

ADRIANÓPOLIS / PR

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

VANDIR DE OLIVEIRA ROSA
Prefeito Municipal

ALEXANDER PAULISTA RIBEIRO
Secretário Municipal de Saúde

ALDECI GODOI
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

2021

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Decreto 039 - 01/06/2021

ALEXANDER PAULISTA RIBEIRO
ANGÉLICA DE ALMEIDA GONÇALVES
JACKSON FELIX FELIPAK
DIVANI BACIL OLIVEIRA
CARLOS EDUARDO MAGRI

Coordenação Geral
ALEXANDER PAULISTA RIBEIRO

Coordenação Adjunta
JACKSON FELIX FELIPAK

Colaboração
ALESSANDRA DE SOUZA SANTOS
JULIA GABRIELA SANTOS LIMA GODOI

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
2019-2022**

USUÁRIOS

Titular	Suplente
ALDECI GODOI	CELINA FERREIRA RIBEIRO
BERNARDO ZANELATO VICENTINE	ELIAS GOMES DE SOUZA
JOÃO FRANCISCO DE PAULA FILHO	MEILTON ARMSTRONG
VALDECI BARBOSA DE ASSUNÇÃO	MURILO OLIVEIR RODRIGUES

PRESTADORES DE SERVIÇOS

Titular	Suplente
RAMON ALBERTO ROJAS DA SILVA	VÍTOR LUIZ DA SILVEIRA BRITO

TRABALHADORES DA SAÚDE

Titular	Suplente
JUAREZ PEREIRA DA FONSECA	MONALIZA ALVES NOGUEIRA MARQUES
JULIA GABRIELA SANTOS LIMA GODOI	SUELLEN RAMOS GONÇALVES

GESTOR

Titular	Suplente
ROBERTO MOTTIN	MARIA JOAQUINA MUNIZ

IDENTIDADE ESTRATÉGICA



MISSÃO

Comprometimento, bem servir, atender com qualidade toda a população.

VISÃO

Manter uma gestão organizada com intuito da qualidade e eficiência na assistência plena a saúde dos Munícipes.

VALORES

Orientar, Capacitar, Servir, Confiabilidade, Compromisso, Igualdade, Ética e Integridade.

***"Se vai me desejar "Saúde!"...
que seja Pública, Universal e Gratuita!"***

Emilio Ferrero

INFORMAÇÕES DO ÓRGÃO EXECUTOR

Secretaria Municipal de Saúde de Adrianópolis

Nome do Órgão	SMS DE ADRIANOPOLIS
Número CNES	6813453
CNPJ	76.105.642/0001/17 (Mantenedora)
Endereço	Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 119
Email	sms_adrianopolis@sesa.pr.gov.br
Telefone	36781507

Fundo Municipal de Saúde

Instrumento de criação	Lei 741 de 22 de fevereiro de 2011
Data de criação	02/2011
CNPJ	13.602.295/0001-18
Natureza Jurídica	Fundo Público da Administração Direta Municipal
Nome do Gestor do Fundo	Alexander Paulista Ribeiro

Conselho Municipal de Saúde

Instrumento Legal de Criação	Lei 740 de 22 de fevereiro de 2011
Endereço	Av. Marechal Mascarenhas de Moraes 119
E-mail	cmsadp@gmail.com
Telefone	4136781507
Nome do Presidente	Aldeci Godoi

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADP – Adrianópolis	Pb – Chumbo (Plumbum)
ACS – Agentes Comunitários de Saúde	PBF - Programa Bolsa Família
AIH – Autorização de Internação Hospitalar	PcD – Pessoas com Deficiência
CID – Código Internacional de Doenças	PES – Plano Estadual de Saúde
CIR – Comissão Intergestores Regionais	PIB - Produto Interno Bruto
CIB – Comissão Intergestores Bipartite	PM- Prefeitura Municipal
CIT – Comissão Intergestores Tripartite	PMS – Plano Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	PMAQ – Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica
CMS - Conselho Municipal de Saúde	PN – Pré Natal
COMESP – Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	PNI – Programa Nacional de Imunizações
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde	PPA - Plano Plurianual
COSEMS-PR – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná	PSE – Programa Saúde na Escola
CRAS – Centro de Referência e Assistência Social	SESA – Secretaria Estadual de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
ESB – Estratégia Saúde Bucal	SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família	SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	SINAN – Sistema de Informações de Agravos de notificação
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica	SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	SISÁGUA – Sistema de Informação da Qualidade da Água
IDSUS – Índice de Desenvolvimento do SUS	SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde
IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social	SI-PNI - Sistema de Informações - Programa Nacional de Imunizações
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias	SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
LOA - Lei Orçamentária Anual	SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
MP/PR – Ministério Público/Paraná	SMS – Secretaria Municipal de Saúde
MS – Ministério da Saúde	SUS – Sistema Único de Saúde
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social	UPA – Unidade de Pronto Atendimento
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	US – Unidade de Saúde
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável	UBS – Unidade Básica de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde	USF – Unidade de Saúde da Família
ONU – Organização das Nações Unidas	
PAS – Programação Anual de Saúde	

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E MAPAS

TABELAS

Tabela 1 POSIÇÃO GEOGRÁFICA	18
Tabela 2 PRINCIPAIS DISTÂNCIAS.....	20
Tabela 3 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUANTO AO TIPO DE GESTÃO	23
Tabela 4 ESTABELECIMENTOS POR NATUREZA JURÍDICA.....	23
Tabela 5 EQUIPAMENTOS EXISTENTES E DISPONÍVEIS AO SUS	23
Tabela 6 CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO, 2017-2020.	24
Tabela 7 CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO PER CAPITA 2017-2020.....	25
Tabela 8 CONSULTAS MÉDICAS, POR TIPO, REALIZADAS NO MUNICÍPIO PER CAPITA, 2017-2020	25
Tabela 9 EXAMES LABORATORIAIS, 2017-2020	25
Tabela 10 DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA – COMESP - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS, 2017-2020.....	25
Tabela 11 DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA – MUNICÍPIO - EXAMES SELECIONADOS, 2017-2020.....	26
Tabela 12 ATENDIMENTOS FISIOTERAPIA, 2017-2020.....	26
Tabela 13 CONSULTAS ESPECIALIZADAS, 2017-2020	26
Tabela 14 DEMANDA REPRIMIDA CONSULTAS ESPECIALIZADAS.....	27
Tabela 15 DEMANDA REPRIMIDA, EXAMES ESPECIALIZADOS, MAIO/2021	28
Tabela 16 COBERTURA POPULACIONAL- EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, DEZEMBRO/2020	31
Tabela 17 COBERTURA POPULACIONAL- ESF SAÚDE BUCAL, JUNHO/2021	31
Tabela 18 COBERTURA POPULACIONAL- AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, DEZEMBRO/2020	31
Tabela 19 EQUIPES DE ESF VALIDADAS	31
Tabela 20 CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS.....	33
Tabela 21 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ESF	34
Tabela 22 CADASTRADOS POR PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	35
Tabela 23 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 1, 2017-2020	36
Tabela 24 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 2, 2017-2020	36
Tabela 25 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 3, 2017-2020	36
Tabela 26 VISITAS DOMICILIARES POR ACS, 2017-2020.....	37
Tabela 27 TAXA DE INTERNAMENTO/POPULAÇÃO (%), 2017-2020.....	46
Tabela 28 INTERNAMENTO QUANTO AO CARÁCTER DE ATENDIMENTO, 2017-2020	46
Tabela 29 INTERNAMENTOS QUANTO AO GRUPO DE PROCEDIMENTOS, 2017-2020.....	46
Tabela 30 INTERNAÇÕES DE RESIDENTES POR ESTABELECIMENTO, 2017-2020	47
Tabela 31 RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMAS – SAÚDE NA ESCOLA E CRESCER SAUDÁVEL, 2021-2022.....	51
Tabela 32 SAÚDE BUCAL – DADOS E INDICADORES, 2017-2020.....	54
Tabela 33 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MOVEL REALIZADO PELA EQUIPE DE SUPORTE BASICO DE VIDA TERRESTRE .	55
Tabela 34 TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELA UNIDADE DE SUPORET BASICO DE VIDA TERRESTRE (USB)	55
Tabela 35 POPULAÇÃO CENSITÁRIA, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO - 2010.....	59
Tabela 36 EVOLUÇÃO POPULACIONAL, FAIXA ETÁRIA – ESTIMATIVA, 2017-2020	60
Tabela 37 POPULAÇÃO ESTIMADA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, 2020	60
Tabela 38 TAXA BRUTA DE NATALIDADE, 2019	61
Tabela 39 TAXA DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO POPULACIONAL (%).....	61
Tabela 40 VARIAÇÃO PULACIONAL, 2018, 2019 e 2020	61
Tabela 41 POPULAÇÃO CENSITÁRIA POR RAÇA E COR, 2010.....	61
Tabela 42 POPULAÇÃO CENSITÁRIA POR TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO, 2010	62
Tabela 43 POPULAÇÃO COM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA, 2010.....	62
Tabela 44 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA	63
Tabela 45 POPULAÇÃO POR RELIGIÃO, 2010.....	63
Tabela 46 PIB PER CAPITA, 2018	64
Tabela 47 SÍNTESE DOS DADOS ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO	65
Tabela 48 IDH-M E SEUS INDICADORES.....	67
Tabela 49 INDICADORES DE VULNERABILIDADE	70
Tabela 50 TAXA BRUTA DE NATALIDADE, 2017-2020.....	70
Tabela 51 FAIXA ETÁRIA DAS MÃES, 2017-2010.....	71

Tabela 52 TAXA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	71
Tabela 53 PESO AO NASCER, 2017-2020	71
Tabela 54 BAIXO PESO AO NASCER	72
Tabela 55 TIPO DE PARTO.....	72
Tabela 56 CONSULTAS PRÉ-NATAL, 2017-2020	72
Tabela 57 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (7 OU +), 2017-2020 (%).....	73
Tabela 58 TAXA DE MORTALIDADE: NÚMERO DE ÓBITOS/1000 HABITANTES.....	73
Tabela 59 MORTALIDADE POR SEXO, 2017-2020.....	73
Tabela 60 MORTALIDADE POR CAUSAS, 2017-2020	74
Tabela 61 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, MUNICÍPIO E ESTADO, 2017-2020.	74
Tabela 62 MORTALIDADE POR CAUSAS E SEXO, 2017-2020.....	75
Tabela 63 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA, ACUMULADO 2017-2020	76
Tabela 64 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA, MUNICÍPIO E PARANÁ, ACUMULADO - 2017-2020	77
Tabela 65 CAUSAS DE MORTALIDADE PREMATURA, 2016-2019	77
Tabela 66 CAUSAS DE MORTALIDADE PREMATURA POR FAIXA ETÁRIA (30-69 ANOS), 2016-2019	78
Tabela 67 TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA, 2016-2019	79
Tabela 68 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, 2016-2019.....	79
Tabela 69 ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, 2016-2019	80
Tabela 70 COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, 2012/2020.....	80
Tabela 71 MORTALIDADE INFANTIL POR FAIXA ETÁRIA E FETAL, 2016/2020	80
Tabela 72 ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS DE 5 A 74 ANOS, 2016-2019	81
Tabela 73 PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS DE 5 A 74 ANOS, 2016-2019	81
Tabela 74 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO, 2017-2020.....	82
Tabela 75 RESULTADO DA CAMPANHA DA VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA, 2017-2020.....	84
Tabela 76 COBERTURA POR IMUNOBIOLOGICOS, 2017-2020.....	85
Tabela 77 COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 2 ANOS, 2017-2020.....	85
Tabela 78 COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO, 2017-2020	86
Tabela 79 SÍFILIS ADQUIRIDA – CASOS E TAXA DE DETECÇÃO, 2017-2020.....	87
Tabela 80 TUBERCULOSE SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO, 2001-2020.....	88
Tabela 81 CASOS DE HEPATITE B E TAXA DE DETECÇÃO (POR 100.000 HABITANTES), 2016 -2019.....	88
Tabela 82 CASOS DE HEPATITE C E TAXA DE DETECÇÃO (POR 100.000 HABITANTES), 2016-2019.....	88
Tabela 83 CASOS DE HANSENÍASE, 2001-2020	89
Tabela 84 VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVADA	89
Tabela 85 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR – EVOLUÇÃO DOS CASOS, 2016-2019	89
Tabela 86 INTERNAMENTOS POR CAUSAS, 2016-2020	90
Tabela 87 INTERNAMENTOS, POR SEXO, ACUMULADO 2016-2020.....	91
Tabela 88 INTERNAMENTOS POR FAIXA ETÁRIA, ACUMULADO 2016-2020.....	92
Tabela 89 CAUSAS DE INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA – LISTA ESPECÍFICA, 2017-2020	93
Tabela 90 COMPARATIVO EPIDEMIOLÓGICO – INDICADORES SELECIONADOS, MUNICÍPIO E ESTADO	99
Tabela 91 CONTROLE DA DENGUE	100
Tabela 92 INTOXICAÇÃO EXÓGENA – POR AGENTE, POR RESIDÊNCIA, 2017-2020	101
Tabela 93 INTOXICAÇÃO EXÓGENA – EVOLUÇÃO, 2017-2020.....	101
Tabela 94 PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017-2020.....	101
Tabela 95 AVALIAÇÃO DO MUNICÍPIO PQA-VS, 2019	104
Tabela 96 NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	105
Tabela 97 CONDIÇÕES NUTRICIONAIS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS – PESO X IDADE, 2020	107
Tabela 98 CONDIÇÕES NUTRICIONAIS DAS GESTANTES, 2020	107
Tabela 99 ENERGIA ELÉTRICA	108
Tabela 100 DOMICÍLIOS E SANEAMENTO	109
Tabela 101 INDICADORES DE TRABALHO E RENDIMENTO	110
Tabela 102 MATRÍCULAS EM NÍVEIS EDUCACIONAIS	111
Tabela 103 ACIDENTES DE TRANSPORTE	113
Tabela 104 ASSISTÊNCIA SOCIAL - CADASTROS DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS	113
Tabela 105 CADASTRO ÚNICO E FAMÍLIAS, ABRIL/2021	115
Tabela 106 BENEFICIÁRIOS DO BPC, MAIO/2020.....	115
Tabela 107 COVID-19: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, 2020-2021	121

Tabela 108 COVID-19: ÓBITOS POR SEXO.....	121
Tabela 109 COVID-19: ÓBITOS COM/SEM COMORBIDADES	122
Tabela 110 COVID-19: TIPOS DE COMORBIDADE E NÚMERO DE ÓBITOS	122
Tabela 111 ORIGEM DAS RECEITAS A SAÚDE, 2017-2020	127
Tabela 112 DESPESAS EMPENHADAS POR SUBFUNÇÕES, 2017-2020.....	127
Tabela 113 DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL, 2017-2020	127
Tabela 114 INDICADORES FINANCEIROS DA SAÚDE, 2017-2020	128
Tabela 115 EXECUÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS POR BLOCO DE FINANCIAMENTO E PROGRAMA DE TRABALHO, 2020...	129
Tabela 116 CAPITAÇÃO PONDERADA, DEZEMBRO/2020	130
Tabela 117 PER CAPITA DE TRANSIÇÃO, DEZEMBRO/2020	130
Tabela 118 INCENTIVO FINANCEIRO REFERENTE AO PAGAMENTO POR DESEMPENHO – ISF, 2QUADRI/2020	131
Tabela 119 PAGAMENTO POR DESEMPENHO, DEZEMBRO/2020.....	131
Tabela 120 AÇÕES ESTRATÉGICAS, DEZEMBRO/2020	131
Tabela 121 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, DEZEMBRO/2020	131
Tabela 122 INFORMATIZA-SUS	132
Tabela 123 SAÚDE NA HORA EMERGENCIAL (COVID-19 CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO).....	132
Tabela 124 CENTROS DE ATENDIMENTO (COVID-19 CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	132
Tabela 125 RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS A COVID-19, 2020	132
Tabela 126 CATEGORIAS PROFISSIONAIS E VÍNCULOS, 2021	133
Tabela 127 RESULTADOS IDSUS, ADRIANOPOLIS, 2012	141
Tabela 128 UNIDADES DISPENSADAS DE MEDICAMENTOS PELO MUNICÍPIO, 2017-2020	144

FIGURAS

Figura 1 ORGANOGAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	22
Figura 2 PRONTO ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE	22
Figura 3 ATRIBUTOS E FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	31
Figura 4 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	32
Figura 5 MAPA DA TERRITORIALIZAÇÃO - MICROÁREAS.....	38
Figura 6 ESF VILA MOTA	43
Figura 7 COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE ADRIANOPOLIS	56
Figura 8 PIRÂMIDE ETÁRIA	59
Figura 9 – TAXA DE ENVELHECIMENTO	63
Figura 10 ÁRVORE DO IDH-M.....	67
Figura 11 ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – IPDM.....	68
Figura 12 DIMENSÕES DO IPDM – ADRIANOPOLIS	68
Figura 13 ÍNDICES SOCIOECONOMICOS E POSIÇÃO DO MUNICÍPIO	69
Figura 14 COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE PR, 2018	87
Figura 15 MUNICÍPIOS SEGUNDO INCIDÊNCIA DE DENGUE, 2018-2019.....	100
Figura 16 PORTE DOS MUNICÍPIOS – ELENCO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	103
Figura 17 BOLSA FAMÍLIA – CONDICIONALIDADES DA SAÚDE	106
Figura 18 TAXA DE COBERTURA DE COLETA DE RESÍDUOS.....	108
Figura 19 PARQUE ESTADUAL DAS LAURÁCEAS, COMUNIDADES QUILOMBOLAS E PROCESSOS MINERÁRIOS	110
Figura 20 TAXA DE ANALFABETISMO (%).....	111
Figura 21 IDEB - ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL	112
Figura 22 IDEB - ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL.....	112
Figura 23 IDEB.....	112
Figura 24 TAXAS DE OCORRÊNCIAS POLICIAIS (SESP/2019),.....	116
Figura 25 PROMOÇÃO DA SAÚDE – TEMAS PRIORITÁRIOS	118
Figura 26 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.....	119
Figura 27 COVID-19: TRANSPARÊNCIA	123
Figura 28 ÍNDICE DE TRANSPARÊNCIA COVID - ITP TCE/PR	124
Figura 29 COVID-19: PUBLICAÇÕES NA INTERNET	124
Figura 30 COMPONENTES DA REDE NAICONAL DE DADOS EM SAÚDE.....	135
Figura 31 ABRANGÊNCIA DA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE	136
Figura 32 INDICADORES IDSUS 2008-2010	140

QUADROS

Quadro 1 DIVISÃO ADMINISTRATIVA	18
Quadro 2 CARACTERIZAÇÃO SINTÉTICA DO TERRITÓRIO POR ÁREAS E EQUIPES DE ESF	33
Quadro 3 CARACTERIZAÇÃO SINTÉTICA DAS EQUIPES DE ESF	34
Quadro 4 FROTA DE VEÍCULOS	45
Quadro 5 EXAMES PRÉ-NATAL	49
Quadro 6 EXAMES PRÉ-NATAL - PARCEIROS	50
Quadro 7 TESTES DE TRIAGEM NEONATAL	50
Quadro 8 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA E RESULTADOS, 2017/2020	95
Quadro 9 METAS E INDICADORES PACTUADOS NO PQA-VS	103
Quadro 10 QUADRO-SÍNTESE ACOMPANHAMENTO PROGRAMAS SOCIAIS, MAIO/2021	115
Quadro 11 OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 3 - SAÚDE E BEM-ESTAR	119
Quadro 12 ACESSO AS UNIDADES DE REFERÊNCIA	126
Quadro 13 ACESSO DO MUNICÍPIO AOS CENTROS DE REFERÊNCIA	126
Quadro 14 MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 2ª. REGIONAL DE SAÚDE – METROPOLITANA (CURITIBA)	137
Quadro 15 REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020	139
Quadro 16 RESOLUÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020	139
Quadro 17 COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES	143

GRÁFICOS

Gráfico 1 CONSULTAS MÉDICAS NO MUNICÍPIO, 2017-2020	24
Gráfico 2 CONSULTAS ESPECIALIZADAS (%), ACUMULADO 2018-2020	27
Gráfico 3 CADASTRADOS POR PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE POR ESF	35
Gráfico 4 VISITAS DOMICILIARES – ACS, 2017-2020	37
Gráfico 5 DENSIDADE DEMOGRÁFICA	62
Gráfico 6 EVOLUÇÃO DO PIB PER CAPITA	65
Gráfico 7 ÍNDICE DE GINI	69
Gráfico 8 ÓBITOS POR CAUSAS, ACUMULADO 2017-2020 (%)	74
Gráfico 9 NÚMERO DE ÓBITOS POR SEXO, ACUMULADO 2017-2020	76
Gráfico 10 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO, 2017-2020	83
Gráfico 11 COBERTURA VACINAL MENORES DE 01 ANO (%), 2017-2020	86
Gráfico 12 INTERNAMENTOS POR CAUSA, ACUMULADO 2016-2020 (%)	90
Gráfico 13 INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA POR GRUPO (%), ACUMULADO 2017-2020	94
Gráfico 14 COVID-19: ÓBITOS POR IDADE	122
Gráfico 15 COVID-19: ÓBITOS POR COMORBIDADES	123
Gráfico 16 RECURSOS PRÓPRIOS EM SAÚDE, 2000-2020 (%)	129
Gráfico 17 MEDICAMENTOS – UNIDADES DISPENSADAS, 2017-2020	144

MAPAS

Mapa 1 RODOVIAS DE ACESSO AO MUNICÍPIO	19
Mapa 2 LOCALIZAÇÃO NO ESTADO	19
Mapa 3 MUNICÍPIOS LIMÍTROFES	19
Mapa 4 ÁREAS DAS EQUIPES DE ESF 01,02 E 03	39
Mapa 5 ÁREA DA EQUIPE ESF 01	40
Mapa 6 MICROÁREAS EQUIPE ESF 01	40
Mapa 7 ÁREA EQUIPE ESF 02	41
Mapa 8 MICROÁREAS EQUIPE ESF 02	41
Mapa 9 ÁREA EQUIPE ESF 03	42
Mapa 10 MICROÁREAS EQUIPE ESF 03	42
Mapa 11 SEDE E COMUNIDADES RURAIS	126
Mapa 12 CENTROS DE REFERÊNCIA	126

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	15
CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	18
1ª PARTE – ANÁLISE SITUACIONAL	21
1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	22
1.1 CAPACIDADE INSTALADA PÚBLICA E PRIVADA.....	23
1.2 OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2 PERFIL ASSISTENCIAL	29
2.1 ATENÇÃO BÁSICA	29
2.2 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)	44
2.3 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	45
3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE	48
3.1 LINHAS DE CUIDADO	48
3.2 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS.....	54
3.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.....	55
4 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS	59
4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	59
4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	64
4.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	70
4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	99
4.5 DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS	106
4.6 ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19	120
5 FLUXOS DE ACESSO.....	126
6 RECURSOS FINANCEIROS	127
7 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO	133
8 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO.....	135
9 GESTÃO	136
9.1 REGIONALIZAÇÃO.....	136
9.2 PLANEJAMENTO	137
9.3 CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA	138
9.4 ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS.....	140
9.5 INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	141
9.6 REGULAÇÃO, AUDITORIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	142
9.7 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	143
9.8 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	145
9.9 CONTROLE INTERNO.....	145
10 CONCLUSÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL.....	146
2ª PARTE – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	147
3ª PARTE – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	162
CONCLUSÃO	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164
ANEXOS.....	167

APRESENTAÇÃO

Esse documento que ora disponibilizamos é o resultado do esforço da equipe de saúde para construir um documento capaz de refletir a realidade de saúde do Município através de dados, informações e indicadores que revelam as várias facetas de nosso sistema.

O setor de saúde é uma política pública da maior complexidade sendo necessário a efetiva colaboração entre as várias esferas de gestão, e nesse caso, alinhando as informações aqui processadas com o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020-2023.

O Plano é uma coletânea de informações que precisam ser analisadas, ressaltando suas debilidades e forças, na perspectiva da construção de respostas adequadas para o aprimoramento do sistema no Município. Nesse sentido, foram traçadas as metas que concretamente vão conduzir a instituição na superação de impasses e na melhor condução possível da gestão, sujeita a monitoramento e avaliações internas e externas.

Esse documento representa fisicamente o resultado do processo de planejamento a que a gestão e equipe, com apoio do Conselho Municipal de Saúde se propuseram a fazer com a certeza de estar contribuindo no aperfeiçoamento de nossa política municipal de saúde, no entanto, apesar do esforço, é possível que não esteja pronto e acabado. Por refletir uma realidade, que é dinâmica, pode sim estar sujeito a críticas ou contribuições no sentido de seu aprimoramento.

Por fim ressaltando, que o Plano Municipal de Saúde sempre estará aberto a alterações e retificações que se fizerem necessárias, por ser uma ferramenta de planejamento, não pode ser estático e hermético e também em razão do seu período de validade efetiva contemplando o futuro, para os próximos 4 anos.

INTRODUÇÃO

PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O planejamento no Sistema Único de Saúde está previsto na Lei 8080/1990¹, no Artigo 16, o qual estabelece que à direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete, no Inciso XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal e ainda no Artigo 36, do Planejamento e do Orçamento define que:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1 - **Os planos de saúde** serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. (BRASIL, 1990).

A Portaria de Consolidação Número 01² de 03 de outubro de 2017, em seu Título IV Do Planejamento, Capítulo I Das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito Do SUS, que incorporou a Portaria 2135/2013³, é a normativa que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define como pressupostos do Planejamento no SUS:

- I - Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.
- II - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e tripartite (CIT).
- III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.
- IV - Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.
- V - Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;
- VI - Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;
- VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

PLANO DE SAÚDE

A Portaria de Consolidação 01/2017, em seu define o Plano de Saúde, em seu Artigo 96º como sendo o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas

¹ Lei 8080 de 19 de setembro de 1990-Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

² Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

³ Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.

Ainda, a Portaria, estabelece no Parágrafo 3º que a elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando 3 composições:

I - Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde;
- b) redes de atenção à saúde;
- c) condições socio sanitárias;
- d) fluxos de acesso;
- e) recursos financeiros;
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;

II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação.

Outro aspecto destacado na Portaria, refere-se à participação da sociedade, conforme os parágrafos 6 e 7 do Artigo 3º:

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 6º)

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP. (Redação dada pela PRT GMMS nº 750 de 29.04.2019)

SISTEMA DigiSUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO – DGMP

A Portaria⁴ Nº 750, de 29 de abril de 2019 altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP. (...)

⁴ Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html Acesso em 22 jun.2021

Art. 436. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para:

I - registro de informações e documentos relativos:

- a) ao Plano de Saúde;
- b) à Programação Anual de Saúde; e
- c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores;

II - elaboração de:

- a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA; e
- b) Relatório Anual de Gestão - RAG; e

III - envio ao Conselho de Saúde respectivo

- a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores;
- b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e
- c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012." (NR)

Art. 437. O registro das informações e a inserção de documentos no DGMP não substitui a obrigatoriedade de elaboração e de apresentação desses instrumentos ao conselho de saúde, à Casa Legislativa e a órgãos de controle, quando for o caso.

