitas de Alienação de Ativos da Saúde	R\$ 30.000,00
FMS-Média e Alta Complexidade / Ações Estratégicas – Prestadores	R\$ 86.311.000,00
AMS-Taxa de Vigilância Sanitária - (Municipal)	R\$ 907.000,00
FMS-Programa Saúde da Família - PSF / PROESF	R\$ 930.000,00
FMS-Programa de Assistência Farmacêutica Básica	R\$ 480.000,00
FMS-Programa Nac. Vig. Epidemiológica e Controle de Doenças	R\$ 2.100.000,00
FMS-Programa de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	R\$ 290.000,00
FMS-Programa Nacional de HIV/AIDS e Outras DST	R\$ 530.000,00
FMS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	R\$ 1.250.000,00
FMS-Convênio 852/2003- MS- Unidade de Queimados	R\$ 120.000,00
FMS-Convênio 2342/2003- MS- U.B.S. Jardim Santiago	R\$ 170.000,00
FMS-Convênio 2343/2003-MS- U.B.S. Imagawa/Cabo Frio	R\$ 60.000,00
FMS-Convênio 828/2003-MS- U.B.S. Maria Cecília	R\$ 61.000,00
FMS-Convênio 3794/2004-MS- Unidades Básicas de Saúde	R\$ 800.000,00
FMS-Convênio 1817/2004-MS- Unidades Básicas de Saúde	R\$ 30.000,00
FMS-Convênio 2848/2003-MS- U.B.S. Jardim do Sol	R\$ 120.000,00
FMS-Convênio 2849/2003-MS- U.B.S. Novo Amparo/Moema	R\$ 60.000,00
FMS-Convênio 1815/2004-MS- C.A.P.S	R\$ 150.000,00
FMS-Convênio 467/2004-MS- Unidade Móvel de Suporte Avançado	R\$ 248.860,00
FMS-Programa do SAMU Custeio com Recursos Federais	R\$ 2.000.000,00
FMS-Programa do SAMU Custeio com Recursos Estaduais	R\$ 1.000.000,00
FMS- P.S.F. - Programa de Saúde da Família	R\$ 7.450.000,00
FMS-CEREST - Centro de Referência à Saúde do Trabalhador	R\$ 300.000,00
FMS-MAC VISA - Termo de Ajuste e Metas Portaria GM/MS 2473/03.	R\$ 200.000,00
FMS-C.E.O. - Centro de Especialidades Odontológicas	R\$ 822.000,00
FMS- Vigilância Sanitária – PAB	R\$ 142.000,00
FMS-Tuberculose	R\$ 33.000,00
A M S -Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 - Acima de 15%)	R\$ 22.449.000,00
A M S -Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 - Até 15%)	R\$ 41.275.000,00

Fonte: Diretoria Financeira/AMS

Conclusão

O Plano Municipal 2006/2007 apresenta diagnóstico da situação de saúde da população e estabelece o conjunto de diretrizes e ações para a gestão do Sistema Único de Saúde como um todo e nos diferentes níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Dentro desses níveis, são consideradas as responsabilidades e competências das diferentes esferas de governo participantes na execução ou financiamento de serviços de saúde em Londrina.

O contexto das relações na comunidade está condicionado às questões legais, principalmente no que se refere à Lei de Responsabilidade Fiscal e questões jurídicas e do Ministério Público principalmente o dos Direitos Constitucionais, Trabalho, Patrimônio Público, Infância e Juventude e Defesa do Meio Ambiente, Pessoas portadoras de deficiências e Fundações.

A elaboração e discussões foram realizadas pela comissão técnica indicada pelo Conselho Municipal de Saúde que utilizou os documentos referentes ao Orçamento Municipal/LDO, Plano Diretor para os próximos 10 anos, Plano Plurianual, as conclusões da 9ª Conferência Municipal de Saúde (2005), Relatório de Gestão 2005 e o Perfil Londrina 2005/2006 editado pela Secretaria Municipal de Planejamento.

As características gerais do Plano remetem a uma nova etapa da Saúde em Londrina onde se prioriza a qualificação da assistência buscando resultados, através de ações multiprofissionais e de intersetorialidade inserida nas Políticas Públicas. As ações devem otimizar recursos, somar esforços e tecnologias sempre baseadas principalmente no alcance às metas estabelecidas nos indicadores do Pacto da Atenção Básica.

A organização de instrumentos para controle e acompanhamento das ações constantes nesse Plano permitirá a constante revisão e atualização de metas e cronograma de execução.

As informações, objetivos e metas, conforme deverá constar no documento Diretrizes Operacionais do PACTO PELA SAÚDE 2006 e que deverão se constituir em Termo de Compromisso não estão necessariamente constando desse Plano porque nesse momento essas discussões estão sendo desencadeadas.

Agradecimentos especiais à equipe da Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia Municipal de Saúde, aos Conselheiros Municipais de Saúde e em especial à comissão técnica e colaboradores que elaboraram esse Plano Municipal de Saúde 2006/2007.

**Prefeitura do Município de Londrina
Conselho Municipal de Saúde**

Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia Municipal de Saúde

Rua Atílio Octávio Bisatto, nº 480

CEP 86010-340

Tel: (43) 3376-1908

Fax: (43) 3376-1954

<http://www.londrina.pr.gov.br/saude>