(...)

A Portaria ainda preconiza em seu Artigo 438 os objetivos do DGMP:

- I - o aperfeiçoamento da gestão em saúde;
 - II - a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde;
 - III - o aprimoramento do uso dos recursos públicos;
 - IV - o apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e
 - V - a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.
- (...)

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

HISTÓRICO⁵

É bastante antiga a movimentação no território do atual município de Adrianópolis. A exploração de recursos naturais encontrados em grande escala no município foi o que motivou a fixação de muitas famílias no lugar. Por algum tempo a localidade chamou-se Eptácio Pessoa, no entanto esta denominação não perdurou. A partir de 31 de dezembro de 1937, o povoado foi elevado à categoria de Distrito Administrativo com a denominação alterada para Paranaí, com território pertencente ao município de Bocaiúva do Sul.

O município foi criado em 25 de julho de 1960, pela Lei n.º 4.245, sancionada pelo governador Moysés Lupion. Com a emancipação a localidade passou a denominar-se Adrianópolis, em homenagem a Adriano Seabra da Fonseca, empresário de origem portuguesa e que a partir de 1937, muito lutou em favor da comunidade, sendo proprietário da empresa Companhia Plumbum S.A. A instalação oficial deu-se em 15 de novembro de 1961.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Tabela 1 POSIÇÃO GEOGRÁFICA

Posição	Informação
Altitude (m)	181
Latitude	24 ° 39 ' 42 " S
Longitude	48 ° 59 ' 30 " W

IPARDES

O Município é composto de um distrito administrativo e, além do núcleo urbano composto pela Sede, km 4, Carumbé e Vila Bela, apresenta vários bairros rurais, dentre os quais: Volta Grande, Barra Grande, Capelinha, Plumbum, Vila Mota, Caracinha, Estreito, Roque, Porto Novo, Porto Velho, Sete Barras, Córrego das Moças, Córrego dos Malaquias, Tatupeva, Forquilhas, Praia do Peixe, João Súra, Córrego dos Mendes, Bananal, Limoeiro, Varginha, Laranjal, Pinhalzinho, Descampado, Sitinho, Barra Linda, Eptácio Pessoa, Perau, Cresciumas, Canoas, Km 15, Km 18, Km 27, Km 29, Km 40, Braz, Carumbé Acima, Ilha Rasa, Ribeirão do Rocha, São João e Córrego do Franco.

Quadro 1 DIVISÃO ADMINISTRATIVA

Divisão Administrativa	Informação
Número de distritos administrativos	01
Nome dos distritos administrativos	Adrianópolis
Comarca a que pertence	Bocaiúva do Sul

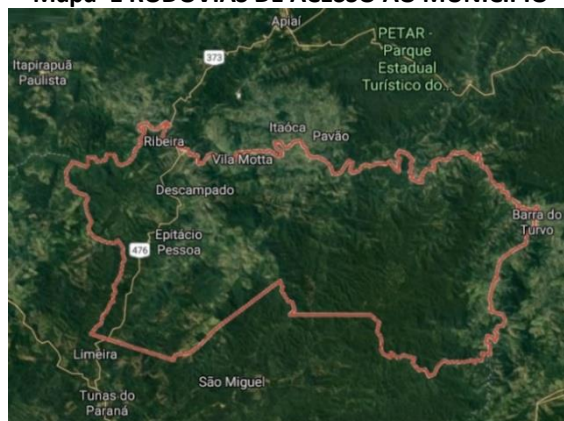
IPARDES

⁵ Disponível em https://www.adrianopolis.pr.gov.br/pagina/78_Historia.html Acesso em 30mai2021.

Acesso ao Município

O município de Adrianópolis é servido pela rodovia BR-476, no seu trecho norte, que liga Curitiba a Apiaí (SP-250).

Mapa 1 RODOVIAS DE ACESSO AO MUNICÍPIO



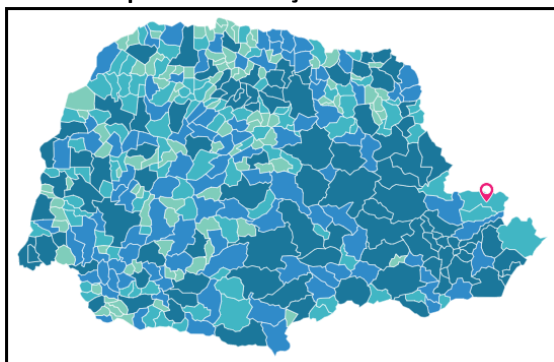
GOOGLE

Localização

O Município se localiza a Sudeste do Estado, na região denominada de Vale do Ribeira e pela proximidade com a capital, pertence à Região Metropolitana de Curitiba.

A grande região do Vale do Ribeira está localizada entre os estados do Paraná e São Paulo (no extremo sudeste de São Paulo e nordeste do Paraná), abrangendo 32 municípios e mais de 2,1 milhões de hectares de florestas, 150 mil de restingas e 17 mil de manguezais (Projeto Geomed IGE/UNICAMP, 2004). A Região do Vale do Ribeira no Estado do Paraná é composta pelos municípios de Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Itaperuçu, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná, onde vivem 90.708 habitantes, sendo a maior concentração na área rural.

Mapa 2 LOCALIZAÇÃO NO ESTADO



IBGE

Mapa 3 MUNICÍPIOS LIMÍTROFES



IPARDES

Tabela 2 PRINCIPAIS DISTÂNCIAS

Cidade	Distância (km)	Tempo (h/min)
Apiáí (SP)	35,4	44min
Bocaiúva do Sul	94,7	1h53min
Brasília	1206	15h44min
Cerro Azul	82,8	2h04min
Curitiba	133,0	2h47min
Tunas do Paraná	54,5	1h05min

GOOGLE

Registros Fotográficos do Município



GOVERNO DO PR



GOOGLE



PM-ADRIANÓPOLIS - FACEBOOK



PM-ADRIANÓPOLIS - FACEBOOK

1ª PARTE – ANÁLISE SITUACIONAL

A Análise Situacional é um processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades.

A análise situacional⁶ é feita a partir do processamento e da análise de um conjunto de dados que são trabalhados com vistas a identificar as características de saúde da população de um determinado território.

Quanto mais elementos puderem ser agregados na análise situacional, mais rico e preciso será o seu resultado.

A análise situacional é orientada, dentre outros componentes, pelos oito temas trabalhados no Mapa da Saúde.

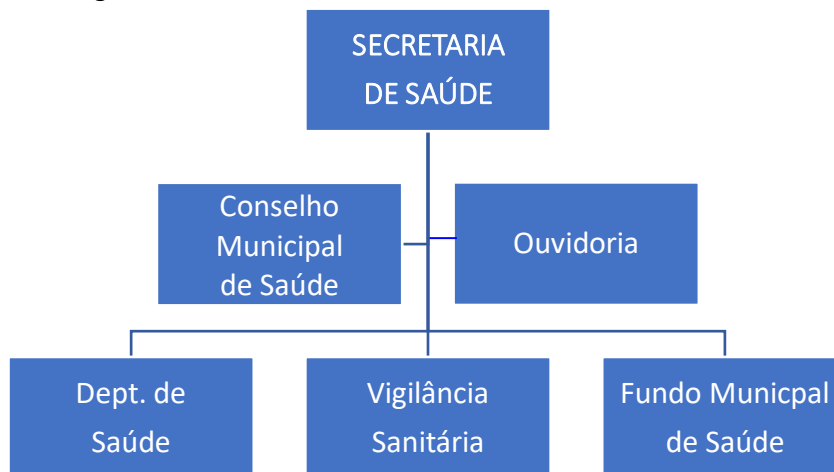
- 1) estrutura do sistema de saúde;
- 2) redes de atenção à saúde;
- 3) condições socio sanitárias;
- 4) fluxos de acesso;
- 5) recursos financeiros;
- 6) gestão do trabalho e da educação na saúde;
- 7) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e
- 8) gestão.

⁶ Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS.

1 | ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Adrianópolis, tem conforme o organograma a seguir, a estrutura que envolve Departamento de Saúde, Vigilância Sanitária e Fundo Municipal de Saúde. Também está vinculado o Conselho Municipal de Saúde.

Figura 1 ORGANOGrama DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O Município tem uma rede de serviços constituído por unidades localizadas no Município e referencias em outros centros. Participa de Consórcio Intermunicipal de Saúde (COMESP), constituído pelos Municípios da 2ª. Regional de Saúde. Conta com um Pronto Atendimento que funciona em prédio próprio, possui atendimento médico, funcionando diuturnamente para o atendimento à comunidade e o Centro de Saúde de Adrianópolis (Olímpio Gonçalves dos Santos), onde funciona uma equipe do programa Saúde da Família. Há também a UBS David Armstrong (Porto Novo), UBS Pedro Rodrigues (Vila Mota), além do trabalho de médico, que percorre as regiões mais longínquas do município onde se encontram os postos avançados de Epitácio Pessoa, Perau, Varginha, João Sura e Córrego do Franco.

Figura 2 PRONTO ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE OLÍMPIO GONÇALVES DOS SANTOS



SMS-ADP

1.1 CAPACIDADE INSTALADA PÚBLICA E PRIVADA

1.1.1 Estabelecimentos de Saúde

As tabelas a seguir apresentam os estabelecimentos de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dos 07 estabelecimentos registrados 5 são municipais, 01 estadual e 01 de gestão dupla.

Tabela 3 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUANTO AO TIPO DE GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Unidade Móvel De Nível Pré-Hosp. Urgência /Emergência	0	0	1	1
Centro de Saúde/Unidade Básica	0	0	1	1
Unidade Mista	1	0	0	1
Posto de Saúde	0	0	2	2
Central de Gestão em Saúde	0	0	1	1
Clínica/Centro De Especialidade	0	1	0	1
Total	1	1	5	7

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE ADRIANÓPOLIS, 2020

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos 07 estabelecimentos assistenciais de saúde, destes são 06 públicos e 01 privado.

Tabela 4 ESTABELECIMENTOS POR NATUREZA JURÍDICA

Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
Administração Pública	5	0	1	6
Entidades Sem Fins Lucrativos				
• Associação Privada	0	1	0	1
Total	5	1	1	7

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE ADRIANÓPOLIS, 2020

1.1.2 Equipamentos existentes e disponíveis ao SUS

Segundo os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no município existem 9 equipamentos, sendo que destes, 16 estão em uso e 11 disponíveis ao SUS.

Tabela 5 EQUIPAMENTOS EXISTENTES E DISPONÍVEIS AO SUS

Equipamento	Existentes	Em Uso	Disponíveis SUS
Raio X de 100 A 500 mA	2	2	2
Raio X Dentário	2	2	-
Ultrassom Convencional	1	1	1
Berço Aquecido	1	1	1
Desfibrilador	2	2	2
Reanimador Pulmonar/Ambu	2	2	2

Equipo Odontológico	6	6	3
Total	16	16	11

DATASUS ABRIL2021

1.2 OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Na sequência será apresentada a cobertura assistencial do Município, com o efetivamente produzido.

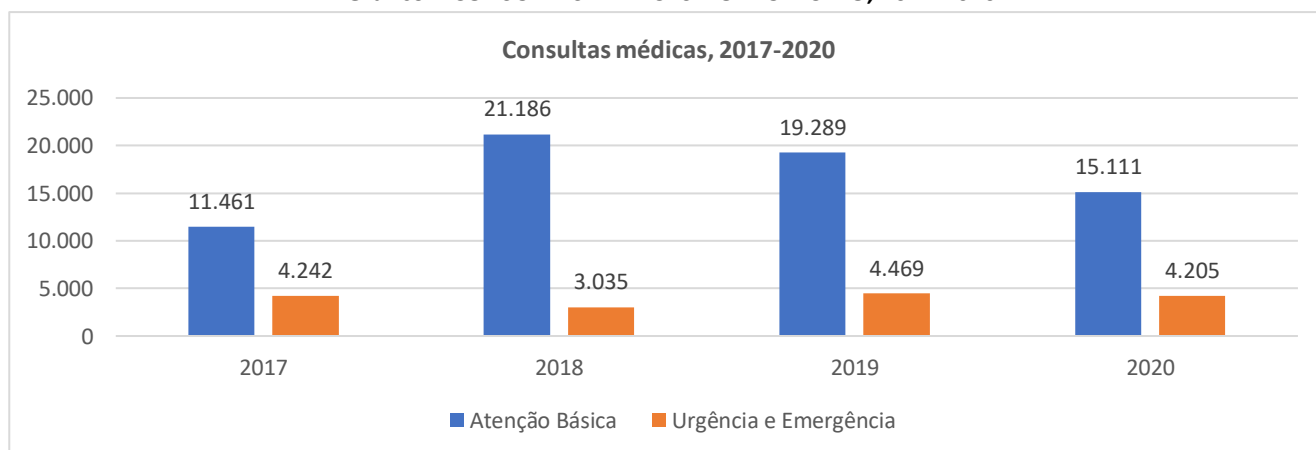
Em relação as consultas médicas de Atenção Básica, houve uma grande variação na série histórica, após grande crescimento em grande crescimento em 2018 e 2019, em relação a 2017, houve redução em 2020, muito provavelmente ocasionado pelo surgimento da pandemia de COVID

Tabela 6 CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO, 2017-2020.

Consultas Médicas	2017	2018	2019	2020	Média
Atenção Básica (sub total)	11.461	21.186	19.289	15.111	16.762
• Saúde da Família	5.826	8.663	5.880	4.307	6.169
• Clínica Geral	5.631	10.322	11.068	10.090	9.278
• Pediatria	4	1.620	1.713	605	985,5
• Ginecologia e Obstetrícia	-	581	628	109	439
Urgência e Emergência (subtotal)	4.242	3.035	4.469	4.205	3.988
Total	15.703	24.221	23.758	19.316	20.750

SISAB E-SUS

Gráfico 1 CONSULTAS MÉDICAS NO MUNICÍPIO, 2017-2020



Quando considerado o per capita o Município apresenta valores médios para o período, de 3,5 consultas per capita. Em relação a variação percentual, no período 2017/2018, houve crescimento de 60 %, 2018/2019 redução de - 1% e 2019/2020, redução de -18%.

Tabela 7 CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO PER CAPITA 2017-2020

Tipo de Consultas	2017	2018	2019	2020	Média
Consultas Médicas	15.703	24.221	23.758	19.316	20.750
População	6.254	5.983	5.919	5.857	-
Per capita	2,51	4,05	4,01	3,30	3,5
Variação	-	+ 60 %	-1 %	- 18%	-

SISAB E-SUS

Entre as consultas de Atenção Básica e de Urgência, do total, ou seja, 20.759, 81 % (16.762), foram de Atenção Básica e 19 % (3.988) de Urgência/Emergência, conforme demonstrado na tabela na sequência.

Tabela 8 CONSULTAS MÉDICAS, POR TIPO, REALIZADAS NO MUNICÍPIO PER CAPITA, 2017-2020

Consultas Médicas	2017	2018	2019	2020	Média
Atenção Básica	11.461	21.186	19.289	15.111	16.762
• População	6.254	5983	5919	5857	-
• Per capita	1,83	3,39	3,08	2,42	2,68
• Variação		85%	-9%	-21%	
Urgência e Emergência	4.242	3.035	4.469	4.205	3.988
• População	6.254	5.983	5.919	5.857	
• Per capita	0,68	0,51	0,76	0,72	0,66
• Variação		-25%	49%	-5%	

SISAB E-SUS

Os exames laboratoriais no Município são prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (COMESP) e prestador privado. A média per capita no período 2017-2020, foi de 4,22 exames, com significativa redução no ano atípico de 2020, em função da pandemia

Tabela 9 EXAMES LABORATORIAIS, 2017-2020

	2017	2018	2019	2020	Média	%
Exames Laboratoriais COMESP	4.988	16.634	21.262	11.329	13553	54%
Exames Laboratoriais SANTA CRUZ	22.908	8.006	8.494	6.956	11.591	46%
Total	27896	24.640	29.756	18.285	25.144	100%
Per capita	4,61	4,12	5,03	3,12	4,22	

COMESP/SMS

No que se refere a procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica, considerando itens selecionados a produção na série histórica está registrada na tabela a seguir.

Tabela 10 DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA – COMESP - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS, 2017-2020.

Atendimentos	2017	2018	2019	2020	Média
Colonoscopia	23	51	7	3	21
Eletrocardiograma	36	41	15	6	25

Endoscopia	123	80	97	49	87
Raio X	27	58	23	23	33
Ressonância Magnética Nuclear	93	143	125	74	109
Tomografias	128	126	106	75	109
Ultrassom	96	67	51	122	84

SMS

Em relação a diagnóstico e terapêutica, são realizados no Município exames de Raio X, com a média entre 2017-2020, de 3.76 anuais, e ultrassom com média de 850 anuais. É visível a redução no ano de 2020, provavelmente em função da pandemia.

Tabela 11 DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA – MUNICÍPIO - EXAMES SELECIONADOS, 2017-2020.

Exames selecionados	2017	2018	2019	2020	Média
Raio X	3832	3923	4166	3584	3876
Ultrassom	1078	996	1058	269	850

SMS

A Secretaria não disponibiliza no Município atendimentos de Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. A produção de Fisioterapia está registrada na tabela a seguir, com uma média de 1375 por ano, considerando a série histórica 2018-2020. Em relação aos atendimentos de fisioterapia há uma notória diminuição no ano de 2020, justificada.

Tabela 12 ATENDIMENTOS FISIOTERAPIA, 2017-2020.

Atendimento	2018	2019	2020	Média
Fisioterapia	1482	1635	1009	1375

SMS

O Município não disponibiliza consultas especializadas no Município. Nesse sentido os atendimentos são realizados em outros centros, conforme pactuações e no âmbito dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, no caso especificamente o COMESP⁷.

No período 2018-2020 foram realizadas, 1025 consultas, uma média de 342 consultas mês, sendo que o maior número foi de Oftalmologia com 31,0 %, seguido por Cardiologia com 15,6% e Ortopedia com 11,1 %. A média per capita no período foi de 0,06 consultas por habitante.

Tabela 13 CONSULTAS ESPECIALIZADAS, 2017-2020

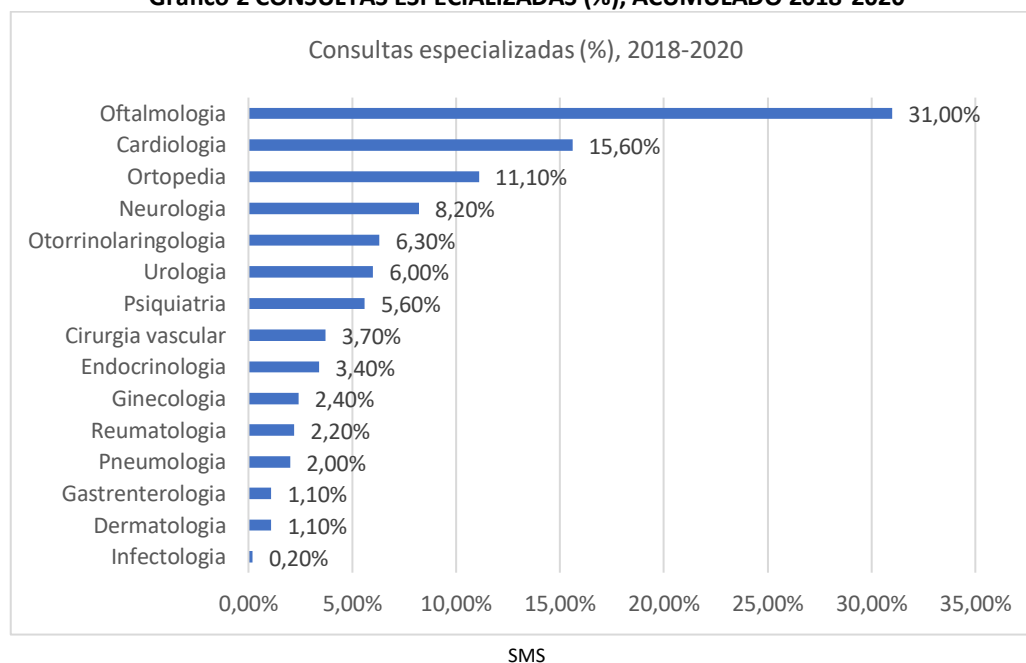
Especialidade	2018		2019		2020		Total	Média	%
	COMESP	GSUS	COMESP	GSUS	COMESP	GSUS			
Oftalmologia	59	-	183	24	38	14	318	106	31,0%
Cardiologia	-	112	-	08	15	25	160	53	15,6%
Ortopedia	45	-	31	17	13	08	114	38	11,1%
Otorrinolaringologia	-	28	-	19	-	18	65	22	6,3%

⁷ O Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná é uma associação entre os 28 municípios da região metropolitana de Curitiba/PR e Guaratuba no litoral do Paraná.

Psiquiatria	5	-	24	-	28	-	57	19	5,6%
Neurologia	41	-	28	03	4	08	84	28	8,2%
Urologia	-	12	11	13	14	12	62	21	6,0%
Cirurgia vascular	-	-	14	03	12	09	38	13	3,7%
Endocrinologia	-	-	16	01	16	02	35	12	3,4%
Ginecologia	-	05	-	04	10	06	25	8	2,4%
Reumatologia	-	02	7	03	7	04	23	8	2,2%
Pneumologia	-	05	2	04	6	03	20	7	2,0%
Dermatologia	-	06		02		03	11	4	1,1%
Gastrenterologia	-	-	-	02	6	03	11	4	1,1%
Infectologia	--	-	-	01	-	01	2	1	0,2%
Subtotal	150	170	316	104	169	116	1025	342	100,0%
Total	320		420		285		1025	342	100,0%
Per capita	0,05		0,07		0,05		-	0,06	-

SMS

Gráfico 2 CONSULTAS ESPECIALIZADAS (%), ACUMULADO 2018-2020



O registro da demanda reprimida é obtido junto ao CARE - Central de Acesso à Regulação do Paraná. A regulação no SUS está organizada e definida através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação⁸. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, como parte do Sistema Único de Saúde – SUS, segue os princípios e diretrizes norteadores deste.

Tabela 14 DEMANDA REPRIMIDA CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Especialidade	Quantidade
Oftalmologia	228
Urologia	144
Ortopedia	130

⁸ Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Sistema-Estadual-de-Regulacao>. Acesso em 15 jul.2021.

Cirurgia geral	114
Cardiologia	76
Ginecologia	58
Otorrinolaringologia	52
Dermatologia	48
Neurologia	45
Endocrinologia	39
Gastrenterologia	37
Cirurgia vascular	30
Reumatologia	25
Pneumologia	17
Infectologia	5
Proctologia	-
Psiquiatria	-
Vascular/Angiologia	-
Total	1048

CARE Ref.: Maio/2021

A Tabela a seguir apresenta a demanda reprimida por exames especializados. Nela é possível verificar o alto número para ultrassom, endoscopias, tomografias e ressonância magnética nuclear.

Tabela 15 DEMANDA REPRIMIDA, EXAMES ESPECIALIZADOS, MAIO/2021

Especialidade	Quantidade
Ultrassom diversas (abdômen total, transvaginal, rins e vias, etc.)	772
Endoscopia	353
Tomografias	223
Ressonância Magnética Nuclear	176
Colonoscopia	71
Eletroencefalograma	51
Raios X	43
Eletrocardiograma	27
Exames oftálmicos	-
Total	1716

CARE Ref.: Maio/2021

Cirurgias Eletivas

Em relação a demanda reprimida de cirurgias o Município não tem dados, uma vez que o paciente entra em fila de espera do próprio prestador (Hospital do Rocio e Angelina Caron). O paciente faz o pré-operatório e aguarda o próprio Hospital chamar. O Município não é informado sobre a lista que fica em poder do prestador.

2 | PERFIL ASSISTENCIAL

2.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica⁹ está preconizada na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e estabelece que

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Portaria também define as diretrizes as quais se assentam a Atenção Básica:

I - Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

II - Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

Os Atributos e os Papéis da Atenção Primária à Saúde¹⁰, operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis, e haverá qualidade quando estes sete atributos forem operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) os derivados.

O **primeiro contato** implica na acessibilidade e no uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde. Operacionalizando esse conceito, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde,

⁹ Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 03jun.2021.

¹⁰ Disponível em <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@0193cdb7-0613-4c8a-b3c1-3f7d00c72379&emPg=true> Acesso 10jun2021

quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

A **longitudinalidade** constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde junto aos usuários e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Trata-se da capacidade de lidar com o crescimento e as transformações dos indivíduos, grupos e do próprio território, no decorrer de um período de anos.

A **integralidade** significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Para observarmos a integralidade nos serviços de saúde, devemos estar atentos às seguintes dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção à saúde; atenção nos três níveis de complexidade; articulação entre ações de promoção, proteção e prevenção; e abordagem integral aos indivíduos e às famílias. Para garantia da integralidade, faz-se necessária uma rede de serviços em diferentes níveis, funcionando de maneira integrada e articulada para o cuidado das demandas de saúde da população.

A **coordenação** conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS.

Já os atributos derivados devem perpassar os essenciais, na perspectiva de garantir a base para o desenvolvimento de características diferenciais para o modelo de atenção à saúde pautada na APS.

A **focalização na família** impõe considerá-la como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.

A **orientação comunitária** significa o reconhecimento das necessidades das famílias, em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige análise situacional de suas necessidades de saúde em uma perspectiva populacional e sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários.

A **competência cultural** convoca relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a coordenação e a responsabilização.

O papel da **resolubilidade**, inerente ao nível de cuidados primários, significa que estes devem ser resolutivos e capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 85% da demanda da APS.

O papel de **coordenação** expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A função de **responsabilização** implica no conhecimento e no relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, no exercício da gestão de base populacional e na responsabilização econômica e sanitária, em relação a essa população adscrita.

A figura¹¹ a seguir sintetiza os atributos e funções da Atenção Primária:



2.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO

A Atenção Básica do Município é realizada através de 03 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que cobrem 100 % da população e estão instaladas em 03 Unidades Básicas de Saúde. Possui 100 % de cobertura em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 16 COBERTURA POPULACIONAL- EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, DEZEMBRO/2020

Pop.	Nº ESF Cob.	Nº EAB Param. Cob.	CH Médico	CH Enfermeiro	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
5.919	3	0	0,66	1	5.919	100%	5.919	100%

E-GESTOR AGOSTO/2021

Tabela 17 COBERTURA POPULACIONAL- ESF SAÚDE BUCAL, JUNHO/2021

Pop.	Nº eSFSB Cob.	Nº EABSB Param.	CH Dentista	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
5.857	3	0	0	5.857	100,00%	5.857	100,00%

E-GESTOR AGOSTO/2021

Tabela 18 COBERTURA POPULACIONAL- AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, DEZEMBRO/2020

População	Nº ACS Cob.	Estim. Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS
5.919	14	5.919	100%

E-GESTOR AGOSTO/2021

Tabela 19 EQUIPES DE ESF VALIDADAS

N	Equipe/Nome	INE	CNES	Profissionais cadastradas
1	CS Adrianópolis	0000374059	0013102	13
2	Vila Mota	0000374075	0021857	11
3	Colônia Sete Barras	0000374067	0013110	09

SMS-ADP

¹¹ Disponível em <https://redehumanizaus.net/89883-atencao-primaria-nas-redes-de-atencao-a-saude/> Acesso 10jun2021

Figura 4 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



ESF 1 CS Adrianópolis



ESF 2 Vila Mota



ESF 3 Colônia Sete Barras

2.1.1.1 Territorialização

Quando analisamos o território¹², é importante considerar que são diversos os fatores que condicionam o estado de saúde das pessoas, como o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a infraestrutura existente, de moradia e de trabalho; a subjetividade, a afetividade, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade; o grau de desigualdade de renda; a presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; os níveis de violência, discriminação, dependência química etc.; se é área de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.); mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; e presença de fontes poluidoras, como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos.

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse espaço apresenta, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde. O tripé, formado por DSS, situação de saúde-doença e RAS, constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional na saúde abrange essas três dimensões, e cada uma delas apresentam seus indicadores próprios, possibilitando a comparação desses aspectos entre vários territórios de saúde.

- **Caracterização sintética dos territórios**

No Quadro a seguir, a caracterização geral dos territórios de cada uma das Unidades. Ressaltando que as mesmas tem características diferentes, considerando que a ESF 1 é urbana e as demais são rurais.

¹² Disponível em <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@0193cdb7-0613-4c8a-b3c1-3f7d00c72379&emPg=true> Acesso 10jun2021

Quadro 2 CARACTERIZAÇÃO SINTÉTICA DO TERRITÓRIO POR ÁREAS E EQUIPES DE ESF

Item	ESF 1	ESF 2	ESF 3
Descritivo físico geral	Área urbana, centro da cidade	Localizada área rural em Vila Mota.	Localiza-se área rural em Porto Novo.
Perfil socioeconômico	Localizada no Centro do município, possui localização privilegiada próximas a rodovias, e a fábrica. No setor de educação, podemos destacar o ensino municipal fundamental, e ensino médio.	Vila Mota e Capelinha são as regiões mais afetadas, em razão da empresa de extração de Chumbo. Maioria aposentados, outros vivem do pequeno comércio.	As famílias, que vivem do artesanato e da agricultura de subsistência. Uma das dificuldades dos moradores é o difícil acesso a sede, que fica a 60 km do bairro, por estrada de chão.
Áreas vulneráveis e de risco	Morro da Pedreira	Resíduos de Chumbo	Comunidades Quilombolas
Organização Social	APAE, APMI.	Grupos religiosos, Cozinha Comunitária.	Comunidades Remanescentes Quilombola, Comunidade Tradicional Negra, Associação de Produtores Agropecuário.
Cultura e Lazer	Tradicional rodeio crioulo, festas juninas, festa da cidade.	Tradicional Festa de Bom Jesus no Bairro Descampado e Festa de Santa Barbara.	Apresentações dos quilombolas tradicionais.

SMS

- Características dos domicílios**

Em relação aos domicílios dos moradores nos territórios, são em média 3,4 moradores/domicílio. É possível verificar na próxima tabela que ainda existem domicílios sem energia elétrica.

Tabela 20 CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS

Características	ESF 1	ESF 2	ESF 3
Nº de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente e outros	946	887	621
Nº de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração e sem tratamento	946	887	621
Nº de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto	946	887	621
Nº de domicílios com energia elétrica	893	817	536
Nº de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto	946	887	621
Nº de pessoas cadastradas	3260	2998	2176
Nº médio de pessoas por domicílio	3,4	3,4	3,5

SMS

- Caracterização geral das equipes**

Na sequência o quadro apresenta caracterização geral das equipes, tais como unidade de referência, data de implantação. No caso das ESF2, foi reativada em 2020 e a ESF 3 em 2019.

A ESF com maior população adscrita é a ESF 1 com 3260 pessoas cadastradas seguida pela ESF 2 com 2998 e a ESF 3 com 2176. Em relação ao acolhimento todos os pacientes são atendidos.

Não há Conselhos Locais relacionados as equipes.

Quadro 3 CARACTERIZAÇÃO SINTÉTICA DAS EQUIPES DE ESF

Item	ESF 1	ESF 2	ESF 3
Unidade de Referência	Centro de Saúde Olímpio Gonçalves Dos Santos	Unidade Básica de Saúde Pedro Rodrigues	Unidade Básica de Saúde David Armstrong
Data de Implantação	01/05/2002	01/04/2020 (reativada)	20/02/2019 (reativada)
Endereço	Rua Cassiano Rosa dos Santos SN	Rua Ruben Selbman, SN.	Rua 4, SN
Horário de Atendimento	8 às 12 h – 13 as 17h	8 às 12 h – 13 as 17h	8 às 12 h – 13 as 17h
Abrangência (locais de atuação)	Sede, km 4, Carumbé e Vila Bela, Barra Grande, Laranjal, Pinhalzinho, Km 15, Km 18, Km 27, Km 29, Km 40, Brás, Carumbé Acima, Ilha Rasa, Ribeirão do Rocha. Volta Grande	Capelinha, Plumbum, Vila Mota, Caracinha, Estreito, Bananal, Limoeiro, Varginha, Descampado, Sitinho, Barra Linda, Epitácio Pessoa, Perau, Cresciumas, Canoas	Roque, Porto Novo, Porto Velho, Sete Barras, Córrego das Moças, Córrego dos Malaquias, Tatupeva, Forquilhas, Praia do Peixe, João Súra, São João e Córrego do Franco.
População	3260	2998	2176
Pessoas cadastradas	3260	2998	2176
Microáreas	6	5	4
Distância UBS até sede	Sede	16 km	30 km
Acolhimento	Todos os pacientes são acolhidos, ninguém sai sem atendimento	Todos os pacientes são acolhidos, ninguém sai sem atendimento	Todos os pacientes são acolhidos, ninguém sai sem atendimento
Capacitações	Participam das capacitações oferecidas pela 2RS e no próprio município, com treinamentos pelas próprias equipes.	Participam das capacitações oferecidas pela 2RS e no próprio município, com treinamentos pelas próprias equipes.	Participam das capacitações oferecidas pela 2RS e no próprio município, com treinamentos pelas próprias equipes.
Controle Social	CMS	CMS	CMS
Satisfação dos Usuários	Caixas de sugestões	Caixas de sugestões	Caixas de sugestões

SMS

- Composição das equipes**

No que se refere a composição das equipes todas estão completas, sendo que a variação de agentes comunitários de saúde em função do tamanho de cada equipe.

Tabela 21 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ESF

Composição da equipe	ESF 1	ESF 2	ESF 3
Administrativos	1	1	1
Agente de Combate a Endemias	1	1	1
Agentes Comunitários de Saúde	6	5	4
Auxiliar de Saúde Bucal	1	1	1
Dentista	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Médico	1	1	1

Motorista	1	1	1
Total	13	12	11

SMS

- Cadastrados por patologia e condições de saúde**

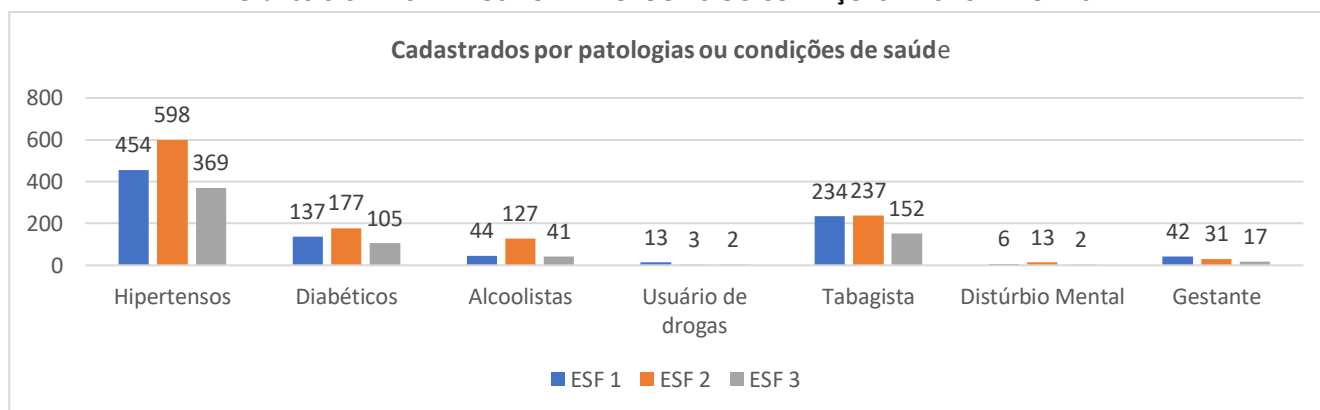
Na média, 33,2% das pessoas cadastradas são portadoras de alguma patologia ou condição de saúde. A hipertensão lidera com 50,7 %, seguida pelos tabagistas e em terceiro os diabéticos. A equipe com maior número de cadastrados é a ESF 2 com 39,6 %, segundo lugar em população.

Tabela 22 CADASTRADOS POR PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

Condições de Saúde	ESF 1	ESF 2	ESF 3	Total	%
Hipertensos	454	598	369	1421	50,7
Diabéticos	137	177	105	419	14,9
Alcoolistas	44	127	41	212	7,6
Usuário de drogas	13	3	2	18	0,6
Tabagista	234	237	152	623	22,2
Distúrbio Mental	6	13	2	21	0,7
Gestante	42	31	17	90	3,2
Total	930	1.186	688	2804	100,0
%	33,2	42,3	24,5	100,0	-
Total de pessoas cadastradas por ESF	3.260	2.998	2.176	8.434	-
Pessoas cadastradas com patologias (%)	28,5	39,6	31,6	33,2	-

SMS

Gráfico 3 CADASTRADOS POR PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE POR ESF



- Produção de serviços - selecionados**

Na sequência as tabelas vão apresentar a produção de serviços por itens selecionados. Na ESF 1 predominou as consultas médicas com 50,4 % e em seguida os procedimentos odontológicos com 46,1 %. Na média per capita, ou seja, o procedimento dividido pela população cadastrada, as consultas médicas foram de 0,97 por pessoa cadastrada e os atendimentos odontológicos 0,89. Nestes procedimentos selecionados o per capita final foi de 1,92.

Tabela 23 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 1, 2017-2020

Atendimento	2017	2018	2019	2020	Média	%	P/C*
Consultas médicas	2930	3931	3058	2733	3163	50,4	0,97
Consultas de Enfermagem	20	54	57	73	51	0,8	0,02
Procedimentos Odontológicos	2179	2526	6357	494	2889	46,1	0,89
Procedimentos Ambulatoriais	-	-	-	72	72	1,1	0,02
Encaminhamentos Especialidades	95	123	170	221	152	2,4	0,05
Total	5224	6634	9642	3593	6273	100,0	1,92

SMS. *P/C = MÉDIA/POPULAÇÃO CADASTRADA

Na ESF 2 predominou os procedimentos odontológicos com 30,4 % e em segundo lugar as consultas médicas com 29,5 %. Na média per capita, ou seja, o procedimento dividido pela população cadastrada, as consultas médicas foram de 0,77 por pessoa cadastrada e os atendimentos odontológicos 0,79. Nestes procedimentos selecionados o per capita final foi de 2,60.

Tabela 24 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 2, 2017-2020

Atendimento	2017	2018	2019	2020	Média	%	P/C*
Consultas médicas	2628	3192	2777	602	2300	29,5	0,77
Consultas de Enfermagem	710	1425	1071	289	874	11,2	0,29
Procedimentos Odontológicos	2318	2509	3954	690	2368	30,4	0,79
Procedimentos Ambulatoriais	4775	2030	1041	622	2117	27,2	0,71
Encaminhamentos Especialidades	225	146	134	26	133	1,7	0,04
Total	10656	9302	8977	2229	7791	100,0	2,60

SMS. *P/C = MÉDIA/POPULAÇÃO CADASTRADA

Na ESF 3 predominou os procedimentos ambulatoriais com 48,9 % e em segundo lugar os procedimentos odontológicos com 42,3 %. Na média per capita, ou seja, o procedimento dividido pela população cadastrada, as consultas médicas foram de 0,77 por pessoa cadastrada e os atendimentos odontológicos 0,79. Nestes procedimentos selecionados o per capita final foi de 1,96.

Tabela 25 SAÚDE DA FAMÍLIA: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS-ITENS SELECIONADOS ESF 3, 2017-2020

Atendimento	2017	2018	2019	2020	Média	%	P/C
Consultas médicas	268	1540	45	982	709	16,6	0,33
Consultas de Enfermagem	205	855	678	809	637	15,0	0,29
Procedimentos Odontológicos	1393	1671	3419	715	1800	42,3	0,83
Procedimentos Ambulatoriais	4039	124	-	-	2082	48,9	0,96
Encaminhamentos Especialidades	105	147	0	38	73	1,7	0,03
Total	6010	4337	4142	2544	4258	100,0	1,96

SMS. *P/C = MÉDIA/POPULAÇÃO CADASTRADA

- **Visitas domiciliares**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB¹³, realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da

¹³ Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 05 ago.2021

população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares é uma das atribuições comuns dos ACS e ACE.

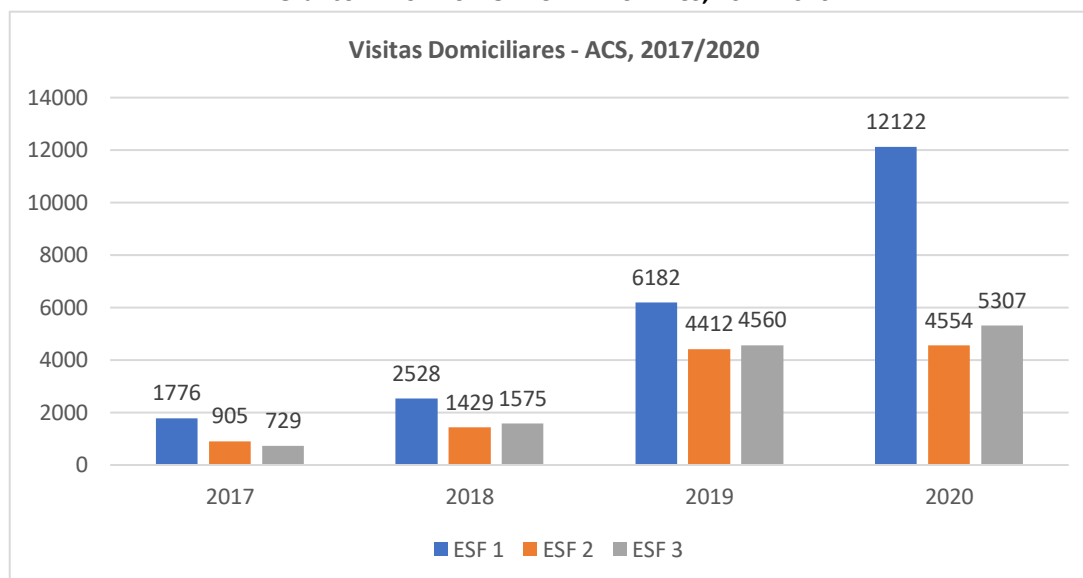
Em relação as visitas a equipe ESF 1 notadamente realizou o maior número de visitas domiciliares, sendo que na média as 3 equipes fizeram 2,8 visitas por domicílio na média da série histórica 2017-2020.

Tabela 26 VISITAS DOMICILIARES POR ACS, 2017-2020

Visitas domiciliares	2017	2018	2019	2020	Média	%	V/D*
ESF 1	1776	2528	6182	12122	5652	49,1	6,0
ESF 2	905	1429	4412	4554	2825	24,5	0,9
ESF 3	729	1575	4560	5307	3043	26,4	1,4
Total	3410	5532	15154	21983	11520	100,0	2,8

SMS *V/D MÉDIA DE VISITAS POR DOMICÍLIO

Gráfico 4 VISITAS DOMICILIARES – ACS, 2017-2020



- **Mapas da territorialização**

O mapa do território¹⁴ adscrito pela equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

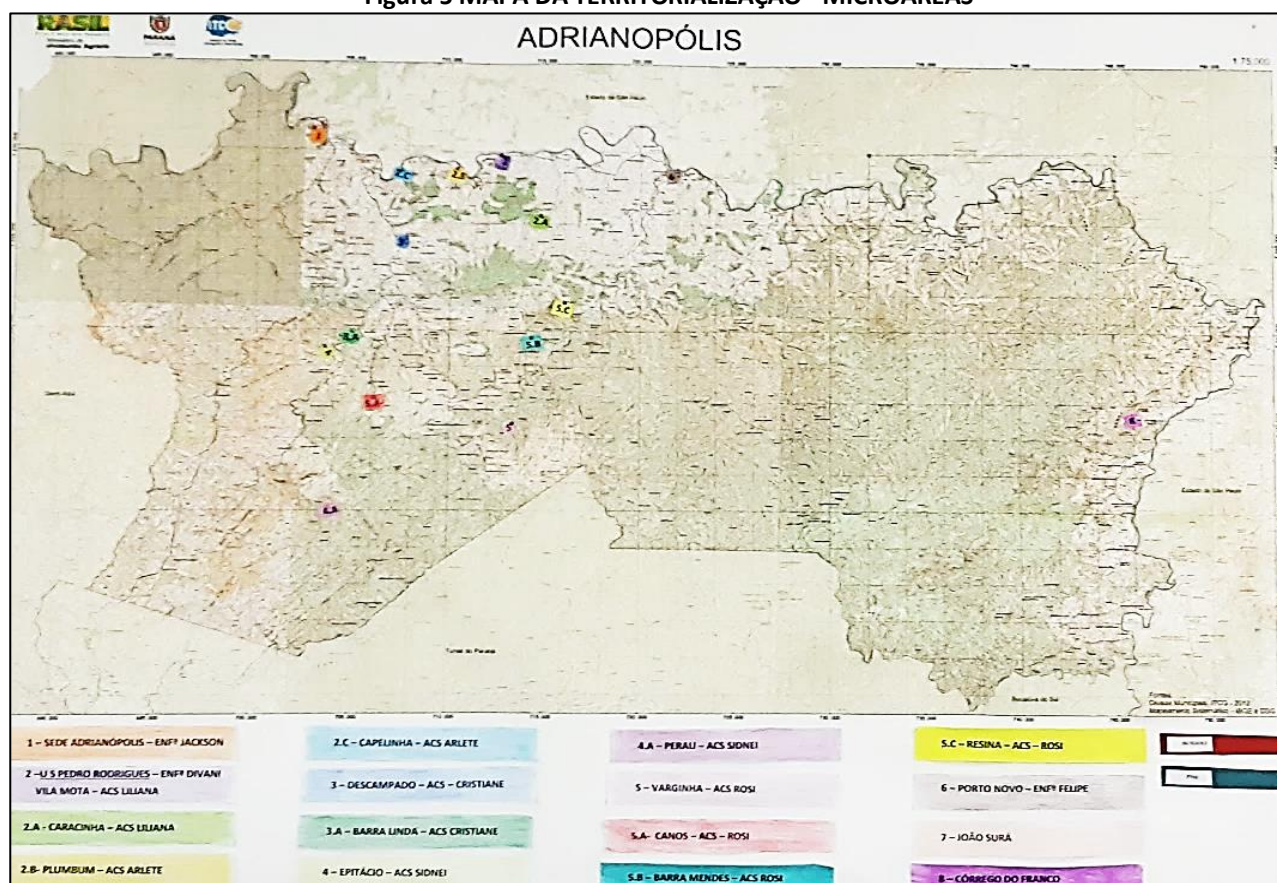
¹⁴ Disponível em <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-objetivo-e-como-elaborar-o-mapa-do-territorio-adscrito-pela-equipe-de-saude-da-familia-no-contexto-da-atencao-basica/> Acesso em 05 ago.2021

Desta forma, no contexto da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS) recomendam-se dois tipos de mapas na Unidade Básica de Saúde (UBS): o mapa de delimitação geográfica/delimitação do território e o mapa inteligente.

O mapa do território e/ou de delimitação geográfica tem por objetivo representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde de forma a permitir a visualização espacial do território e, com isso, auxiliá-la apreender suas particularidades. Ele pode ilustrar a divisão das microáreas do território de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também apresentar a localização da UBS e dos equipamentos sociais (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços) presentes em cada microárea.

Já o mapa inteligente é um instrumento para o planejamento, construído a partir do mapa do território e alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde obtidas através do processo de territorialização. Tem como objetivo melhorar a qualidade do serviço de saúde e pode ser feito por microárea. Podem ser identificadas áreas de grupos em situação de risco ou vulnerabilidade, dados demográficos e epidemiológicos.

Figura 5 MAPA DA TERRITORIALIZAÇÃO - MICROÁREAS



SMS

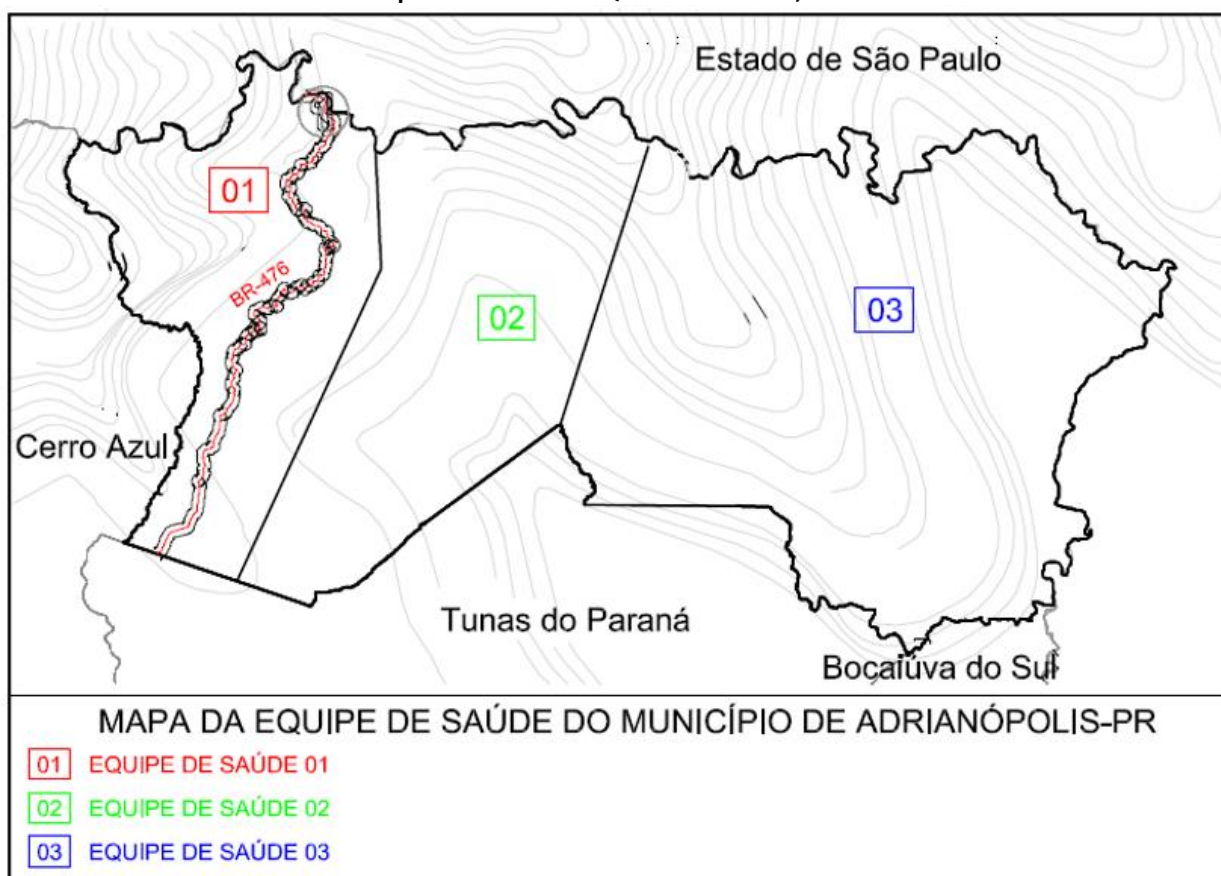
Na sequência, os mapas vão apresentar a divisão territorial por áreas e microáreas. Serão visualizadas as delimitações geográficas que tem por objetivo representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde.

A área da ESF 1 compreende a Sede do Município, km 4, Carumbé e Vila Bela, Barra Grande, Laranjal, Pinhalzinho, Km 15, Km 18, Km 27, Km 29, Km 40, Brás, Carumbé Acima, Ilha Rasa, Ribeirão do Rocha. Volta Grande, possuindo 6 microáreas.

A ESF 2, abrange a área rural e compreende Capelinha, Plumbum, Vila Mota, Caracinha, Estreito, Bananal, Limoeiro, Varginha, Descampado, Sitinho, Barra Linda, Epitácio Pessoa, Perau, Cresciumas, Canoas e possui 5 microáreas, distando 16 km da sede do Município.

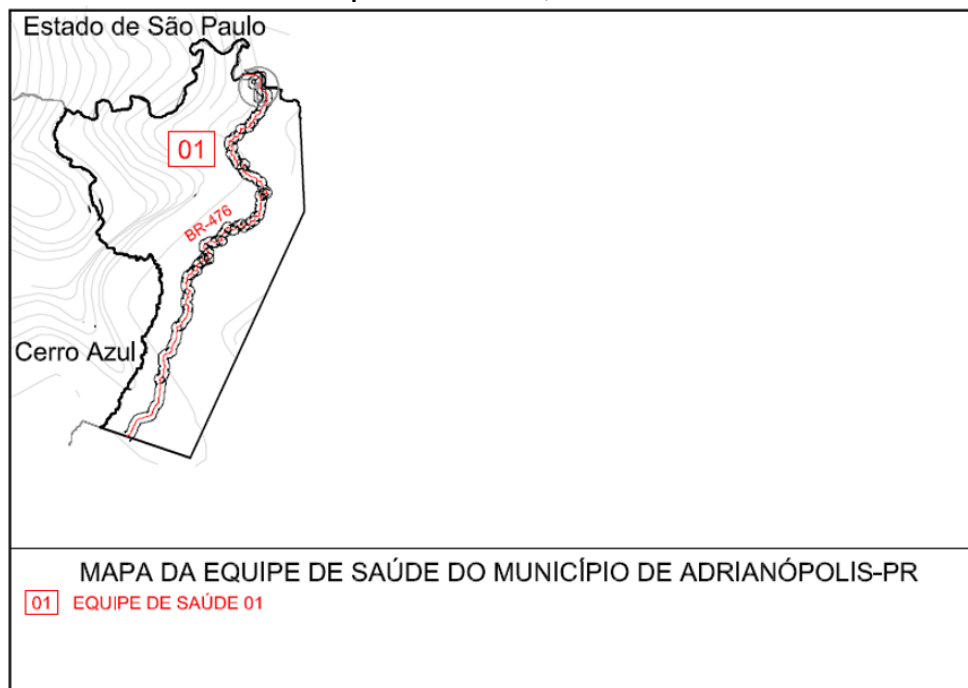
A ESF 3, também localizada na área rural, compreende Roque, Porto Novo, Porto Velho, Sete Barras, Córrego das Moças, Córrego dos Malaquias, Tatupeva, Forquilhas, Praia do Peixe, João Súra, São João e Córrego do Franco, distando 30 km da sede do Município.

Mapa 4 ÁREAS DAS EQUIPES DE ESF 01,02 E 03



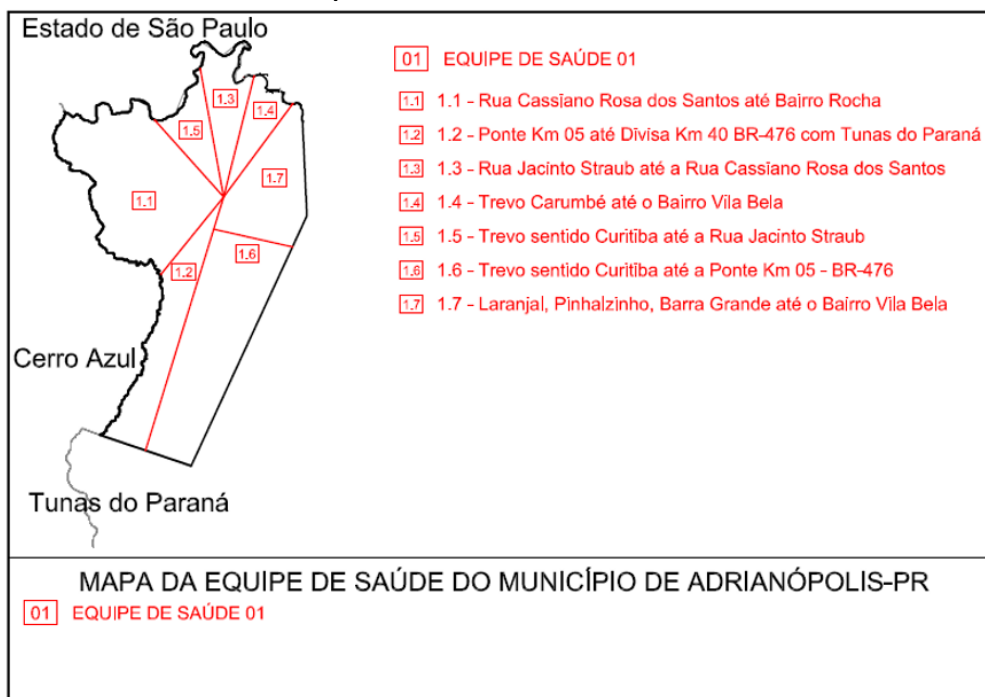
PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 5 ÁREA DA EQUIPE ESF 01



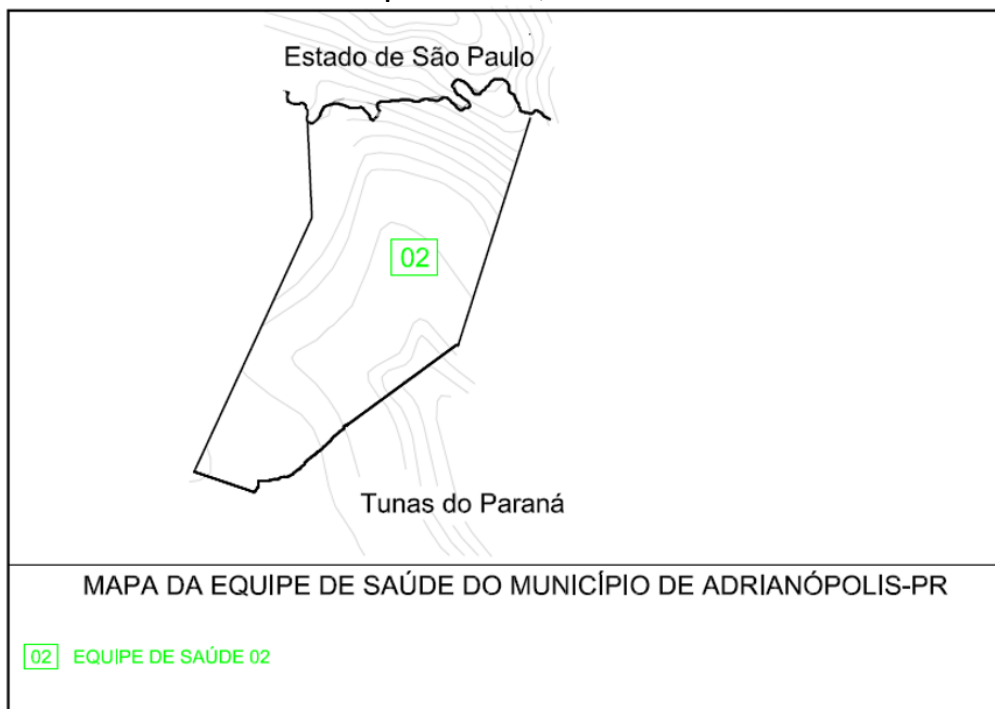
PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 6 MICROÁREAS EQUIPE ESF 01



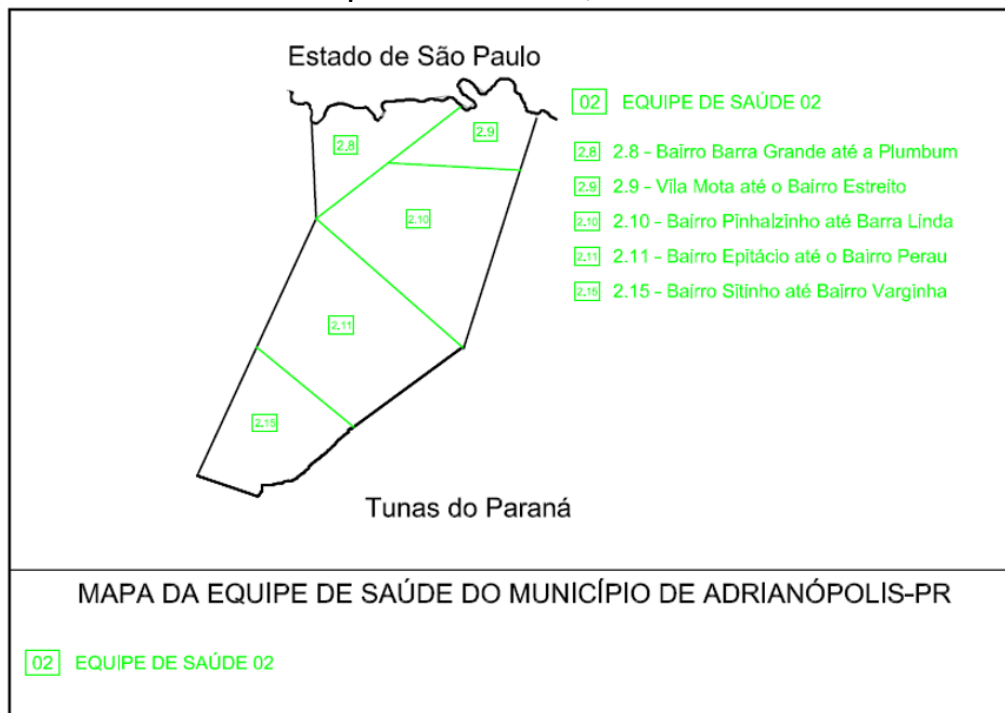
PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 7 ÁREA EQUIPE ESF 02



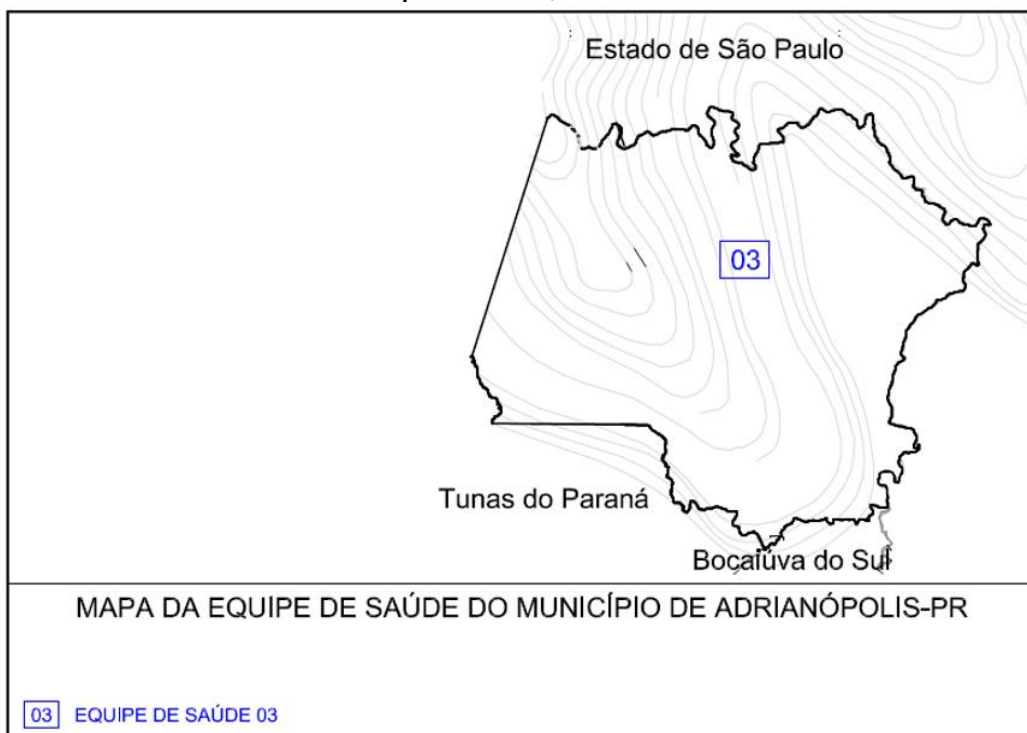
PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 8 MICROÁREAS EQUIPE ESF 02



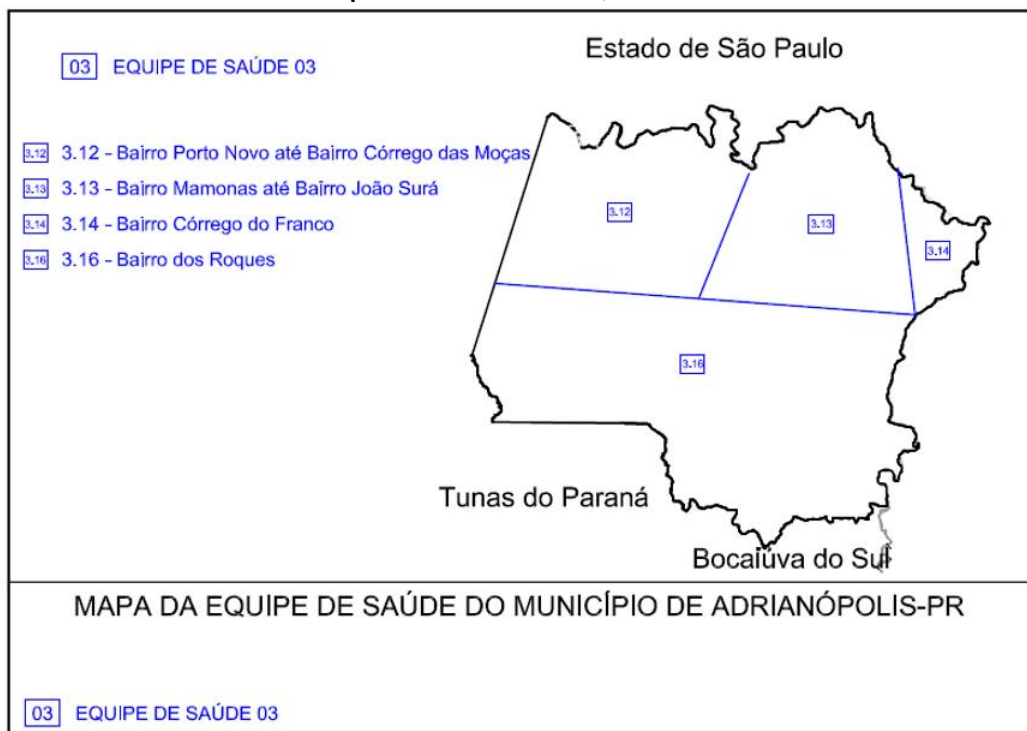
PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 9 ÁREA EQUIPE ESF 03



PM-ADRIANÓPOLIS

Mapa 10 MICROÁREAS EQUIPE ESF 03



PM-ADRIANÓPOLIS

A figura na sequência é a representação gráfico do território da Equipe de Saúde da Família de Vila Mota, situada em área rural do Município, COM. Estão marcados os principais componentes do território em seus aspectos físicos definindo claramente o relevo e o importante rio que perpassa o território.

Figura 6 ESF VILA MOTA



ESF 2 VILA MOTA

2.1.2. NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PREVINE BRASIL

A partir de 2020, com a implantação do Previne Brasil^{15,16}, como novo modelo de financiamento da saúde, no âmbito da Atenção Primária, os repasses serão feitos mediante 03 modalidades:

Capitação ponderada: A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE.

Pagamento por desempenho: O monitoramento desses indicadores vai permitir avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade. Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e seus resultados terão efeitos financeiros a partir de setembro de 2020.

¹⁵ Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso 03jun.2021

¹⁶ Ministério da Saúde <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> Acesso em 20jun.2021

Incentivos para ações estratégicas: Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

Os dados financeiros do Município relacionados ao Previne Brasil estão disponíveis no item 6 – Recursos financeiros.

2.2 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A AAE se dá através da contratação de serviços para a realização das consultas e exames especializados. O Município tem contratualização com serviços privados e consórcios. Os atendimentos são liberados pela Central de Regulação do Município. As consultas especializadas são agendadas sistema GSUS (CARE PR) e no COMESP. No GSUS (CARE PR), o Município em algumas especialidades tem cota e é liberado dia 25 de cada mês, a princípio 1 consulta para cada especialidade, em média 20 consultas/mês. No COMESP é sob demanda local, em média 50 consultas mensais.

No Município foram disponibilizados a partir desse junho/2021 consultas especializadas em Psiquiatria e Ginecologia, com 23 consultas/mensais e 40 consultas/mensais, respectivamente.

Em 2018, segundo registros no PRI (Planejamento Regional Integrado) o Município de Adrianópolis realizou nos sistemas de agendamento, MV, 760 consultas e E-SAÚDE, 142 totalizando 902 agendamentos o que equivale a 15 % de sua população, sendo que a média dos municípios foi de 16 % de sua população, considerando 28 municípios da Região Metropolitana (excluindo Curitiba).

2.2.1. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

O Consorcio Metropolitano de Saúde do Paraná – COMESP¹⁷, criado em novembro de 2005, sob a forma jurídica de direito privado, formado pelos 28 Municípios da Região metropolitana de Curitiba e Guaratuba no litoral do Paraná e tem como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência da Atenção Especializada dos Municípios consorciados. Oferece consultas e exames especializados, através das linhas de cuidado prioritárias do COMSUS¹⁸ e oferta ambulatorial custeada pelos municípios. São ofertadas consultas nas seguintes especialidades:

Pediatria, ginecologia e obstetrícia, psicologia, nefrologia, neurologia, cardiologia, psiquiatria, dermatologia, endocrinologia, geriatria, gastroenterologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular e medicina da família. Em relação aos exames são realizadas colonoscopias, exames laboratoriais, ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas. Existe programação SUS apenas para bolsas de ostomia, que cobre apenas 50% da demanda dos municípios.

Ainda, segundo o PRI, A atenção secundária é marcada por diferentes gargalos, principalmente no que se refere ao acesso. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a dificuldade para a garantia de acesso a serviços especializados decorre do modelo de atenção adotado, da resolutividade da AB e também do

¹⁷ COMESP. Disponível em <https://www.comespsaude.com.br/institucional> Acesso em 20 jun.2021.

¹⁸ Atualmente QualiCIS.

dimensionamento e organização da oferta dos serviços. Dentre os serviços inexistentes na região de saúde os mais apontados pelos municípios foram: Centro de Especialidades Odontológicas para atendimento Regional, Ambulatório de feridas, SVO, SAMU, Estudo Urodinâmico, Ambulatório de Reprodução Humana, Psiquiatria, Geriatria, Endocrinologia Adulto e infantil, Ginecologia e Cirurgia ginecológica, Oftalmologia, Espirometria, Hematologia adulto e infantil, Neurologia adulto, Exames de imagem como Ultrassonografia, Raio X, Tomografia, Colposcopia, Ultrassom morfológica para gestantes, Polissonografia, Eletroencefalografia.

2.2.3. TRANSPORTE SANITÁRIO

Para realização das atividades da secretaria em todos os setores, o município conta com uma frota de 22 veículos para transportes de profissionais e pacientes que os utilizam, conforme discriminado no quadro a seguir. Em relação a Frota há necessidade de renovação. São veículos antigos, com grande manutenção, em função da grande extensão territorial do município.

Quadro 4 FROTA DE VEÍCULOS

Tipo	Usos
Ambulância BAK 8010	Transporte de pacientes
Ambulância AWF 5676	Transporte COVID
Ambulância BDB 8D92	Transporte rotativo urgências emergências - Sede
Ambulância BDB 8D93	Transporte rotativo urgências emergências – Porto Novo
Ambulância AVS 5437	SAMU
Gol BDA 1A41	Transporte Sanitário
Gol BDA 1A38	PSFII
Gol BDA 1A39	PSFI
Gol BBQ 7397	PSFIII
Gol BBQ 7350	Transporte de pacientes
Gol BDG 4553	Transporte de pacientes
SPIN BCY 8J50	Transporte de pacientes
SPIN BCY 8J51	Transporte de pacientes
Sandero BCH 8027	Secretaria de Saúde
Sandero BCJ 3079	Transporte de pacientes
Van Sprint BCO 4945	Transporte Sanitário
Micro ônibus RAB 7D95	Transporte de pacientes
Micro ônibus BCH 7876	Transporte de pacientes
UP BEA 5025	Vigilância Sanitária
Motocicleta	Vigilância sanitária
AMAROK BCF 7290	Vigilância em saúde

SMS-ADP REF.: MAIO/2021

2.3 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O município não possui estabelecimento hospitalar, sendo assim tem pactuação com outros municípios. As principais referências hospitalares do Município são, o Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul, Hospital Rocio em Campo Largo e Hospital Mater Dei em Curitiba.

Em relação a taxa de internamento, o Município apresenta uma média, na série histórica 2017-2020 inferior à média do Estado, porém observa-se um resultado maior pró-município no ano de 2019 e 2020, conforme tabela a seguir.

Tabela 27 TAXA DE INTERNAMENTO/POPULAÇÃO (%), 2017-2020

Unidade Federativa	2017	2018	2019	2020	Média
Internamentos (Nº)	402	386	444	367	400
População Adrianópolis	6254	5983	5919	5857	-
Taxa de Internamento Adrianópolis (%)	6,43	6,45	7,50	6,27	6,66
Taxa de Internamento Estado PR (%)	7,33	7,64	7,15	6,38	7,02

DATASUS

Ressalte-se aqui que o percentual de 7,5 % de internações é o parâmetro definido pelo Ministério da Saúde para a programação de internamentos e para as autorizações de internações hospitalares (AIH).

Em relação ao caráter de atendimento, 70 % foram considerados de urgência, frente a 30 % eletivo.

Tabela 28 INTERNAMENTO QUANTO AO CARÁTER DE ATENDIMENTO, 2017-2020

Caráter atendimento	2017	2018	2019	2020	Média	%
Eletivo	122	137	139	89	121,75	30%
Urgência	280	249	305	278	278	70%
Total	402	386	444	367	399,75	100%

DATASUS

No que se refere ao grupo de procedimentos, considerando a série histórica 2017-2020, na média 46,2 % foram clínicos e 49,7 % cirúrgicos, conforme tabela a seguir.

Tabela 29 INTERNAMENTOS QUANTO AO GRUPO DE PROCEDIMENTOS, 2017-2020

Grupo procedimento	2017	2018	2019	2020	Total	%
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	12	6	12	5	35	2,2%
03 Procedimentos clínicos	186	148	195	210	739	46,2%
04 Procedimentos cirúrgicos	193	221	231	150	795	49,7%
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	11	11	6	2	30	1,9%
Total	402	386	444	367	1599	100,0%

DATASUS

Na tabela, a seguir, verifica-se o grande número de estabelecimentos onde residentes do Município foram hospitalizados, entre os anos de 2017 a 2020, destacando que os 03 Hospitais onde houve mais internamentos, foram o Hospital Angelina Caron (em Campina Grande do Sul), Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba) e Hospital do Rocio (Campo Largo), concentrando 75,7 % do total de internações.

Tabela 30 INTERNAÇÕES DE RESIDENTES POR ESTABELECIMENTO, 2017-2020

Estabelecimento	2017	2018	2019	2020	Total	%
0013633 HOSPITAL ANGELINA CARON	187	160	180	151	678	43,9%
2715864 HOSPITAL NOSSA SRA DAS GRACAS MATERNIDADE MATER DEI	87	65	71	74	297	19,2%
0013846 HOSPITAL DO ROCIO	60	49	60	26	195	12,6%
0015245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE	4	16	16	15	51	3,3%
0015644 HOSPITAL ERASTO GAERTNER	4	8	29	10	51	3,3%
0015563 HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	8	9	12	11	40	2,6%
0015407 HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU	1	13	11	12	37	2,4%
2384299 COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	5	5	7	15	32	2,1%
5603145 HOSPITAL DO CENTRO	-	5	21	5	31	2,0%
0015369 COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR	7	10	6	5	28	1,8%
0015334 HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA	-	11	2	2	15	1,0%
0018384 ASJA	6	8	-	1	15	1,0%
0013838 HOSPITAL SAO LUCAS	5	1	4	3	13	0,8%
0015423 CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO ESTADO DO PARANA	3	6	-	1	10	0,6%
0015636 HOSPITAL DE OLHOS DO PARANA	-	2	7	-	9	0,6%
0018260 HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	3	-	1	3	7	0,5%
2753332 HOSPITAL MATERNIDADE ALTO MARACANA	4	-	2	-	6	0,4%
3075516 HOSPITAL SAO VICENTE	1	1	-	2	4	0,3%
7413432 INSTITUTO MADALENA SOFIA	-	1	-	2	3	0,2%
7845138 UOPECCAN FILIAL UMUARAMA	-	3	-	-	3	0,2%
0014001 ASSOCIACAO DE PESQUISA E TRATAMENTO ALCOOLISMO	-	-	1	1	2	0,1%
0016209 HOSPITAL DA VISAO	-	-	-	2	2	0,1%
2687127 HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL	1	-	-	1	2	0,1%
6426204 HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER	-	-	1	1	2	0,1%
0015180 HOSPITAL E MAT MIQUELINA FRANCO E B PADILHA	-	-	1	-	1	0,1%
0015415 HOSPITAL OSVALDO CRUZ	-	1	-	-	1	0,1%
0015601 HOSPITAL SAO VICENTE CIC	-	-	-	1	1	0,1%
0016365 HOSPITAL ESPIRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO	1	-	-	-	1	0,1%
0018090 FUNDAÇÃO HOSPITALAR PINHAIS	1	-	-	-	1	0,1%
2686945 HOSPITAL SAO CAMILO	-	1	-	-	1	0,1%
2738309 HOSPITAL DE ENSINO SAO LUCAS	-	-	-	1	1	0,1%
2753278 HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SAO JOSE DOS PINHAIS	-	-	-	1	1	0,1%
2767678 CASA DE SAUDE DR ENIO COSTA	-	-	1	-	1	0,1%
5310350 HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DO PARANA NN	-	1	-	-	1	0,1%
6404316 CENTRO HOSPITALAR DE REABILITACAO DO PARANA	-	-	1	-	1	0,1%
6542638 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS	1	-	-	-	1	0,1%
Total	389	376	434	346	1545	1,00

DATASUS

As grandes dificuldades estão relacionadas a dificuldade de conseguir vagas, via Central de Leitos, e regulação do SAMU, mais difícil ainda quando for psiquiátrica.

A Morbidade Hospitalar está descrita no Capítulo referente ao Perfil Epidemiológico do Município.

3 | REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Redes de Atenção à Saúde¹⁹ (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado." Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Tem como proposta lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada. As redes temáticas acordadas de forma tripartite. As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos, que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária. Devem ter foco na população, de forma integral, por meio de serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde.

3.1 LINHAS DE CUIDADO

A Linha de Cuidado²⁰ é pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às necessidades de saúde. A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los, pois ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços de que necessitam. No Paraná, a implementação da RAS e o fortalecimento da APS têm sido realizados de forma integrada e articulada à Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, tendo como linhas de cuidado prioritárias: Saúde da Mulher; Atenção Materno-Infantil, da Criança e do Adolescente; Saúde do Idoso; Atenção às Condições Crônicas; Atenção à Pessoa com Deficiência; Saúde Mental; e Saúde Bucal.

3.1.1 SAÚDE DA MULHER E ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

A Atenção Materno-Infantil está implantada município e tem como finalidade a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto e puerpério, bem como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, em especial no primeiro ano de vida. As ações fundamentais para a organização dos processos de atenção são: o acolhimento precoce das gestantes no pré-natal; a realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal; a realização de exames nos três trimestres gestacionais; a estratificação de risco com a vinculação da gestante ao hospital de referência; o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco; e o processo de capacitação de profissionais de saúde.

Em relação aos programas de Saúde da Mulher e Gestantes o Município é servido 100% por ACS para ESF, aí acontecem dois momentos, portanto esses podem fazer a comunicação quanto a possível gravidez ou ter a procura espontânea nas Unidades do Município. Sempre que possível já é realizado

¹⁹ Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude> Acesso em 03jun.2021.

²⁰ Plano Estadual de Saúde do PR – 2020/2023

o teste rápido para confirmar gravidez ou não. Em caso negativo elas recebem aconselhamento/planejamento familiar/orientações IST. Sendo negativo e a mesma tenha intenção de engravidar já é fornecido ácido fólico para as mesmas fazerem uso, devido a importância da precocidade no uso do mesmo. Em caso positivo já são solicitados todos os exames que contemplam a gravidez propriamente dita, orientações de cuidados gerais, fornecimento de ácido fólico para as mesmas até virem resultados de exames laboratoriais.

Esses exames seguem a Linha Guia do Mãe Paranaense, o qual o município participou de capacitações e da mesma forma repassou aos profissionais médicos. Com o uso do E-SUS foram repassados aos profissionais médicos e enfermeiros, os exames a serem solicitados, para que não haja atraso com resultados de exames que podem ser importantes para a saúde da mãe e do bebê.

De acordo com a Linha Guia também o parceiro deve realizar alguns exames laboratoriais.

Em sua grande maioria as mulheres vêm sozinhas nas consultas, assim as mesmas levam a solicitação de exames para o companheiro, da mesma forma orienta-se que os resultados podem ser trazidos pelas mesmas, para evitar que o companheiro se desculpe por não fazer e não vir trazer resultado.

Na sequência as tabelas de exames que são solicitados no município:

Quadro 5 EXAMES PRE-NATAL

Exame	Cód. E-SUS	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
TESTE DA MÃEZINHA		X		
CITOLOGIA ÚTERO	20033	X		
AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA		X		X
BHCG	60217	X		
FENOTIPAGEM	20031	X		
GRUPO SG ABO	20023	XX		
ULTRASSONOGRRAFIA	20160	X		X
HEMOGRAMA	20380	X	X	X
GLICEMIA	10473	X	X	X
CURVA GLICÊMICA	10040		X	
VDRL	31110	X	X	X
TOXOPLASMOSE	10577	X		
ANTI HIV	30300	X	X	X
PARCIAL URINA	50017	X	X	X
UROCULTURA	80080	X	X	X
SOROLOGIA PARA HEP B E C	30970/30679	X	X	X
PESQ LARVAS FEZES	40089	X		
TGO	10643	X		X
TGP	10651	X		X
UREIA	10694	X		X
CREATININA	10317	X		X
CHUMBO-Pb	70174	X		X
TSH	60250	x		

SMS-ADP

Demais exames poderão e deverão ser solicitados, quando necessário de acordo com o critério médico.

Na primeira bateria da gestante também solicitar os exames abaixo relacionados ao parceiro.

Quadro 6 EXAMES PRÉ-NATAL - PARCEIROS

Exame	Cód. E-SUS
ANTI HIV	30300
VDRL	31110
SOROLOGIA PARA HEPATITES	30970/30679

SMS-ADP

Em relação as consultas felizmente tem sido obtido um bom desempenho com número destas realizadas, visto que algumas gestantes têm dificuldade de locomoção e são realizadas essas consultas em atendimento nos entrepostos mais distantes da sede.

Também as gestantes têm realizado consultas de odontologia, quando as mesmas vêm em consultas médicas e de enfermagem ou no dia de coletas de exames.

Na consulta inicial as mesmas já são orientadas sobre os demais cuidados e a sequência que as mesmas assim como seus bebês terão de atendimento no município.

Quanto aos hospitais de referência, são realizadas reuniões de pactuações dos mesmos com os municípios. As pactuações quanto as gestantes são para gestação habitual e ou intermediária a Maternidade Mater Dei, e para gestação de Risco temos como referência o Hospital Angelina Caron.

As estratificações são realizadas a cada consulta, pois as condições da mãe e do bebê devem ser avaliadas em cada consulta. Podendo a mesma iniciar como habitual e passar para risco Intermediário ou alto risco.

Quanto as crianças de risco o Hospital Pequeno Príncipe é a referência.

3.1.2 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Linha de Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente visa ao cuidado integral do nascimento até os 19 anos de idade, sendo priorizada a primeira infância, com enfoque para os primeiros 1.000 dias de vida e para as populações mais vulneráveis. A estratificação das crianças de acordo com o grau de risco em: alto risco, risco intermediário e risco habitual tem o objetivo de garantir cuidado adequado às crianças com maior probabilidade de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida. A triagem neonatal no Paraná é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de interferir no curso da doença, permitindo, dessa forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou a eliminação das sequelas associadas a cada doença. Os testes de triagem neonatal realizados no Paraná estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 7 TESTES DE TRIAGEM NEONATAL

Testes	Objetivo
Teste do Pezinho	Realizado em 100% das crianças nascidas vivas e tem por objetivo diagnosticar condições de saúde como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hiperplasia adrenal congênita, deficiência da biotinidase, fibrose cística e hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue).
Teste da Orelhinha	(ou Triagem Auditiva Neonatal) detectar se o recém-nascido tem problemas de audição. Após a realização é possível iniciar, precocemente, o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas.
Teste do Olhinho	detectar qualquer alteração que possa causar obstrução no eixo visual e uma possível cegueira. O diagnóstico precoce possibilita o tratamento adequado.
Teste do Coraçãozinho	aferição da oximetria de pulso (quanto de oxigênio o sangue está transportando) de forma rotineira em recém-nascidos e tem por objetivo detectar precocemente as cardiopatias congênitas.

SESA PR – PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023

3.2.1.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), ação interministerial entre MS e MEC, contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de agravos, promoção e atenção à saúde.

No Município, o Programa Saúde na Escola é feito pelas equipes em sua área de abrangência, desenvolvidas em 11 escolas, totalizando 776 alunos.

3.2.1.2 Programa Crescer Saudável

Conjunto²¹ de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no País por meio de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. As atividades que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

O Município deverá executar as ações tendo em vista a Portaria GM/MS Nº 1.320, de 22 de junho de 2021 que define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências:

§ 1º Em 19 de março de 2021 foi finalizado o período de adesão ao Programa Saúde na Escola para ciclo 2021/2022.

§ 2º O período para realização das ações pactuadas no Termo de Compromisso pelos municípios e o Distrito Federal será janeiro de 2021 a dezembro de 2022, sendo as ações monitoradas ao final de cada ano do ciclo.

§ 3º Ao longo deste ciclo serão consideradas as ações realizadas de forma presencial e remota (não presencial) desde que corretamente informado o número INEP das escolas-alvo, as quais realizaram e registraram ações no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Tabela 31 RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMAS – SAÚDE NA ESCOLA E CRESCER SAUDÁVEL, 2021-2022

Repasse Financeiro referente à adesão ao Programa Saúde na Escola no ciclo 2021/2022	Repasse financeiro ao Crescer Saudável no ciclo 2021/2022	Total
R\$ 6.676,00	R\$ 2.670,40	R\$ 9.346,40

MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.1.3 SAÚDE DO IDOSO

Para enfrentar os desafios demográficos, o Paraná vem desenvolvendo estratégia inovadora, coordenada pela APS, centrada na pessoa e fundamentada na promoção e na manutenção da capacidade funcional dos idosos pela prevenção, pela identificação precoce e pelo manejo da fragilidade multidimensional por equipe multidisciplinar integrada, tendo como processo de trabalho a Avaliação Multidimensional do Idoso e Plano de Cuidado compartilhado. Para o rastreamento de idosos frágeis no domicílio e estratificação do risco na APS, inicialmente, foram usados, respectivamente, os

²¹ Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/10497> Acesso em 20 jul.2021

instrumentos VES-13 (MAIA et al., 2012) e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (MORA-ES et al., 2016). A Linha de cuidado vem sendo aprimorada e progressivamente implantada em todo o estado. Atualmente, deve ser utilizado apenas o instrumento IVCF-20 nos domicílios e nos níveis primário e secundário de atenção.

O projeto piloto do PlanificaSUS no Paraná tem como linha prioritária a Saúde do Idoso. Discute-se a inclusão de propostas para outros pontos de atenção e serviços de apoio, entre eles atenção domiciliar, hospitais, serviços de urgência/emergência, Unidades de Cuidado Continuado Integrados, Instituições de Longa Permanência para Idosos, além da indispensável integração intra e intersetorial.

Conhecer as causas de morbimortalidade de idosos é importante, mas não suficiente. É fundamental identificar o grau de funcionalidade, o Risco para Fragilidade e as condições frequentes, como as síndromes geriátricas. Fragilidade é um dos fundamentos da linha de cuidado do idoso no Paraná, é condição que se associa ao declínio das funções fisiológicas no envelhecimento, predispondo o indivíduo a desfechos negativos de saúde, como quedas, dependência, institucionalização, internações hospitalares e morte. Desde 2014, o Risco para Fragilidade vem sendo rastreado na APS paranaense.

O Município tem a proposta de entrega o medicamento em casa para idosos.

3.1.4 MODELO DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

A SESA adotou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desde 2014, a fim de melhorar a resolutividade do atendimento aos usuários. A estratificação de risco é uma das bases desse modelo, onde a população é estratificada em diferentes níveis para ser atendida no ponto de atenção adequado. Os usuários são atendidos na AAE de acordo com a estratificação do risco e do nível. A estreita relação entre as equipes da APS e da AAE é um dos pilares do MACC, pois esses níveis de atenção são interdependentes, e o usuário transita entre eles durante o acompanhamento de sua condição crônica de saúde. O MACC é um modelo inovador para o manejo das condições crônicas nas seguintes linhas de cuidado: Materno-Infantil, Hipertensão Arterial e Diabetes, Saúde Mental e Idosos. Implantado em várias regiões do Paraná, apresenta resultados positivos.

O Município definiu que somente seria encaminhado os casos mais graves ao MACC. No entanto até o momento presente nenhum paciente foi encaminhado. A Linha de Cuidado é executada pelas equipes de Saúde da Família.

3.1.5 SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Linha de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2016 por meio da Resolução SESA nº 144/2016 e tem como objetivo promover o cuidado integral à pessoa com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomias ou múltiplas deficiências, temporárias ou permanentes, progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. O componente da Atenção Especializada em Reabilitação é formado por estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, composto pelo Centro Especializado em Reabilitação (CER) e pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A Atenção Especializada tem por objetivo realizar ações de reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Esses pontos de atenção estão distribuídos por todo o estado, nas 22 Regiões de Saúde.

No Município somente atendimento por demanda espontânea. Os encaminhamentos são feitos via CARE (G-SUS), que são agendados no Complexo Hospital do Trabalhador. O Município tem Escola

Especializada da APAE, que presta serviços de fisioterapia, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo. A odontologia, com pacientes especiais são agendados no CRAID.

3.1.6 SAÚDE MENTAL

No Brasil em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que trouxe novas normativas para a implantação de serviços não previstos anteriormente e a proposta de inserção da lógica da Atenção Psicossocial em diversos pontos de atenção, além dos específicos de saúde mental. A RAPS é uma estratégia para redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e implementar a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Atualmente, o Município está começando a organizar a Linha de Cuidado, tendo contratado um médico psiquiatra, que atende no Município, 23 consultas mensais e está em processo de contratação de um profissional psicólogo.

3.1.7 SAÚDE BUCAL

Na APS, as ações são desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, organizadas ou não, por meio da ESF, responsável pelas ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais e reabilitação do usuário. A Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Estadual de Saúde Bucal. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são pontos de Atenção Ambulatorial Especializada funcionando como um sistema de referência regulado, com base territorial estabelecida, os quais complementam as ações realizadas pela APS. Na Atenção Hospitalar, os usuários com necessidades especiais são encaminhados para a realização de procedimentos odontológicos em centro cirúrgico quando houver impossibilidade ou riscos de realizar o atendimento convencional na APS. O estado conta, atualmente, com uma referência no Complexo Hospitalar do Trabalhador, na Macrorregião Leste.

As ações de saúde bucal do Município estão inseridas em uma política de fortalecimento da Atenção Básica, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil sorridente) estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O município conta com uma Unidade Odontológica Móvel, para atender a população de difícil acesso. O Município aderiu ao Laboratório de Próteses.

As prioridades do setor são: Consultas odontológicas, visitas domiciliares, atividades educacionais, visitas domiciliares, consultas odontológicas na demanda, projeto de bochecho de Flúor e escovação supervisionada nas Escolas. O total de procedimentos per capita no período 2017-2020 obteve uma média de 1,29, com o pico maior em 2019 (2,36) e o menor em 2020 (0,34), obviamente que a redução ocorreu em função da pandemia de COVID-19.

Indicadores de Saúde Bucal

- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas²²: A adesão ao tratamento odontológico pode ser determinada por fatores sociais e econômicos, pela equipe/ sistema de cuidado de saúde, pelas características da doença, pelas terapias da doença e por fatores relacionados ao paciente. Esse indicador permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida

²² Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/2464> Acesso em 19 jul. 2021.

a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. O parâmetro esperado para o indicador é 0,5 - 1,0 tratamento concluído/mês. Neste indicador o Município apresentou um resultado médio, entre 2017-2020 equivalente a 0,77.

- Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados²³: Percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (rol que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano. O Município apresenta um alto percentual de exodontias do dente permanente, na média 2017-2020, atingiu 10,8 %.

Tabela 32 SAÚDE BUCAL – DADOS E INDICADORES, 2017-2020

Dados e Indicadores	2017	2018	2019	2020
Procedimentos realizados (total)	5890	8841	13952	1991
• Procedimentos per capita	0,97	1,48	2,36	0,34
Atendimentos gestantes	19	106	132	62
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	16	2	4	0
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	1142	720	1036	181
Tratamentos Concluídos	704	598	833	146
Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas	0,62	0,83	0,80	0,81
Atendimentos de urgência odontológica	301	347	455	631
Exodontias (Total)	1273	1105	1247	255
• Permanente	1016	874	919	190
• Decíduo	257	231	328	65
• Percentual de Exodontias do dente permanente/total de procedimentos (%)	17,2	9,9	6,6	9,5

SMS-ADP

3.2 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) é um conjunto de ações e serviços voltados às necessidades de saúde da população em situação de urgência, além de ações integradas e direcionadas à prevenção e à resposta às situações emergenciais de natureza coletiva (emergências em saúde pública, acidentes com múltiplas vítimas etc.). A RAU tem como pressupostos: acolher o usuário; classificar o risco assistencial do quadro de acordo com o grau de urgência; estabelecer o diagnóstico definitivo; aplicar as medidas terapêuticas necessárias de acordo com o grau de resolutividade do ponto assistencial; e encaminhar o usuário para a continuidade terapêutica.

A rede de atendimento de urgência no município é composta pelo Pronto Atendimento Municipal, que funciona 24h com plantão de clínica médica. Casos que necessitem de encaminhamentos para Hospitais de Grande Porte são solicitados através da Central de Leitos.

As urgências obstétricas são encaminhadas para o Hospital e Maternidade Mater Dei (Risco Habitual) e Hospital Angelina Caron (Alto Risco).

O Município não possui rede de atendimento às emergências psiquiátricas sendo estas atendidas no Pronto-Socorro Municipal e encaminhadas através da Central de Leitos.

Em 2018 foi implantado o SAMU, que conta com 9 funcionários, 1 ambulância e tem de retaguarda uma Ambulância Alfa e socorro Aéreo operacionalizados pelo COMESP.

²³ Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/ficha21s.html> Acesso em 19 jul. 2021.

Tabela 33 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MOVEL REALIZADO PELA EQUIPE DE SUPORTE BASICO DE VIDA TERRESTRE

Ano	2018	2019	2020
Atendimentos	19	130	152

SMS-ADP

Tabela 34 TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELA UNIDADE DE SUPORTE BASICO DE VIDA TERRESTRE (USB)

Ano	2018	2019	2020
Atendimentos	97	121	132

SMS-ADP

3.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A promoção da equidade é a capacidade de “reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passapelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade”. Portanto, o objetivo da promoção da equidade em saúde é ampliar o acesso das populações vulneráveis no SUS. Essas populações apresentam maior risco de adoecimento, tendo em vista fatores como desigualdades sociais e distribuição de renda, orientação sexual, raça/cor e etnia, fluxo migratório, baixa escolaridade e dificuldade de acesso às principais políticas públicas. Para enfrentar os diversos desafios que expõem essas populações ao maior risco de adoecer, é necessário conhecer suas especificidades, desde a APS e os demais níveis de atenção do SUS, e inserir as temáticas na RAS em todas as linhas de cuidado.

3.3.1 POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Comunidade João Surá, que envolve também, Poço Grande, Guaracuí, Mamonas e Praia do Peixe, com uma população de 237 cidadãos, que vivem do artesanato e da agricultura de subsistência. Uma das dificuldades dos moradores é o difícil acesso a sede, que fica a 60 km do bairro, por estrada de chão.

A população local foi recentemente reconhecida como remanescente de quilombolas²⁴, sendo a primeira que se tem notícia no Paraná.

Para uma comunidade ser reconhecida como remanescente de quilombo é necessário que ela se auto identifique, através de documento elaborado pela Fundação Cultural Palmares e encaminhado ao INCRA. Após esse reconhecimento, o INCRA, ligado ao MDA (Ministério de Desenvolvimento Agrário), fará um levantamento sobre os moradores locais e a situação das terras por eles habitadas, a fim de conceder, de forma coletiva, os títulos de propriedade de terras de quilombo aos moradores.

Com esse reconhecimento, a comunidade ganha mais visibilidade perante as políticas públicas, tendo assim mais acesso a projetos. Além do que esta valorização contribui na reconstrução de uma identidade que foi fragmentada durante um período histórico e repassa a importância da cultura negra para as gerações vindouras.

²⁴ De acordo com o artigo 2º do Decreto nº 4887 de 20 de novembro de 2003, “Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção da ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

A Figura a seguir apresenta a distribuição das Comunidades Quilombolas de Adrianópolis²⁵ no território do Município

Figura 7 COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE ADRIANOPOLIS



ROCHA

3.3.2 COMUNIDADE EXPOSTA AOS RESÍDUOS DE CHUMBO

A Comunidade Exposta aos Resíduos de Chumbo, vive principalmente nos Bairros Vila Mota e Capelinha. Adrianópolis é marcada pela exposição de resíduos do chumbo. O desenvolvimento da região ocorreu junto com a instalação da mineradora Plumbum, na década de 40, o que garantiu melhorias de infraestrutura e gerou muitos empregos à população, graças à extração da galena para a industrialização do chumbo, prata e ouro. A empresa, porém, fechou as portas em 1995, deixando um rastro de despreocupação com o meio ambiente: resíduos de chumbo abandonados ao ar livre. Esses restos de minérios não tratados até hoje contaminam rios, solo, ar e, conseqüentemente, os habitantes da região.

Vila Mota e Capelinha são as regiões mais afetadas, segundo estudos da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, divulgados em 2008. Foram encontradas altas concentrações de chumbo na poeira destes locais. Enquanto os números aceitáveis são 17 mg/Kg, foram detectados na época de 300 a 3.300 mg/Kg. Há também níveis acima dos toleráveis nos alimentos cultivados nas vilas (hortaliças, leguminosas e ovos). Hoje, porém, depois de 20 anos esses índices já mudaram totalmente.

²⁵ ROCHA, Vanessa Gonçalves da. Disponível em <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=76395&idprograma=40001016001P0&anobas e=2020&idtc=1587> Acesso em 20 jun.2021.

A “Avaliação de Risco à Saúde Humana por Exposição aos Resíduos da Plumbum no Município de Adrianópolis – PR – 2008”²⁶ ressalta:

...” A avaliação dos efeitos sobre a saúde da população moradora em área adjacente a PLUMBUM, em Adrianópolis, ocasionados pelos compostos químicos encontrados, não nos permite ainda estabelecer os padrões de ocorrência do dano à saúde. Não há dúvida quanto ao fato de que estas pessoas foram, e estão sendo expostas a químicos nocivos a sua saúde. Porém, os dados quanto aos agravos à saúde existentes nesta população são inespecíficos e incapazes de fornecer informação que permita o estabelecimento de uma relação causal inequívoca, entre a contaminação pelo agente e as queixas de saúde referenciadas pela população.”

Com base na categoria de perigo que apresenta o local e a presença de rotas de exposição completas atuais, passadas ou futuras suficientemente definidas, podem ser recomendadas as seguintes ações de saúde pública:

1. Identificação dos expostos (no presente e passado) conforme estabelecido na Estratégia de Saúde da Família, inclusive o Cadastramento Nacional de Usuários do SUS;
2. Implementar seguimento/acompanhamento por meio de ações de Vigilância e Atenção integral à saúde da população exposta (vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador, atenção básica, média e alta complexidade) incluindo, entre outras:

Protocolos específicos para avaliação de saúde dos expostos (clínica e laboratorial) e ações de vigilância à saúde;

Foi iniciado um trabalho de levantamento da população residente nas áreas de Vila Mota, Plumbum e Sete Barras (Capelinha)

Em 2013, após levantamento casa a casa de toda essa população iniciamos de acordo com o proposto no “Plano de Acompanhamento à Saúde de Populações Expostas aos Resíduos Químicos da Plumbum Em Adrianópolis – PR”, o acompanhamento será realizado nos serviços da rede de atenção à saúde do SUS, com atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do município utilizando-se do plano e instrumentos norteadores, como roteiros e fluxos específicos.

O roteiro proposto para o acompanhamento da saúde da população consistirá em:

- Avaliação de exposição ambiental
- Avaliação de saúde inicial
- Estabelecer as rotinas de acompanhamento dos pacientes através de exames
- complementares e retornos periódicos a unidade

Ainda de acordo com o Plano, os exames preliminares a serem realizados nos expostos, são:

- Hemograma completo
- Parcial de urina
- Ureia e creatinina
- Aspartato aminotransferase – AST
- Alanina aminotransferase - ALT
- Quantificação de chumbo no sangue

De acordo com o que ficou estipulado, se ocorressem exames alterados, deveria este morador ser encaminhado para referência (secundária), no qual através dos resultados tivemos

²⁶ Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/avaliacao-risco-adrianopolis-parana-08-Chumbo.pdf> Acesso em 20 jul.2021

encaminhamento para saúde do trabalhador. O plano recomenda, no presente momento, acompanhamento de saúde das populações expostas por, no mínimo, 15 anos, por meio de avaliações periódicas. Para a população exposta assintomática recomenda-se o seguimento quinquenal. Para a população não exposta, o seguimento será realizado segundo rotinas da rede de atenção à saúde do SUS no município de Adrianópolis. Logo então tínhamos os primeiros valores ou referências laboratoriais sobre a população.

De acordo ainda com fluxogramas pré-estabelecidos, no Plano de Acompanhamento teriam dinâmicas diferenciadas para crianças e adolescentes 0 a 19 anos, adultos e gestantes.

Em 2018 foi iniciada a segunda fase com levantamento do número de crianças.

Em 2019 foram iniciadas as coletas das crianças. Para incentivar as mães, falou-se da importância e que também estaria sendo realizado na coleta do exame para tipagem sanguínea das crianças. Foi Até outubro de 2019 esse levantamento, teve um total de 234 coletas.

Ressalte-se ainda que a coleta de plumbemia das gestantes acontecem no momento da coleta de exames da primeira bateria de pré-natal.

O plano ainda fala que se acontecer níveis elevados dessa coleta de gestante, deve-se avisar a maternidade para coleta do bebê e da mãe na hora do parto.

Às quintas-feiras está pactuado junto a SESA e ao Ministério da Saúde que seria um dia exclusivo para atendimentos de pacientes do Protocolo.

Espera-se que a pandemia diminua e ou passe para que sejam reiniciadas essas rotinas de coletas.

4 | CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

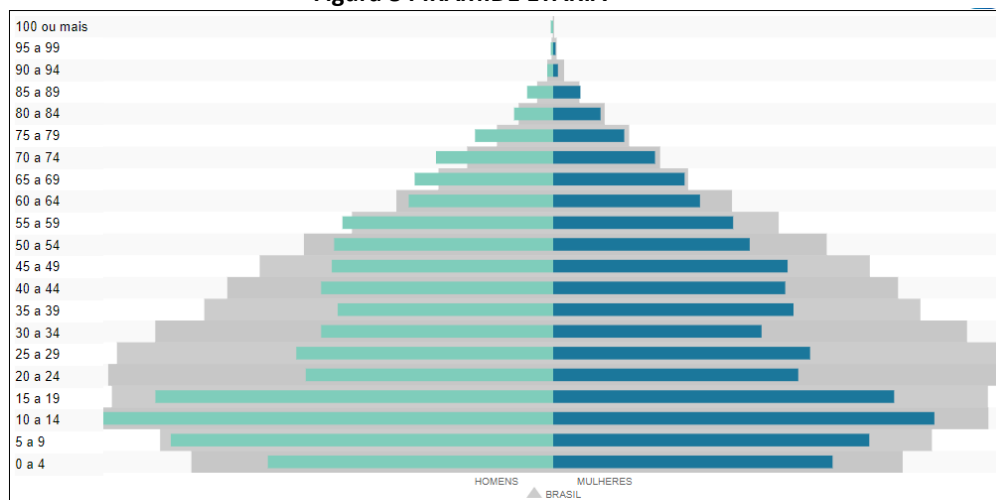
Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. O Município também tem apresentado essa tendência.

Tabela 35 POPULAÇÃO CENSITÁRIA, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO - 2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1 ano	37	46	83	1,4
1 a 4 anos	204	190	394	6,2
5 a 9 anos	323	267	590	9,3
10 a 14 anos	380	322	702	11,0
15 a 19 anos	336	288	624	9,8
20 a 29 anos	426	424	850	13,4
30 a 39 anos	378	379	757	11,8
40 a 49 anos	383	394	777	12,2
50 a 59 anos	363	318	681	10,7
60 a 69 anos	239	235	474	7,4
70 a 79 anos	165	146	311	4,8
80 anos e mais	64	69	133	2,0
Total	3298	3078	6376	100
%	51,7	48,3	100	-

IBGE

Figura 8 PIRÂMIDE ETÁRIA



IBGE – CENSO 2010

Devido ao desaceleramento do crescimento industrial, o município segue tendência de decréscimo populacional. A tabela, na sequência apresenta a evolução populacional por faixa etária,

considerando percentuais estimados, na série histórica 2016-2020, que possibilita verificar que a população de menores de 4 anos no município é ligeiramente superior à média do Estado e, por outro lado, a população acima de 60 anos, corresponde a 18,9 % no Município enquanto no Estado equivale a 15,5%.

Tabela 36 EVOLUÇÃO POPULACIONAL, FAIXA ETÁRIA – ESTIMATIVA, 2017-2020

Faixa Etária	2017	2018	2019	2020	%2020	%PR 2020
De 0 a 4 anos	478	472	467	457	7,8%	6,8%
De 5 a 9 anos	448	443	442	441	7,5%	6,7%
De 10 a 14 anos	441	416	393	369	6,3%	6,5%
De 15 a 19 anos	468	432	398	366	6,2%	7,0%
De 20 a 24 anos	484	468	449	428	7,3%	7,9%
De 25 a 29 anos	421	437	450	469	8,0%	8,0%
De 30 a 34 anos	401	390	379	369	6,3%	7,7%
De 35 a 39 anos	380	388	396	402	6,9%	7,6%
De 40 a 44 anos	361	356	351	345	5,9%	7,2%
De 45 a 49 anos	384	377	371	367	6,3%	6,7%
De 50 a 54 anos	386	386	385	383	6,5%	6,5%
De 55 a 59 anos	347	353	356	360	6,1%	5,8%
De 60 a 64 anos	307	307	307	308	5,3%	4,8%
De 65 a 69 anos	237	247	257	267	4,6%	3,8%
De 70 a 74 anos	186	185	183	182	3,1%	2,8%
De 75 a 79 anos	146	147	148	151	2,6%	1,9%
De 80 anos ou mais	173	179	187	193	3,3%	2,2%
Total	6048	5983	5919	5857	100,0%	100,0%

DATASUS

O Censo de 2010 apontava uma população masculina superior a feminina, respectivamente, 51,7 % e 48,3 %.

Tabela 37 POPULAÇÃO ESTIMADA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, 2020

Faixa Etária 1	Masculino		Feminino		Total	
0 a 4 anos	235	7,8%	222	7,9%	457	7,8%
5 a 9 anos	226	7,5%	215	7,6%	441	7,5%
10 a 14 anos	187	6,2%	182	6,4%	369	6,3%
15 a 19 anos	199	6,6%	167	5,9%	366	6,2%
20 a 29 anos	483	15,9%	414	14,6%	897	15,3%
30 a 39 anos	386	12,7%	385	13,6%	771	13,2%
40 a 49 anos	358	11,8%	354	12,5%	712	12,2%
50 a 59 anos	377	12,4%	366	12,9%	743	12,7%
60 a 69 anos	316	10,4%	259	9,2%	575	9,8%
70 a 79 anos	166	5,5%	167	5,9%	333	5,7%
80 anos e mais	96	3,2%	97	3,4%	193	3,3%
Total	3029	100,0%	2828	100,0%	5857	100,0%
%	51,7%	-	48,3%	-	100,0%	-

DATASUS

Segundo o IPARDES, a taxa bruta de natalidade do Município é inferior à da região e a do Estado. A tabela a seguir mostra que para cada 1000 habitantes, a taxa do município é de 10,81 a da região é de 12,58 e a do Estado do Paraná, registra 13,42.

Tabela 38 TAXA BRUTA DE NATALIDADE, 2019

Indicador	Data	Município	Região	Estado
Taxa Bruta de Natalidade (mil habitantes)	2019	10,81	12,58	13,42

IPARDES

Na sequência a tabela apresenta o crescimento geométrico apurada pelo Censo de 2020, demonstrando um decréscimo populacional para o Município na ordem de - 0,94 %, contrastando com as médias da Região (1,37 %) e do Estado (0,89).

Tabela 39 TAXA DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO POPULACIONAL (%)

Indicador	Data	Município	Região	Estado
Taxa de Crescimento Geométrico Populacional (%)	2010	-0,94	1,37	0,89

IPARDES

Na tabela a seguir, está demonstrada a variação populacional do Município em relação ao Estado para os períodos 2018/2019 e 2019/2020, onde se verifica uma variação negativa para o Município, equivalente a -1,07 % e -1,05 %, respectivamente enquanto a população no Estado é incrementada na ordem de 0,74 e 0,72, respectivamente.

Tabela 40 VARIAÇÃO PULACIONAL, 2018, 2019 e 2020

Ano/População	2018	2019	2020	2019/2018	2020/2019
Adrianópolis	5.983	5.919	5.857	- 1,07%	-1,05%
Paraná	11.348.937	11.433.957	11.516.840	0,74%	0,72%

DATASUS

Segundo o Censo 2010, a população por raça/cor é caracterizada entre majoritariamente entre branca e parda, em proporções iguais de 46,7 % conforme tabela a seguir.

Tabela 41 POPULAÇÃO CENSITÁRIA POR RAÇA E COR, 2010

Raça/Cor	Quantidade	%
Branca	2976	46,7%
Preta	367	5,8%
Amarela	34	0,5%
Parda	2976	46,7%
Indígena	24	0,4%
Sem Declaração	-	
Total	6376	100,0%

IPARDES

Em relação ao tipo de domicílio considerando as proporções de contingentes rurais e urbanos, o Município, em 2010, apresentava uma população majoritariamente rural com 68 %, frente aos 32 % urbanos.

Tabela 42 POPULAÇÃO CENSITÁRIA POR TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO, 2010

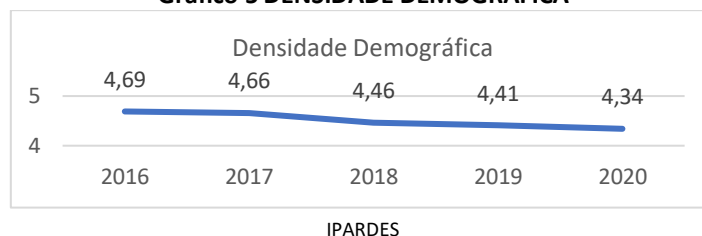
Tipo de Domicílio	Masculino	Feminino	Total	%
Urbano	1009	1051	2060	32%
Rural	2289	2027	4316	68%
Total	3298	3078	6376	100%
%	51,73%	48,27%	100,00%	-

IPARDES

4.1.1 DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Em sintonia com a redução populacional este indicador mostra correspondência com o processo de decréscimo da população. Ressalte-se também que o Município possui uma grande extensão territorial, 1342 km². Ao ser comparado o mesmo indicador com os da região e do Estado, a diferença é bastante significativa sendo as densidades demográficas da região e do Estado, respectivamente 222,78 hab./km² e 57,62 hab./km².

Gráfico 5 DENSIDADE DEMOGRÁFICA



4.1.2 POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA

Ainda colhidas pelo Censo 2010, a Tabela a seguir apresenta a população com algum tipo de deficiência, sendo o maior número, a de ordem visual.

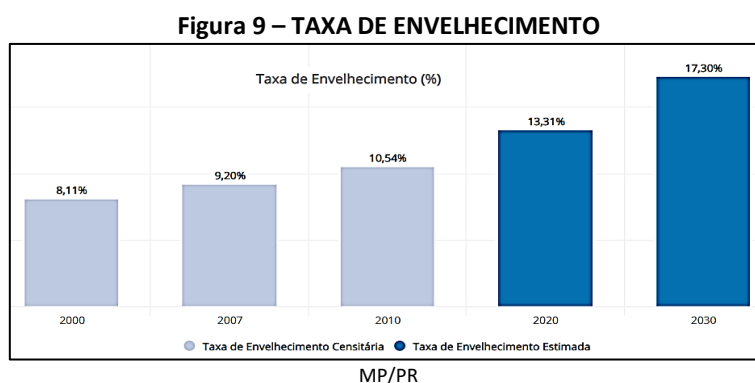
Tabela 43 POPULAÇÃO COM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA, 2010

Tipo de deficiência	População
Pelo menos uma das deficiências investigadas (1)	751
-Visual	556
-Auditiva	188
-Física e/ou motora	256
-Mental ou intelectual	27

IPARDES, NOTA: Posição dos dados, no site da fonte, 14/5 e 28/7 2014. (1) A mesma pessoa pode apresentar mais de um tipo de deficiência.

4.1.3 TAXA DE ENVELHECIMENTO

Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade e a população total. Os dados até o ano de 2010 se referem a Censos e contagens populacionais do IBGE, enquanto os demais períodos foram obtidos através da projeção populacional confeccionada pelo IPARDES para as próximas décadas.



4.1.4 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

É a população com menos de 15 anos ou com mais de 65 anos de idade (população economicamente dependente) em relação à população de 15 a 64 anos de idade (população potencialmente ativa). Verifica-se valor maior para o Município, em relação ao Estado e Região.

Tabela 44 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

Indicador	Data	Município	Região	Estado
Razão de Dependência (%)	2010	62,03	41,04	43,78

IPARDES

4.1.5 POPULAÇÃO POR RELIGIÃO

Dentro da área urbana do município existem diversas entidades religiosas tendo destaque: Católica (paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro), Igreja Assembleia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja do Evangelho Quadrangular, Salão do Reino das Testemunhas de Jeová, entre outras. O Censo 2010, apontou o contingente populacional por religião.

Tabela 45 POPULAÇÃO POR RELIGIÃO, 2010

Religião	Pessoas	%
Católica apostólica romana	3.398	55,9%
Evangélica	2.618	43,1%
Espiritas	63	1,0%
Total	6.079	100,0%

IBGE

4.1.6 FORMAÇÃO ÉTNICA

A população adrianopolitense está constituída por diversas raças, estando em destaque: italiana, portuguesa, espanhola e silvícola.

4.1.7 POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁷, apontava 378 pessoas com Plano de Saúde, em Julho/2021. Isso equivale a 6,45 % da população total do Município. No Estado do Paraná essa taxa é de 25,3 %.

Esfera	Beneficiários	População	%
Adrianópolis	378	5857	6,45 %
Estado do Paraná	2.919.538	11 516 840	25,3 %

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO

No setor industrial, o Município possui uma Unidade da Supremo Secil Cimentos²⁸, sendo a fábrica de cimentos mais moderna do Brasil, com capacidade instalada para produzir 1,7 milhão de toneladas/ano.

Em relação a Agricultura considerando a conjuntura atual na produção agrícola destacam-se: hortaliças, feijão, frutas, milho, mandioca, soja, cana, mel, ovos, aves (frango), gado de corte e leite (bovino e bubalino), caprinos e ovinos. Na pecuária destaca-se gado de corte e suinocultura.

O comércio no Município é bem diversificado.

4.2.1 DADOS ECONÔMICOS

Em relação ao Produto Interno Bruto o Município, apresenta valor superior à média Estadual e ligeiramente inferior à média regional, quando considerado o per capita.

Tabela 46 PIB PER CAPITA, 2018

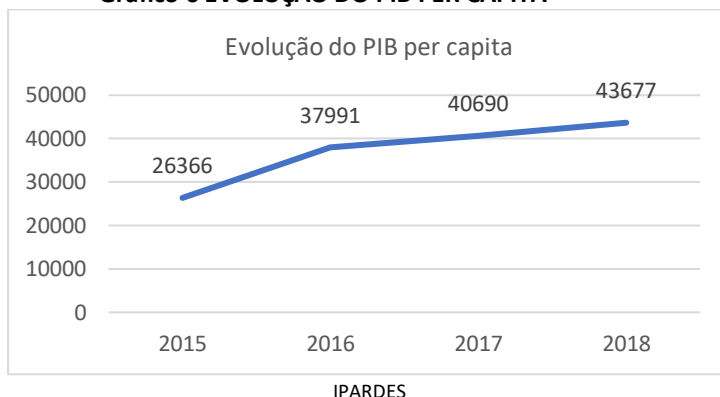
Indicador	Data	Município	Região	Estado
PIB Per Capita (R\$ 1,00) ⁽⁴⁾	2018	43.677	44.548	38.773

IPARDES

²⁷ Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def Acesso em 07 ago. 2021

²⁸ Disponível em <https://www.supremocimento.com.br/quem-somos/> Acesso em 06 jul.2021.

Gráfico 6 EVOLUÇÃO DO PIB PER CAPITA



Na sequência, a tabela traz uma síntese dos principais dados econômicos do Município, conforme publicação periódica do IPARDES.

Tabela 47 SÍNTESE DOS DADOS ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO

Trabalho	Fonte	Data	Município
Estabelecimentos (RAIS) (nº)	ME/Trabalho	2019	93
Comércio Varejista	ME/Trabalho	2019	38
Alojamento, Alimentação, Radiodifusão e Televisão	ME/Trabalho	2019	13
Agropecuária	ME/Trabalho	2019	9
Empregos (RAIS) (nº)	ME/Trabalho	2019	1.034
Estabelecimentos (RAIS) nas Atividades Características do Turismo (ACTs) (nº)	ME/Trabalho	2019	7
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Alojamento (nº)	ME/Trabalho	2019	2
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Alimentação (nº)	ME/Trabalho	2019	4
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Terrestre (nº)	ME/Trabalho	2019	1
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Aéreo (nº)	ME/Trabalho	2019	-
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Aquaviário (nº)	ME/Trabalho	2019	-
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Agências de Viagem (nº)	ME/Trabalho	2019	-
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Aluguel de Transportes (nº)	ME/Trabalho	2019	-
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Cultura e Lazer (nº)	ME/Trabalho	2019	-
População em Idade Ativa (PIA) (pessoas)	IBGE	2010	5.317
População Economicamente Ativa (PEA) (pessoas)	IBGE	2010	2.576
População Ocupada (PO) (pessoas)	IBGE	2010	2.423
Taxa de Atividade de 10 anos ou mais (%)	IBGE	2010	48,52
Taxa de Ocupação de 10 anos ou mais (%)	IBGE	2010	94,06
Agropecuária	Fonte	Data	Município
Valor Bruto Nominal da Produção Agropecuária (VBP) (R\$ 1,00)	SEAB/DERAL	2019	104.543.887,08
Pecuária - Bovinos (cabeças)	IBGE	2019	14.944
Pecuária - Equinos (cabeças)	IBGE	2019	445
Pecuária - Ovinos (cabeças)	IBGE	2019	302
Pecuária - Suínos - Total (cabeças)	IBGE	2019	705
Pecuária - Suínos - Matrizes de Suínos (cabeças)	IBGE	2019	71

Aves - Galináceos - Total (cabeças)	IBGE	2019	21.200
Aves - Galináceos - Galinhas (cabeças)	IBGE	2019	9.700
Produção Agrícola - Feijão (em grão) (toneladas)	IBGE	2019	2.118
Produção Agrícola - Milho (em grão) (toneladas)	IBGE	2019	8.119
Produção Agrícola - Tomate (toneladas)	IBGE	2019	1.200
Finanças Públicas	Fonte	Data	Município
Receitas Municipais (R\$ 1,00)	Prefeitura	2019	31.326.124,33
Despesas Municipais (R\$ 1,00)	Prefeitura	2019	28.902.741,11
ICMS (100%) por Município de Origem do Contribuinte (R\$ 1,00)	SEFA	2020	10.235.899,49
ICMS Ecológico - Repasse (R\$ 1,00)	SEFA	2020	2.616.978,11
Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (R\$ 1,00)	MF/STN	2020	7.848.636,24
Produto e Renda	Fonte	Data	Município
PIB <i>Per Capita</i> (R\$ 1,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	43.677
Produto Interno Bruto (PIB) a Preços Correntes (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	261.322
PIB - Valor Adicionado Bruto (VAB) a Preços Básicos (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	230.827
PIB - VAB a Preços Básicos na Agropecuária (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	22.298
PIB - VAB a Preços Básicos na Indústria (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	130.520
PIB - VAB a Preços Básicos no Comércio e Serviços (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	46.829
PIB - VAB a Preços Básicos na Administração Pública (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	31.180
PIB - Impostos (R\$ 1.000) ⁽⁴⁾	IBGE/Iparde	2018	30.495
Valor Adicionado Fiscal (VAF) (R\$ 1,00) (P)	SEFA	2019	241.910.713
VAF - Produção Primária (R\$ 1,00) (P)	SEFA	2019	6.171.661
VAF - Indústria (R\$ 1,00) (P)	SEFA	2019	177.528.008
VAF - Comércio e em Serviços (R\$ 1,00) (P)	SEFA	2019	58.187.162
VAF - Recursos/Autos (R\$ 1,00) (P)	SEFA	2019	23.882

IPARDES

4.2.2 INDICADORES SOCIOECONÔMICOS

As condições gerais de vida do Município, podem estar refletidas na construção de indicadores que sintetizam as várias informações e dados, traduzindo assim a realidade da Comunidade. Em geral, o indicador mais utilizado que sintetiza o Município é o IDH-M, proposto pela Organizações das Nações Unidas (ONU), porém, ele é obtido a partir dos censos populacionais e podem estar bastante desatualizados. Por isso, será apresentado um indicador elaborado pelo IPARDES, que traz dados mais atualizados.

4.2.2.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o objetivo da criação do Índice de Desenvolvimento Humano foi oferecer um contraponto ao indicador Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Atualmente, os três pilares que constituem o IDH são saúde, educação e renda. No Estado do Paraná, o Município encontra-se na posição 331 do ranking.

O IDHM apresentou aumento de 23,06% entre os anos de 2000 e 2010. Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade

apresentou alteração de 9,22%, o IDHM Educação apresentou alteração de 42,17% e IDHM Renda apresentou alteração de 19,48%.

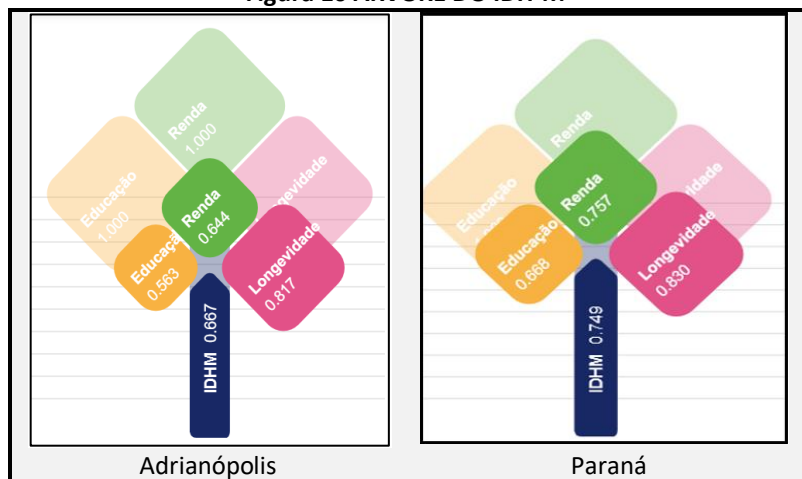
Tabela 48 IDH-M E SEUS INDICADORES

Indicadores	2000	2010
IDHM	0,542	0,667
IDHM Educação	0,396	0,563
% de 5 a 6 anos de idade na escola	51,05	83,69
% de 11 a 13 anos nos anos finais do ensino fundamental ou ensino fundamental completo	64,12	83,19
% de 15 a 17 anos de idade com ensino fundamental completo	55,00	68,39
% de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo	25,21	37,06
% de 18 a 20 anos de idade com ensino médio completo	28,48	42,26
IDHM Longevidade	0,748	0,817
Esperança de vida ao nascer	69,87	74,02
IDHM Renda	0,539	0,644
Renda per capita	228,71	440,79

ATLASBRASIL.ORG.BR

A imagem a seguir permite visualizar a evolução do índice para os períodos disponíveis e a diferença entre ele e o IDHM ideal do Município.

Figura 10 ÁRVORE DO IDH-M



ATLASBRASIL.ORG.BR

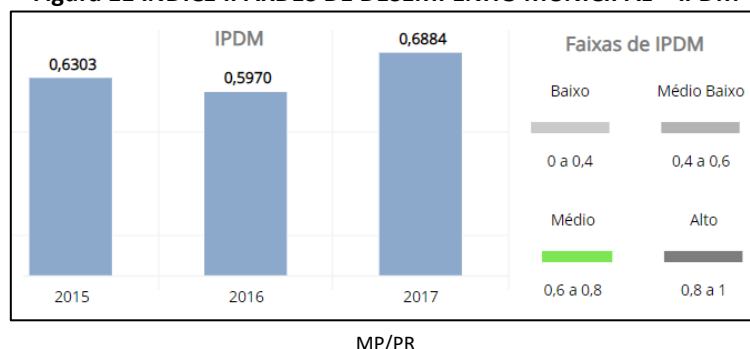
4.2.2.2 Índice Iparades de Desempenho Municipal - IPDM

O Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) procura avaliar a situação dos municípios paranaenses, considerando, com igual ponderação, as três principais áreas de desenvolvimento econômico e social, a saber:

- emprego, renda e produção agropecuária;
- educação;
- saúde.

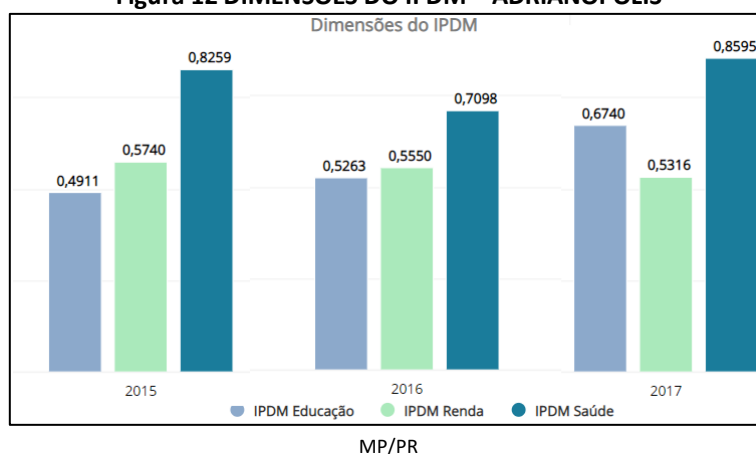
Na construção do índice da dimensão Saúde²⁹ são usadas as variáveis: número de consultas pré-natais, óbitos infantis por causas evitáveis, e óbitos por causas mal definidas.

Figura 11 ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – IPDM



Em relação as dimensões do IPDM verificam-se o predomínio da dimensão Saúde em todos os períodos, com uma queda no ano de 2016. Já a dimensão educação obteve um salto entre os anos de 2016 e 2017, superando a dimensão renda.

Figura 12 DIMENSÕES DO IPDM – ADRIANOPOLIS

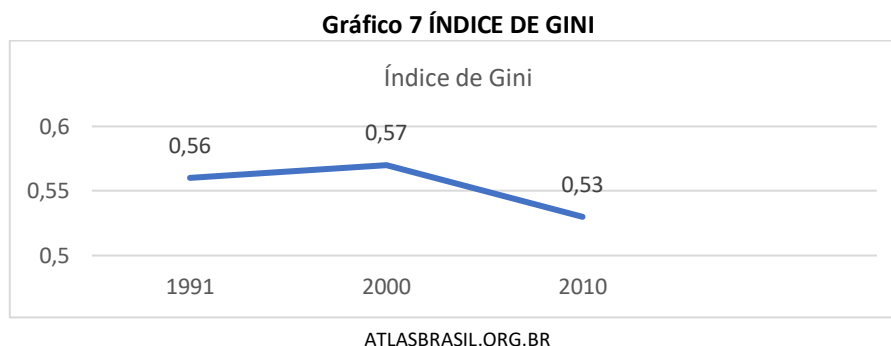


4.2.2.3 Índice de Gini

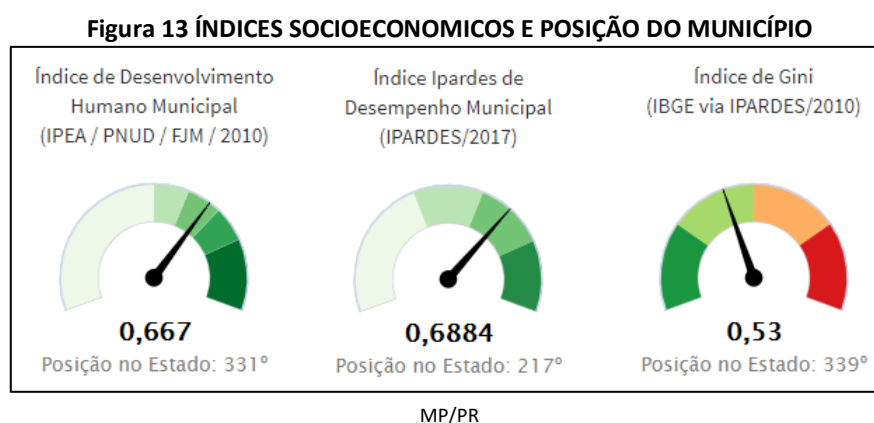
Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0 (zero), quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1 (um), quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda). O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios

²⁹ Na educação, as seguintes variáveis: taxa de matrícula na educação infantil; taxa de abandono escolar (1ª a 4ª série / 1º a 5º ano; 5ª a 8ª série / 6º a 9º ano e ensino médio); taxa de distorção idade-série (1ª a 4ª série / 1º a 5º ano; 5ª a 8ª série / 6º a 9º ano e ensino médio); percentual de docentes com ensino superior (1ª a 4ª série / 1º a 5º ano; 5ª a 8ª série / 6º a 9º ano e ensino médio); resultado do IDEB (1ª a 4ª série / 1º a 5º ano e 5ª a 8ª série / 6º a 9º ano). E na dimensão Emprego, Renda e Produção Agropecuária as variáveis relacionadas ao salário médio, ao emprego formal e à renda da agropecuária.

particulares permanentes. O índice de Gini no Município passou de 0,57 em 2000 para 0,53 em 2010, indicando, portanto, redução na desigualdade de renda.



A figura a seguir sintetiza os principais indicadores socioeconômicos e a posição do município em relação ao Estado.



4.2.3 VULNERABILIDADE

A Vulnerabilidade Social diz respeito à suscetibilidade à pobreza, e é expressa por variáveis relacionadas à renda, à educação, ao trabalho e à moradia das pessoas e famílias em situação vulnerável. A situação de vulnerabilidade social, também expressa pelos indicadores destacados a seguir, mostra que caiu o percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 39,04% para 13,00% entre 2000 e 2010. Outro indicador destacado é o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos que, no mesmo período, passou de 68,68% para 54,83%. Neste mesmo período, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 30,29% para 17,15%. Por último, também no período observado, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada na UDH. Em 2000, o percentual era de 64,58% e em 2010, o indicador registrou 77,40%.

Tabela 49 INDICADORES DE VULNERABILIDADE

Indicadores	2000	2010
Crianças e Jovens		
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	30,29	17,15
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	39,04	13,00
Adultos		
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	69,39	53,76
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade	68,68	54,83
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	6,53	5,56
Renda e Trabalho		
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	30,29	17,15
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	2,49
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	69,39	53,76
Condição de Moradia		
% da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	64,58	77,40

ATLASBRASIL.ORG.BR

4.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.3.1. NATALIDADE

As condições de Natalidade serão analisadas de acordo com o número de nascimentos e taxa bruta de Natalidade, com o desdobramento da faixa etária das mães, conforme descrito na Tabela a seguir.

4.3.1.1. Taxa de Natalidade

Analisando-se a tabela das condições de Nascimento, observa-se que a taxa bruta de natalidade vem oscilando e encontra-se praticamente no mesmo valor da média estadual verificada entre o período de 2017-2020, sendo um índice de 13,42 nascidos vivos a cada 1000 habitantes e para o Estado verificado no mesmo período apresentou um valor de 13,50. Em relação ao período 2012-2016 a Taxa de Natalidade cresceu, já que apresentava uma média de 11,49 naquele período.

Tabela 50 TAXA BRUTA DE NATALIDADE, 2017-2020

Taxa de Natalidade (por 1.000 hab.)	2017	2018	2019	2020	Média
Número de nascidos vivos	98	71	64	80	78,3
População	6254	5983	5919	5857	6003
Taxa bruta de Natalidade – Adrianópolis	15,67	11,87	10,81	13,66	13,42
Taxa bruta de Natalidade - Paraná	14,01	13,86	13,50	12,65	13,50

SESA PR

4.3.1.2. Faixa etária da Mãe

Em relação a faixa etária da mãe, 48,6 % dos nascidos vivos, tiveram mães entre 20 e 29 anos, muito semelhante à média do Estado do PR. Por outro lado, o município apresenta números superior ao do Estado quando se analisa a faixa inferior a 19 anos, ou seja, gravidez na adolescência.

Tabela 51 FAIXA ETÁRIA DAS MÃES, 2017-2010

Faixa Etária	2017	2018	2019	2020	Total	%	PR Total	%PR
10-14	2	2	0	1	5	1,6%	2.980	0,5%
15-19	21	14	6	14	55	17,6%	75.631	12,2%
20-29	52	35	26	39	152	48,6%	304.477	49,2%
30-39	21	18	29	24	92	29,4%	215.781	34,9%
40-49	2	2	3	2	9	2,9%	19.694	3,2%
50 e +	-	-	-	-	-	-	66	0,0%
ign	-	-	-	-	-	-	11	0,0%
Total	98	71	64	80	313	100,0%	618.640	100,0%

SESA PR *FAIXA ETÁRIA (7)

A taxa de gravidez na adolescência apresenta uma grande oscilação, porém com média no período de 18,5 %, a média supera a do Estado, que no mesmo período registrou 12,7 %.

Tabela 52 TAXA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Taxa de gravidez na adolescência	2017	2018	2019	2020	Média
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes – Adrianópolis	23,4%	22,5%	9,4%	18,8%	18,5%
• % de mães de 15 - 19 anos	21,4%	19,7%	9,4%	17,5%	17,0%
• % de mães de 10 - 14 anos	2,0%	2,8%	0,0%	1,3%	1,5%
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes - Paraná	14%	13%	12%	11%	13%

SESA PR

4.3.1.3. Peso ao nascer

Considerando o peso dos recém nascidos o perfil do Município difere um pouco em relação ao Estado, especialmente na faixa menor de 2499 g, conforme tabela a seguir.

Tabela 53 PESO AO NASCER, 2017-2020

Peso ao Nascer (6)	2017	2018	2019	2020	Total	%	%PR
000g a 999g	-	-	-	-	-	-	0,6%
1000g a 1499g	2	0	1	0	3	1,0%	0,8%
1500g a 2499g	6	1	4	2	13	4,2%	7,2%
2500g a 2999g	19	11	16	17	63	20,1%	22,6%
3000g a 3999g	65	53	42	58	218	69,6%	64,2%
4000g e mais	6	6	1	3	16	5,1%	4,6%
Total	98	71	64	80	313	100,0%	

SESA PR

No quesito, baixo peso ao nascer, a taxa média no período considerado é 5%, com grande oscilação anual, sendo este um resultado favorável em relação ao Estado onde esse índice teve média 8,6 %. A recomendação, nesse caso é que seja inferior a 10 %.

Tabela 54 BAIXO PESO AO NASCER

Baixo peso	2017	2018	2019	2020	Média
% com baixo peso ao nascer /Adrianópolis	8,2%	1,4%	7,8%	2,5%	5,0%
% com baixo peso ao nascer /Paraná	8,4%	8,5%	8,8%	8,7%	8,6%

SESA PR

4.3.1.4. Tipo de Parto

Em relação aos partos cesáreos, o Município apresenta uma média para o período equivalente a 50 %, pior que na série 2012-2016, que apresentou resultou de 43 %. O Paraná a média no período foi 63 %.

Tabela 55 TIPO DE PARTO

Tipo de parto	2017	2018	2019	2020	Média
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais - Adrianópolis	54%	51%	47%	48%	50%
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos - Adrianópolis	46%	49%	53%	52%	50%
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos - Paraná	62%	62%	62%	65%	63%

SESA PR

4.3.1.5. Consultas de Pré-Natal

Esse indicador mede a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como taxa de mortalidade materna e infantil, incidência de sífilis congênita, entre outros.

Tabela 56 CONSULTAS PRÉ-NATAL, 2017-2020

Consultas Pré-Natal	2017	2018	2019	2020	Total	%
Nenhuma	2	0	0	0	2	0,6%
1-3 consultas	1	1	0	3	5	1,6%
4-6 consultas	13	12	12	17	54	17,3%
7e+ consultas	81	57	52	60	250	79,9%
Ignorado	1	1	0	0	2	0,6%
Total	98	71	64	80	313	100,0%

SESA PR

O percentual de pré-natal com 07 ou mais consultas, no município foi de 79,9% na série histórica 2017-2020. No período 2012-2016, houve uma tendência de crescimento deste percentual, chegando a uma média de 74,32 %, sendo que no ano de 2016, foi de 90 %. contrariamente ao que

ocorreu na série 2017-2020, com tendência de queda dos resultados. O número do Município é desfavorável quando considerado com a média do Estado do PR, que atingiu 84,9%.

Tabela 57 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (7 OU +), 2017-2020 (%)

Consultas de pré-natal (7 ou +)	2017	2018	2019	2020	Média
Adrianópolis	82,7%	80,3%	81,3%	75,0%	79,9%
Paraná	84,2%	85,2%	85,6%	84,8%	84,9%

SESA PR

4.3.2 MORTALIDADE

4.3.2.1 Mortalidade Geral

No Município, tem ocorrido uma média de 52 óbitos por ano e no Estado cerca de 77.000 (Média 2017-2020) óbitos, correspondendo a uma taxa média de 8,65 óbitos a cada 1.000 habitantes no Município e 6,72 no Estado, conforme tabela na sequência que apresenta a série histórica entre 2012 e 2020.

Tabela 58 TAXA DE MORTALIDADE: NÚMERO DE ÓBITOS/1000 HABITANTES

Unidade Federativa	2017	2018	2019	2020	Média
Adrianópolis	7,83	6,52	8,11	12,12	8,65
Estado PR	6,53	6,70	6,70	7,30	6,81

SESA PR

Em relação a Mortalidade por Sexo, na série histórica 2017-2020, 63 % foram do sexo masculino e 37 % feminino. Na média do Estado, no período 2017-2020, foram 176.530 óbitos masculinos, 134.544 femininos e 181 ignorados totalizando 311.255, ou seja 57 % e 43 % respectivamente.

Tabela 59 MORTALIDADE POR SEXO, 2017-2020

Sexo	2017	2018	2019	2020	Total	%	%PR
Masculino	31	27	31	41	130	63%	57%
Feminino	18	12	17	30	77	37%	43 %
Total	49	39	48	71	207	100%	100%

SESA PR

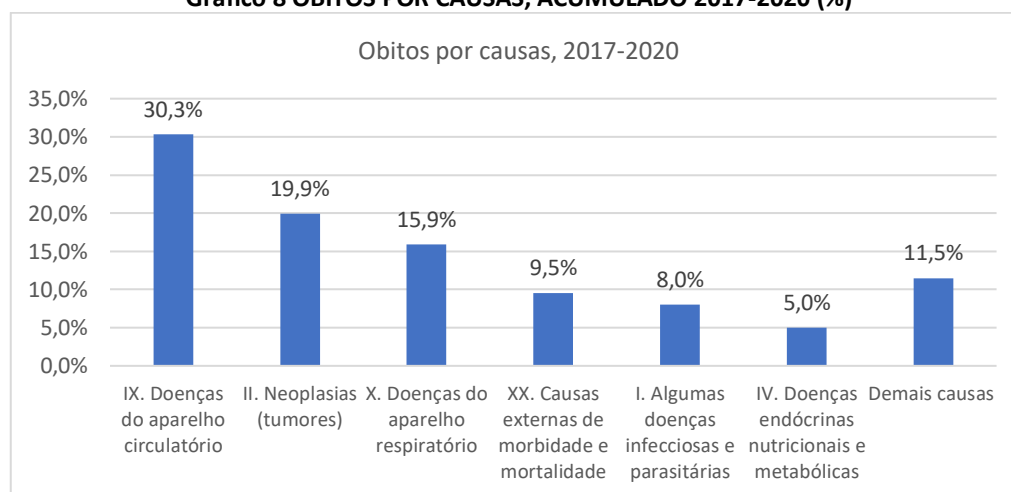
Verificando os resultados da mortalidade por causas, é possível observar apenas uma alteração entre os anos de 2019 e 2020, na terceira posição, considerando as três primeiras causas, assim, em 2019, respectivamente as 3 primeiras causas foram Doenças Circulatórias, Neoplasias e apresentando o mesmo resultado, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas, cujos resultados foram 33,13 %, 14,6 % e 12,5 % respectivamente. Já em 2020 as três primeiras posições foram ocupadas por Doenças do Aparelho Circulatório com 36,6 %, Neoplasias com 18,3 % dos óbitos, seguidas por Doenças Infecciosas e Parasitárias com 12,7 %. Os dados do Município guardam uma certa semelhança ao perfil dos óbitos do Estado.

Tabela 60 MORTALIDADE POR CAUSAS, 2017-2020

Causa (Cap CID10)	2017	2018	2019	2020	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	3	9	16	8,0%
II. Neoplasias (tumores)	10	10	7	13	40	19,9%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	1	0,5%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	0	3	1	10	5,0%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	2	3	1,5%
IX. Doenças do aparelho circulatório	11	8	16	26	61	30,3%
X. Doenças do aparelho respiratório	11	8	6	7	32	15,9%
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	3	0	3	7	3,5%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	1	3	4	2,0%
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	0	0	0	1	1	0,5%
XVII. Malf cong deformid e anom. cromossômicas	1	0	1	0	2	1,0%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	1	1	3	5	2,5%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	5	6	3	19	9,5%
Total	49	39	48	71	201	100,0%

SESA PR

Gráfico 8 ÓBITOS POR CAUSAS, ACUMULADO 2017-2020 (%)



SESA PR

Tabela 61 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, MUNICÍPIO E ESTADO, 2017-2020.

Causa (Cap CID10)	2017	2018	2019	2020	% 2019	% 2020	%PR 2019	%PR 2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	3	9	6,3%	12,7%	3,16%	13,1%
II. Neoplasias (tumores)	10	10	7	13	14,6%	18,3%	19,50%	17,8%
III. Dças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	2,1%	0,0%	0,43%	0,4%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	0	3	1	6,3%	1,4%	5,91%	5,7%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	2	0,0%	2,8%	1,22%	1,2%
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	8,3%	4,30 %	4,0%
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	0,0%	0,00 %	0,0%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-	0,0%	0,01	0,0%

IX. Doenças do aparelho circulatório	11	8	16	26	33,3%	36,6%	26,66%	24,1%
X. Doenças do aparelho respiratório	11	8	6	7	12,5%	9,9%	11,98%	8,8%
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	3	0	3	0,0%	4,2%	5,48%	5,0%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	0,29 %	0,3%
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	0,0%	0,40 %	0,4%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	1	3	2,1%	4,2%	2,89%	2,6%
XV. Gravidez parto e puerpério							0,09 %	0,1%
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	0	0	0	1	0,0%	1,4%	2,51%	2,1%
XVII. Malf cong deformid e anom. cromossômicas	1	0	1	0	2,1%	0,0%	0,97%	0,8%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	1	1	3	2,1%	4,2%	3,13%	3,2%
XIX. Lesões env. e alg out conseq causas externas	-	-	-	-	-	0,0%	0,01%	0,0%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	5	6	3	12,5%	4,2%	11,07%	10,3%
Total	49	39	48	71	100%	100%	100%	100%

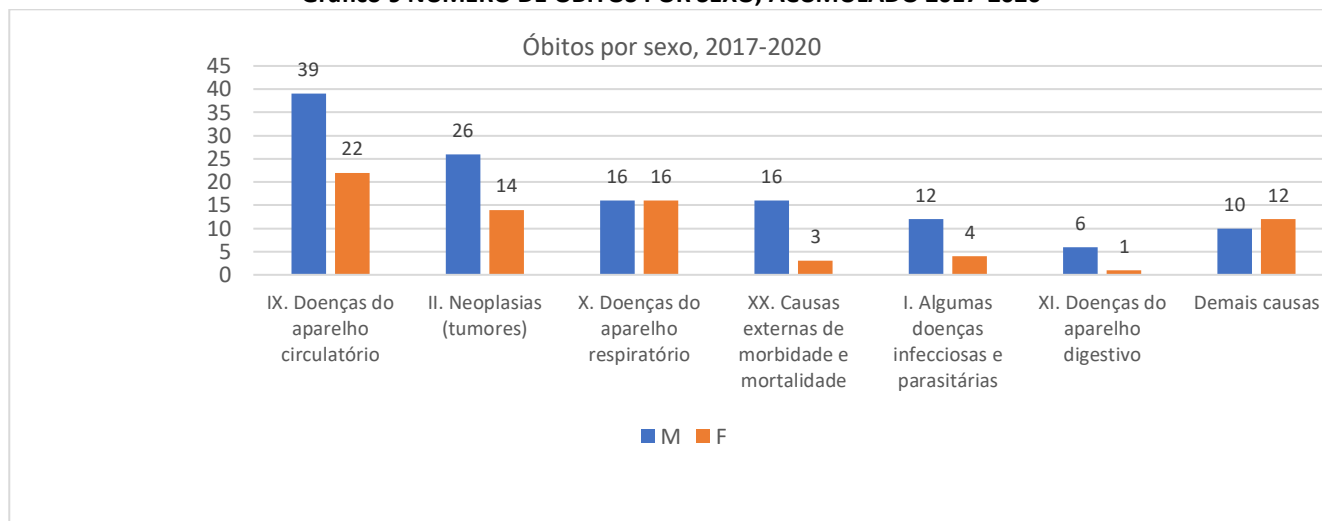
SESA PR

Tabela 62 MORTALIDADE POR CAUSAS E SEXO, 2017-2020

Causa (Cap CID10)	Masculino	Feminino	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	4	16
II. Neoplasias (tumores)	26	14	40
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	5	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	1	3
VI. Doenças do sistema nervoso	2	4	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	39	22	61
X. Doenças do aparelho respiratório	16	16	32
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	1	7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	2	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	1	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	1	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	3	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	16	3	19
Total	130	77	207
%	63	37	100

SESA PR

Gráfico 9 NÚMERO DE ÓBITOS POR SEXO, ACUMULADO 2017-2020



SESA PR

No Paraná, a média de idade de óbito, no ano de 2018, foi de 70 anos para mulheres e de 63 anos para os homens. Essa diferença de expectativa de vida também ocorre no Brasil e pode ser explicada pela maior incidência dos óbitos por causas externas ou não naturais, que atingem com maior intensidade a população masculina, fenômeno relacionado com o processo de urbanização e metropolização do Brasil. No Município a faixa acima de 60 anos concentrou, no acumulado da série histórica 2017-2020, 70 % dos óbitos, resultado igual ao verificado para o Estado no mesmo período.

Tabela 63 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA, ACUMULADO 2017-2020

Causa (Cap CID10)	<1 Ano	01- 04	15- 19	20- 29	30- 39	40- 49	50- 59	60- 69	70- 79	80 e+	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	1	5	1	3	6	0	16
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	0	5	7	5	9	13	0	40
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1	0	0	0	0	3	2	2	2	0	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3	0	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	0	3	8	12	16	21	0	61
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	1	0	2	2	8	19	0	32
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	0	7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	2	6	2	3	1	2	1	2	0	19
TOTAL	1	4	3	8	5	13	29	27	45	71	1	207
%	0,5	1,9	1,4	3,9	2,4	6,3	14,0	13,0	21,7	34,3	0,5	100,0

SESA PR

Tabela 64 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA, MUNICÍPIO E PARANÁ, ACUMULADO - 2017-2020

Faixa Etária	<1 Ano	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total %
Adrianópolis	0,5	1,9			1,4	3,9	2,4	6,3	14,0	13,0	21,7	34,3	0,5	100
Paraná	2,1	0,3	0,2	0,3	1,0	3,4	4,2	6,5	11,8	18,1	22,1	28,5	1,6	100

SESA PR Faixa Etária (13)

4.3.2.2 Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis

- Mortalidade Prematura (30-69 anos)**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas.

Tabela 65 CAUSAS DE MORTALIDADE PREMATURA, 2016-2019

Categoria CID-10	2016	2017	2018	2019	Total
Neoplasias malignas	5	8	2	4	19
C16 Neopl maligno do estômago	-	-	1	1	2
C22 Neopl maligno fígado vias biliares intra-hepática	-	1	-	-	1
C25 Neopl maligno do pâncreas	2	-	-	-	2
C34 Neopl maligno dos brônquios e dos pulmões	1	2	-	1	4
C71 Neopl maligno do encéfalo	-	-	1	-	1
C73 Neopl maligno da glândula tireóide	-	1	-	-	1
C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e tipo NE	-	-	-	1	1
Diabetes Mellitus	2	4		1	7
E10 Diabetes mellitus insulino dependente	1	1	-	-	2
E14 Diabetes mellitus NE	1	3	-	1	5
Doenças Cardiovasculares	7	3	4	7	21
I10 Hipertensão essencial	1	-	1	-	2
I21 Infarto agudo do miocárdio	2	3	2	3	10
I48 Flutter e fibrilação atrial	-	-	1	-	1
I49 Outras arritmias cardíacas	-	-	-	1	1
I50 Insuficiência cardíaca	1	-	-	1	2
I51 Complicações cardiopatias doenças cardíacas mal definidas	1	-	-	-	1
I60 Hemorragia subaracnóide	1	-	-	-	1

I64 Acidente vasc. Cerebral NE como hemorragia isquêmico	1	-	-	2	3
Doenças respiratórias crônicas		2		1	3
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	-	1	-	-	1
J45 Asma	-	-	-	1	1
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	-	1	-	-	1
Total	13	13	6	12	44

DATASUS

Tabela 66 CAUSAS DE MORTALIDADE PREMATURA POR FAIXA ETÁRIA (30-69 ANOS), 2016-2019

Categoria CID-10	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Total	%
Neoplasias malignas	-	2	7	4	13	29,60%
C16 Neopl malig do estomago	-	-	1	1	2	4,5%
C22 Neopl malig fígado vias biliares intra-hepático	-	-	1	-	1	2,3%
C25 Neopl malig do pâncreas	-	-	1	1	2	4,5%
C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	-	-	2	2	4	9,1%
C71 Neopl malig do encéfalo	-	1	-	-	1	2,3%
C73 Neopl malig da gland tireoide	-	-	1	-	1	2,3%
C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e tipo NE	-	1	-	-	1	2,3%
C95 Leucemia de tipo celular NE	-	-	1	-	1	2,3%
Diabetes Mellitus			4	3	7	15,90%
E10 Diabetes mellitus insulínodpendente	-	-	2	-	2	4,5%
E14 Diabetes mellitus NE	-	-	2	3	5	11,4%
Doenças Cardiovasculares	1	2	8	10	21	47,70%
I10 Hipertensão essencial	-	-	1	1	2	4,5%
I21 Infarto agudo do miocárdio	-	2	4	4	10	22,7%
I48 Flutter e fibrilação atrial	-	-	-	1	1	2,3%
I49 Outras arritmias cardíacas	-	-	1	-	1	2,3%
I50 Insuficiência cardíaca	-	-	1	1	2	4,5%
I51 Complic cardiopatias doença cardíacas mal def.	1	-	-	-	1	2,3%
I60 Hemorragia subaracnóidea	-	-	-	1	1	2,3%
I64 Acid vasc. cerebral NE como hemorragia isquêmico	-	-	1	2	3	6,8%
Doenças respiratórias crônicas	1		1	1	3	6,90%
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	-	-	-	1	1	2,3%
J45 Asma	1	-	-	-	1	2,3%
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	-	-	1	-	1	2,3%
Total	2	4	20	18	44	100,0%
%	4,5%	9,1%	45,5%	40,9%	100,0%	-

DATASUS

No Paraná³⁰, considerando o período de 2014-2018 (dados preliminares), esse conjunto de doenças correspondeu a 58,83% de todas as mortes, e 42,0% desses óbitos ocorreram na faixa etária

³⁰ SESA PR – Plano Estadual de Saúde, 2020-2023

de 30 a 69 anos. A taxa de mortalidade prematura (TMP) reduziu em 2018 comparada a 2014 (de 324,30 para 320,86/100 mil habitantes), ou seja, 1,06%.

No Município a taxa de mortalidade prematura tem oscilado pouco, ficando na média da série histórica 2016-2019 em 182,86/100 mil, registrados na tabela a seguir, além do percentual média do período em relação ao total de óbitos, que atingiu um percentual de 23,03%.

Tabela 67 TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA, 2016-2019

Óbitos por Faixa Etária	N
Total na faixa etária	44
Total de óbitos	191
% sobre total de óbitos	23,03%
Taxa de Mortalidade Prematura (por 100 mil hab.)	182,86

DATASUS

4.3.2.3 Mortalidade por Causas Externas

As causas externas (CE), que incluem as violências e os acidentes, mantêm-se por décadas em posição de destaque no cenário epidemiológico do Brasil e do mundo. O Município apresenta oscilação neste indicador, considerando o período de 2016-2019 e a média ficou em 75,08 óbitos para cada 100.000 habitantes. Na série histórica, 2014-2018, no Paraná houve redução 7,39% de óbitos, passando de 81,01/100 mil habitantes para 75,03/100 mil habitantes. No Município esta taxa apresenta grande variação, com extremos nos anos 2016 e 2019, respectivamente 32,72 e 101,37 casos por 100 mil habitantes.

Tabela 68 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, 2016-2019

Grupo CID10	2016	2017	2018	2019	Total	%
Acidentes	1	1	2	3	7	38,9%
. Acidentes de transporte	1	1	1	1	4	22,2%
... Motociclista traumatismo em um acidente de transporte	1	-	-	1	2	11,1%
... Outros acidentes de transporte terrestre	-	1	1	-	2	11,1%
. Outras causas externas de traumatismos acidentais	-	-	1	2	3	16,7%
... Quedas	-	-	-	1	1	5,6%
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	-	-	-	1	1	5,6%
... Afogamento e submersão acidentais	-	-	1	-	1	5,6%
Lesões autoprovocadas intencionalmente	-	-	-	1	1	5,6%
Agressões	1	3	2	-	6	33,3%
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	-	1	1	2	4	22,2%
Total	2	5	5	6	18	100,0%
Taxa por 100.000 habitantes	32,72	82,67	83,57	101,37	75,08	-

DATASUS

4.3.2.4 Mortalidade Materna e Idade Fértil

No período 2016-2019 houve registro de apenas um (01) óbito maternos no Município no ano de 2016. Nesta série histórica, no entanto foram registrados 6 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que 50 % dos casos foi neoplasias.

Tabela 69 ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, 2016-2019

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	Total
II. Neoplasias (tumores)	1	-	1	1	3
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	-	-	-	1
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	-	-	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	1	1
Total	3	0	1	2	6

DATASUS

4.3.2.5 Mortalidade Infantil e Fetal

Em relação a Mortalidade Infantil houve 01 óbito de menores de 1 ano no Município, considerando a série histórica 2016-2020, registrando um coeficiente de 10,2 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. Em 2020 a taxa de mortalidade infantil do Estado foi equivalente a 9,58/1000 Nascidos Vivos (1.396 óbitos de menores de 1 ano/145.258 nascidos vivos).

Tabela 70 COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, 2012/2020

Coeficiente de Mortalidade Infantil (/1000 NV)	2016	2017	2018	2019	2020
Nascidos Vivos (NV)	70	98	71	64	80
Coeficiente de Mortalidade Infantil – Município	0	10,2	0	0	0
Coeficiente de Mortalidade Infantil - Paraná	10,5	10,4	10,3	10,6	9,58

SESA PR

Tabela 71 MORTALIDADE INFATIL POR FAIXA ETÁRIA E FETAL, 2016/2020

Faixa etária Infantil	2016	2017	2018	2019	2020
Fetal	1	0	0	0	0
7-27 dias	0	1	0	0	0
Total	1	1	0	0	0

SESA PR Faixa etária Infantil 2

4.3.2.6. Óbitos por Causas Evitáveis de 5 a 74 anos

Evitabilidade ou mortes evitáveis, trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada. As Causas evitáveis são aquelas reduzíveis por: ações de imunoprevenção; ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas; ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis; ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna; ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências).

No caso do Município o maior grupo de causas se encontra em “Reduzidas por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis”, com 54,5 % conforme tabela na sequência.

Tabela 72 ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS DE 5 A 74 ANOS, 2016-2019

Causas evitáveis	2016	2017	2018	2019	Total	%
1. Causas evitáveis	21	22	16	19	78	77,2%
1.2. Reduz ações prom prev. contr atenção doença infecciosa	1	-	3	1	5	5,0%
.. Outras infecções	-	-	2	1	3	3,0%
.. Infecções respirat incl pneumonia e influenza	1	-	1	-	2	2,0%
1.3. Reduz ações prom prev contr atenç doe ã trans	17	17	8	13	55	54,5%
.. Neopl malig fígado vias biliares intra-hepátic	-	1	-	-	1	1,0%
.. Neoplasia maligna do estômago	-	-	1	2	3	3,0%
.. Neopl malig cólon junção retossigmoid reto ânus	1	-	-	-	1	1,0%
.. Neoplasia maligna traqueia brônquios pulmões	1	2	-	1	4	4,0%
.. Neoplasia maligna da glândula tireoide	-	1	-	-	1	1,0%
.. Leucemia linfoide	-	1	-	-	1	1,0%
.. Diabetes mellitus	4	6	-	1	11	10,9%
.. Doenças hipertensivas exceto hipert secundária	1	-	1	-	2	2,0%
.. Doenças isquêmicas do coração	4	4	3	3	14	13,9%
.. Insuficiência cardíaca	1	-	-	1	2	2,0%
.. Doenças cerebrovasculares	4	1	1	4	10	9,9%
.. Doenças crônicas vias aéreas infer e edema pulm	-	1	1	1	3	3,0%
.. Apendicite aguda	1	-	-	-	1	1,0%
.. Transtornos da vesícula biliar e vias biliares	-	-	1	-	1	1,0%
1.4. Reduz ações prev contr atenção causas matern	1	-	-	-	1	1,0%
.. Complicações gravidez parto e puerpério	1	-	-	-	1	1,0%
1.5. Reduz ações prom prev atenç causas externas	2	5	5	5	17	16,8%
.. Acidentes de transporte	1	1	1	1	4	4,0%
.. Afogamento e submersão acidentais	-	-	1	-	1	1,0%
.. Lesões autoprovocadas intencionalmente	-	-	-	1	1	1,0%
.. Agressões	1	3	2	-	6	5,9%
.. Exposição a forças mecânicas inanimadas	-	-	-	1	1	1,0%
.. Eventos cuja intenção é indeterminada	-	1	1	2	4	4,0%
2. Causas mal definidas	1	-	1	1	3	3,0%
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	7	3	6	4	20	19,8%
Total	29	25	23	24	101	100,0%

DATASUS

O percentual relativo aos óbitos por causas evitáveis no Município é ligeiramente inferior a média do Estado, para a série histórica 2016-2019, sendo respectivamente equivalente a 52,9% e 56,9%.

Tabela 73 PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS DE 5 A 74 ANOS, 2016-2019

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	2	1	5	5,0%
II. Neoplasias (tumores)	6	6	3	4	19	18,8%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	6	-	1	11	10,9%
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	1	1	2	2,0%
IX. Doenças do aparelho circulatório	11	5	6	9	31	30,7%
X. Doenças do aparelho respiratório	1	2	2	2	7	6,9%

XI. Doenças do aparelho digestivo	2	-	3	-	5	5,0%
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	-	-	1	1,0%
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	-	1	1	3	3,0%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	5	5	5	17	16,8%
Total	29	25	23	24	101	100,0%
Número total de óbitos no ano	55	49	39	48	191	-
% de mortes evitáveis	52,7%	51,0%	59,0%	50,0%	52,9%	-
% de mortes evitáveis PR	57,8%	57,1%	56,5%	56,1%	56,9%	-

DATASUS

4.3.3 MORBIDADE

4.3.3.1 Agravos de notificação

Notificação³¹ é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. A notificação compulsória é feita na situação em que a norma legal obriga aos profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica.

No Município, no período 2017-2020, foram 149 notificações, com um maior número de registros em 2016, 46, e o menor em 2020, com 28.

Tabela 74 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO, 2017-2020

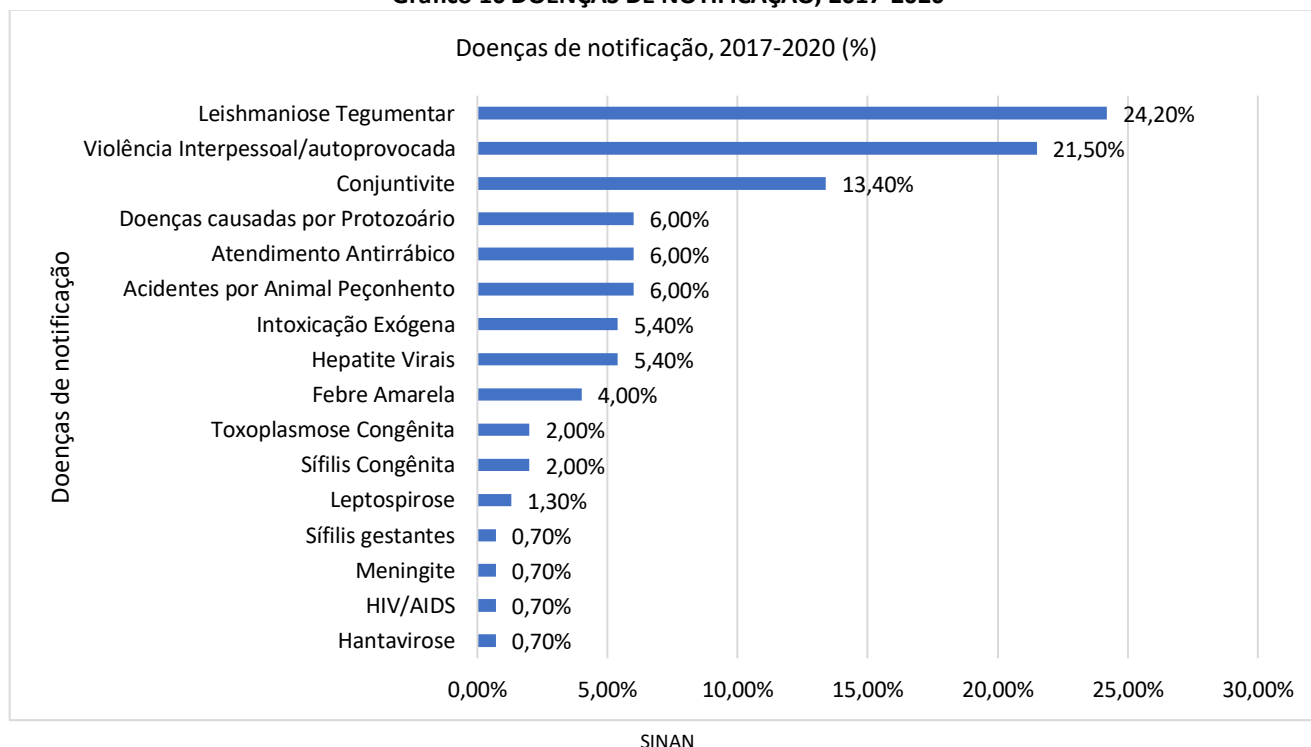
Doenças de Notificação	2017	2018	2019	2020	Total	%
Acidentes por Animal Peçonhento	2	1	4	2	9	6,0%
Atendimento Antirrábico	3	1	5	0	9	6,0%
Conjuntivite	0	20	0	0	20	13,4%
Doenças causadas por Protozoário	3	0	1	5	9	6,0%
Febre Amarela	0	0	6	0	6	4,0%
Hantavirose	0	0	0	1	1	0,7%
Hepatite Virais	1	3	1	3	8	5,4%
HIV/AIDS	0	1	0	0	1	0,7%
Intoxicação Exógena	1	0	2	5	8	5,4%
Leishmaniose Tegumentar	9	5	16	6	36	24,2%
Leptospirose	0	0	1	1	2	1,3%
Meningite	1	0	0	0	1	0,7%
Sífilis Congênita	1	0	1	1	3	2,0%
Sífilis gestantes	1	0	0	0	1	0,7%
Toxoplasmose Congênita	1	0	1	1	3	2,0%
Violência Interpessoal/autoprovoçada	11	10	8	3	32	21,5%
Total	34	41	46	28	149	100,0%

SINAN

³¹ Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000100002 Acesso em 15 jul. 2021

Na série histórica 2017-2020, destaca-se a Leishmaniose com o maior número de notificações, com 24 %, 36 casos, de um total de 149, seguida pela Violência interpessoal com 21,50 %. A conjuntivite em terceiro lugar, com um surto em 2018, apresenta um percentual de 13,4 %. Com 6 %, foram notificadas doenças causadas por protozoário, atendimento antirrábico e acidentes com animais peçonhentos. Hepatites e intoxicação endógena, resultaram cada uma em 5,4 %.

Gráfico 10 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO, 2017-2020



4.3.3.1 Doenças Imunopreviníveis

Em relação as doenças imunopreviníveis não houve casos de Sarampo, Rubéola, Poliomielite, Coqueluche, Tétano Acidental, não ocorreram casos entre 2007-2020. Sobre as Meningites e Doenças Meningocócicas, nenhum registro entre 2017-2020, porém entre 2007 a 2016 foram 10 casos, com pelo menos 01 registro ao ano, sem evidenciação do sorotipo.

- Influenza**

A gripe é uma doença aguda respiratória causada pelo vírus influenza. Esse vírus pode causar uma síndrome gripal ou evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sendo necessário hospitalização. Em 2009, a gripe influenza pandêmica (H1N1) propagou-se rapidamente por vários países do mundo, incluindo o Brasil e, consequentemente, o Estado do Paraná.

No Município não houve nenhum internamento por influenza, considerando o período 2017-2020 e nenhum óbito no período 2016-2019. As campanhas de vacinação atingiram um resultado favorável no período 2017-2020.

Tabela 75 RESULTADO DA CAMPANHA DA VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA, 2017-2020

Ano	2017	2018	2019	2020
%	83,91	99,43	92,52	110,95

SIPNI

- **Doenças Diarreicas Agudas**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças diarreicas constituem a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, embora sejam evitáveis e tratáveis. As doenças diarreicas agudas (DDA) são as principais causas de morbimortalidade infantil (em crianças menores de um ano). Além disso, as DDA estão entre as principais causas de desnutrição em crianças menores de cinco anos. É necessária uma vigilância sentinela de DDA para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos e a ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas doenças transmitidas por alimentos (DTA). Atualmente, o Paraná tem 505 Unidades Sentinelas para o recebimento das notificações das DDA (cerca de 1.562.557 casos notificados de 2014-2018).

No Município, no período 2016-2019, não houve nenhuma morte de menores de 5 anos por doenças diarreicas agudas e apenas 01 internamento no ano de 2017, considerando a série histórica 2016-2019.

4.3.3.2 Programa Nacional de Imunização (PNI)

No Estado do Paraná³², entre os anos de 2014-2018, nota-se redução nas coberturas vacinais das oito vacinas preconizadas no calendário básico da criança até um ano de idade. Tão importante quanto avaliar as coberturas vacinais é analisar a proporção de crianças que completam o esquema básico de vacinação preconizado em até um ano. A homogeneidade entre as vacinas também se encontra comprometida, pois considera quantas atingiram a cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo as metas mínimas: 90% para as vacinas BCG e rotavírus; e 95% para as vacinas febre amarela, meningocócica C, Pentavalente, pneumocócica 10, poliomielite (VIP) e tríplice viral (D2).

No Município, de 2017 a 2019 foram atingidas as metas de coberturas vacinais, graças ao registro no sistema das vacinas realizadas e a provisão de uma pessoa única para estar somente com a responsabilidade da vacina, pois antes destas datas haviam muitas vacinas que eram aplicadas, porém não se faziam o registro delas no sistema, devido ao acúmulo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

No ano de 2020, teve o início da pandemia que trouxe grandes complicações para o setor de imunização por diversas razões. A primeira delas foi o medo dos pais de estarem levando seus filhos até a unidade de saúde, pensando que poderiam contrair o vírus Covid-19. Outro empecilho importante, foi a diminuição de pessoal para o trabalho, os esforços foram grandes e necessários, focados ao atendimento das pessoas infectadas, realização de testes e demais necessidades de atendimento para este fim.

Outra dificuldade enfrentada também no setor da imunização, é a alteração de sistemas e falhas que ocorrem nos registros, uma sugestão para a melhoria dessa questão seria a implantação de um sistema próprio de imunização. A falta de capacitação de novos funcionários, também é um ponto de dificuldade, bem como a falta de reuniões mensais para informações sobre sistemas, aplicações de vacina e mudanças que podem ocorrer neste setor.

³² Plano Estadual de Saúde do Paraná, 2020-2023

Tabela 76 COBERTURA POR IMUNOBIOLOGICOS, 2017-2020

Imuno	2017	2018	2019	2020	Total
BCG	142,03	112,86	71,43	76,53	96,12
Hepatite B em crianças até 30 dias	15,94	48,57	69,39	68,37	53,73
Rotavírus Humano	140,58	132,86	63,27	77,55	97,91
Meningococo C	136,23	130,00	69,39	68,37	95,52
Hepatite B	127,54	127,14	60,20	79,59	93,73
Penta	127,54	127,14	60,20	79,59	93,73
Pneumocócica	146,38	131,43	67,35	79,59	100,60
Poliomielite	131,88	124,29	60,20	81,63	94,63
Poliomielite 4 anos	41,41	96,97	70,71	79,80	72,22
Febre Amarela	113,04	135,71	63,27	83,67	94,63
Hepatite A	78,26	98,57	90,82	77,55	85,97
Pneumocócica (1º ref.)	88,41	137,14	107,14	73,47	99,70
Meningococo C (1º ref.)	111,59	115,71	75,51	75,51	91,34
Poliomielite (1º ref.)	114,49	107,14	85,71	78,57	94,03
Tríplice Viral D1	86,96	135,71	74,49	70,41	88,66
Tríplice Viral D2	82,61	108,57	89,80	58,16	82,99
Tetra Viral (SRC+VZ)	75,36	61,43	82,65	54,08	68,36
DTP REF (4 e 6 anos)	45,45	94,95	66,67	87,88	73,74
Tríplice Bacteriana (DTP)(1º ref.)	115,94	107,14	83,67	76,53	93,13
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	24,64	55,07	92,75	57,97	57,61
dTpa gestante	27,54	71,01	111,59	118,84	82,25
Total	91,98	107,21	76,22	76,02	86,26

DATASUS

Em relação a Pactuação interfederativa o indicador número 4 refere-se a cobertura vacinal - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.

A tabela na sequência apresenta o resultado das metas pactuadas no período 2017-2020, relacionadas ao Indicador 04. Verifica-se resultados desfavoráveis em 3 dos 4 anos considerados. Cada cobertura atingida corresponde a 25 %, se todas as 4 forem alcançadas o resultado será 100 %.

Tabela 77 COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 2 ANOS, 2017-2020

Indicador	Pactuação 2017	Alcançado 2017	Pactuação 2018	Alcançado 2018	Pactuação 2019	Alcançado 2019	Pactuação 2020	Resultado 2020
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)	95	75	75	100	100	0	100	0

SMS-ADP – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) 2020

A Cobertura Vacinal em menores de 1 ano apresentou uma média de cobertura acima do preconizado nos anos de 2017 e 2018, com 138,51% e 126,74 % respectivamente. Já em 2019 houve um significativo decréscimo para 66,33 % e um aumento para 76,68 em 2020.

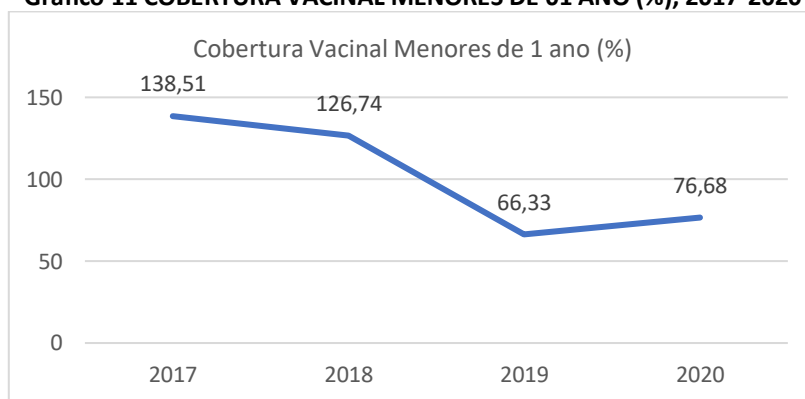
Tabela 78 COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO, 2017-2020

Imuno	2017	2018	2019	2020	Média
BCG	139,13	111,43	69,39	67,35	96,83
Poliomielite	139,13	121,43	63,27	81,63	101,37
Pneumocócica 10	150,72	131,43	69,39	78,57	107,53
Febre Amarela	118,84	140	62,24	82,65	100,93
Meningo C	140,58	128,57	69,39	68,37	101,73
Rota Vírus	144,93	131,43	65,31	76,53	104,55
Pentavalente	136,23	122,86	65,31	81,63	101,51
Média	138,51	126,74	66,33	76,68	-

SI-PNI. SISTEMA DE INFORMAÇÕES - PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

O gráfico a seguir permite a visualização da média das coberturas anuais, considerando os sete imunobiológicos para menores de 01 ano. Verifica-se a sensível diminuição de 2019 e 2020, em relação aos anos de 2017 e 2018.

Gráfico 11 COBERTURA VACINAL MENORES DE 01 ANO (%), 2017-2020



SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÕES - PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

4.3.3.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis

- **HIV/Aids**

No Estado do Paraná, entre 2014-2018, a maioria dos casos de Aids encontra-se na faixa de 20-34 anos. Segundo o sexo, 66,8%, homens, e 33,1%, mulheres. No mesmo período, apresentam a maior concentração de casos de HIV na faixa etária de 20-39 anos (62,7%). Quanto à Aids no período de 2014-2018, o Paraná tem o acumulado de 7.066 casos, sendo a incidência de 9,4 por 100 mil habitantes em 2018. O maior número de casos concentra-se na faixa etária de 30-39 anos (54,6%). A razão é de 1,7 casos no sexo masculino para cada feminino.

O Município registrou 01 caso na série histórica 2017-2020.

- **Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita**

No Município, considerando a série histórica 2017-2020 foram 02 casos confirmados e 01 caso em gestante no ano de 2017.

Tabela 79 SÍFILIS ADQUIRIDA – CASOS E TAXA DE DETECÇÃO, 2017-2020.

Sífilis Adquirida	2017	2018	2019	2020	Total
Casos	0	0	1	1	2
Taxa de detecção (/ 100.000 hab.)	0,0	0,0	16,9	17,1	-

DATASUS

Em matéria publicada³³ em seu sítio na internet a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA PR) destacou que:

“Um terço das cidades paranaenses conseguiram eliminar a sífilis congênita e estão aptos a receber uma certificação pela conquista. O anúncio foi feito pela Divisão de Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde durante evento que marca do Dia Nacional de Combate à Sífilis, celebrado no terceiro sábado do mês de outubro”.

Entre os municípios mencionados está Adrianópolis.

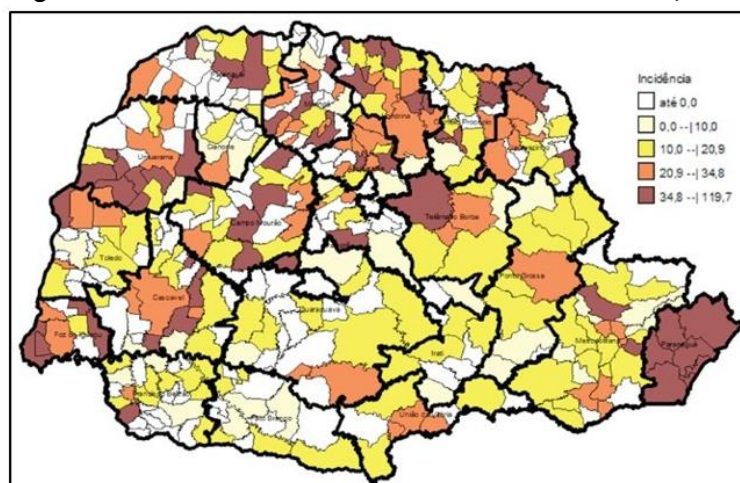
4.3.3.4 Agravos e Doenças Transmissíveis

- Tuberculose**

A tuberculose (TB) é a doença infecciosa por agente único que mais mata no mundo. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2018, 10 milhões de pessoas adoeceram com TB e 1,5 milhão de homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose. No Brasil, foram notificados 72.788 casos novos de TB em 2018. A incidência da doença no Brasil e no Paraná foi de 34,8 e 20,9 casos novos/100 mil habitantes, respectivamente.

O mapa a seguir apresenta o coeficiente de incidência para os Municípios do Estado do Paraná no ano de 2018. Nela é possível verificar a incidência 0,0 para o Município.

Figura 14 COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE PR, 2018



SESA PR

³³ SESA PR. Disponível em <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=109194&tit=Parana-elimina-sifilis-congenita-em-134-localidades> Acesso em 01jun21

No Município considerando uma longa série histórica, 2001-2020, não houve registros de tuberculose a partir de 2017, conforme tabela a seguir. Na mesma série podem ser observados outros anos em que não houve casos, ou registros.

Tabela 80 TUBERCULOSE SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO, 2001-2020

Situação Encerramento	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2016	Total
Ign/Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Cura	-	2	4	3	5	5	2	1	1	1	-	24
Abandono	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	3
Óbito por outras causas	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Transferência	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
Total	1	2	6	4	6	6	3	2	1	1	1	33

DATASUS

- Hepatites Virais**

No Município não houve casos em relação a Hepatite A, na série histórica 2016-2019, porém no período 1999-2007 foram 9 registros. Em relação a Hepatite B foram 02 casos, no período e 03 casos com relação a Hepatite C, conforme tabelas a seguir. As hepatites virais representam um grande desafio para a saúde pública no Brasil e no mundo, gerando impacto de morbidade e mortalidade, principalmente, pelas consequências de suas formas agudas graves ou das formas crônicas que podem evoluir para doença hepática avançada, levando à cirrose e ao hepatocarcinoma.

Tabela 81 CASOS DE HEPATITE B E TAXA DE DETECÇÃO (POR 100.000 HABITANTES), 2016 -2019

Hepatite B	2016	2017	2018	2019	Total
Casos	-	1	1	-	2
Taxa de Incidência	-	16,0	16,7	-	-

DATASUS

Tabela 82 CASOS DE HEPATITE C E TAXA DE DETECÇÃO (POR 100.000 HABITANTES), 2016-2019

Hepatite C	2016	2017	2018	2019	Total
Casos	-	-	2	1	3
Taxa de Incidência	-	-	33,4	16,7	-

DATASUS

- Hanseníase**

O Brasil está em primeiro lugar no mundo em incidência de hanseníase e em segundo lugar em número absoluto de casos. No Paraná, casos em crianças e formas avançadas são indicadores de que há subdiagnóstico. O Estado tem, em média, 500 novos doentes ao ano; somando-se àqueles em tratamento e acompanhamento, o número ultrapassa 3 mil. Para mudar o quadro da hanseníase no Paraná, é preciso fortalecer a APS quanto à suspeição, ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos casos, bem como estabelecer fluxos de encaminhamento à equipe multiprofissional, às referências, à Atenção Secundária e à Atenção Terciária.

O Município na série histórica 2001-2016, apresentou um total de 05 casos, registrados nos anos 2007, 2008 e 2016. Na série histórica 2017-2020 nenhum caso notificado.

Tabela 83 CASOS DE HANSENÍASE, 2001-2020

Hanseníase - Modo Entrada	2007	2008	2016	Total
Caso Novo	3	-	1	4
Outros ingressos	-	1	-	1
Total	3	1	1	5

DATASUS

4.3.3.5 Violência Interpessoal e Autoprovocada

Em segundo lugar, nas notificações de agravos, a violência interpessoal e autoprovocada apresentou no município de residência 41 notificações, na série histórica 2016-2019, uma média de 10 casos por ano.

Tabela 84 VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVADA

Município	2016	2017	2018	2019	Total
Residência	12	11	10	8	41

DATASUS

4.3.3.6 Leishmaniose Tegumentar

A Leishmaniose tegumentar apresentou o maior número de notificações de agravos no Município, totalizando 36 registros na série histórica 2016-2020, numa proporção de 24,2 %.

Segundo³⁴ Melo (2017) a distribuição geográfica da leishmaniose tegumentar (LT) em todos os estados mostram a importância desta doença no Brasil. Na região sul, o maior número de casos de LT ocorre no estado do Paraná. Neste estado, de 2001 a 2015, ocorreram 4.557 casos, com média anual de 303,8 ($\pm 135,2$), o coeficiente de detecção foi 2,91 e a densidade de casos por km² foi 0,023, em 268 municípios. Os municípios com maior coeficiente de detecção foram Jussara (237,47), Adrianópolis (165,03), Cerro Azul (108,29), Ivatuba (108,11) e Japurá (89,35).

Considerando a evolução dos casos, na série histórica 2016-2020, 16 (50%) tiveram cura, 15 (46,9%) ignora-se e 1 teve mudança de diagnóstico.

Tabela 85 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR – EVOLUÇÃO DOS CASOS, 2016-2019

Evolução do caso	2016	2017	2018	2019	Total	%
Ign/Branco	5	4	3	3	15	46,9%
Cura	-	4	1	11	16	50,0%
Mudança de Diagnóstico	1	-	-	-	1	3,1%
Total	6	8	4	14	32	100,0%

DATASUS

³⁴ MELO, Helen Aline. Análise geoestatística de áreas de risco de leishmaniose tegumentar no estado do Paraná. 2017. 69 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Maringá, 2017, Maringá, PR. Disponível em <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/5781> Acesso em 16 jul. 2021.

4.3.3.7 Morbidade Hospitalar

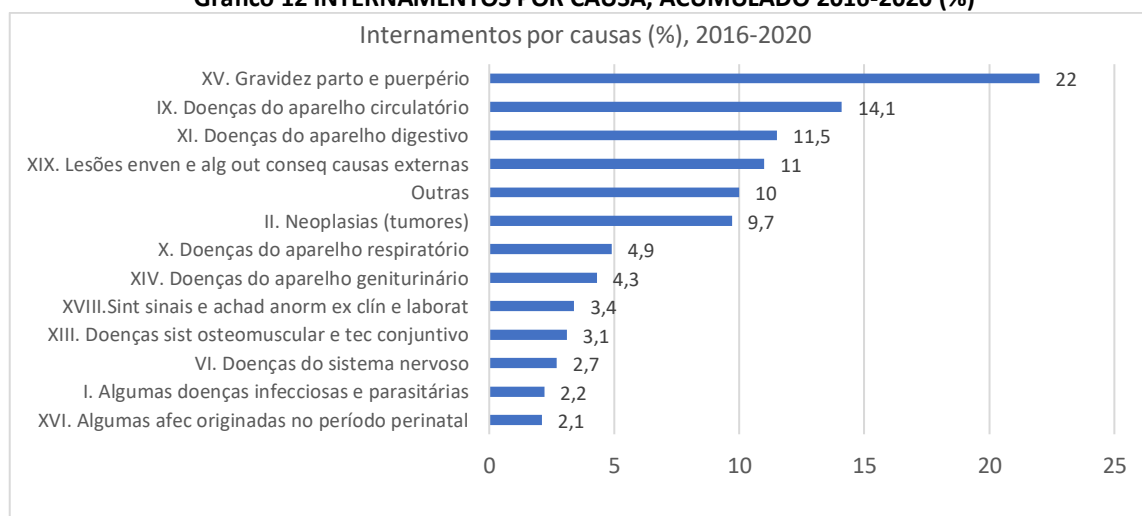
Na sequência, a tabela apresenta a série histórica para os internamentos hospitalares relativos ao período 2016-2020, em uma média de 400 casos ao ano. As causas principais de internamentos foram, Gravidez, Parto e Puerpério, Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Digestivo, com 22,0 %, 14,1 % e 11,5 % respectivamente.

Tabela 86 INTERNAMENTOS POR CAUSAS, 2016-2020

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	Média	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	8	4	4	22	8,6	2,2
II. Neoplasias (tumores)	32	36	31	49	40	37,6	9,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	6	9	-	4	6,3	1,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	7	11	14	1	7,0	1,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	10	9	2	5	6,2	1,6
VI. Doenças do sistema nervoso	9	8	8	15	13	10,6	2,7
VII. Doenças do olho e anexos	9	2	3	7	3	4,8	1,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	43	43	56	72	60	54,8	14,1
X. Doenças do aparelho respiratório	14	16	18	28	19	19,0	4,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	43	52	52	54	22	44,6	11,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	3	2	3	2	2,6	0,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12	13	12	16	7	12,0	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	23	9	20	15	16,6	4,3
XV. Gravidez parto e puerpério	78	96	78	83	94	85,8	22,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	9	9	6	4	13	8,2	2,1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	8	7	7	3	5,2	1,3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	7	24	19	9	13,4	3,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	43	47	44	44	37	43,0	11,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	10	8	1	5	2	5,2	1,3
Total	342	402	384	448	371	389,4	100

DATASUS

Gráfico 12 INTERNAMENTOS POR CAUSA, ACUMULADO 2016-2020 (%)



DATASUS

O sexo feminino apresenta um percentual de 56 %, nos internamentos, sendo que o maior número é em relação ao Parto Puerpério e Gravidez com 429 internações no período 2016-2020. Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório são a maior causa de internações para o sexo masculino com um quantitativo de 148 no período.

Tabela 87 INTERNAMENTOS, POR SEXO, ACUMULADO 2016-2020

Capítulo CID-10	Masculino	Feminino	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	29	14	43
II. Neoplasias (tumores)	86	102	188
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	16	3	19
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	28	35
V. Transtornos mentais e comportamentais	26	5	31
VI. Doenças do sistema nervoso	24	29	53
VII. Doenças do olho e anexos	10	14	24
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	146	128	274
X. Doenças do aparelho respiratório	55	40	95
XI. Doenças do aparelho digestivo	111	112	223
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	2	13
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	36	24	60
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	41	42	83
XV. Gravidez parto e puerpério	-	429	429
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	24	17	41
XVII. Malf. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	18	8	26
XVIII. Sint. sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais	39	28	67
XIX. Lesões envenenamento e alg, out conseq. causas externas	153	62	215
XXI. Contatos com serviços de saúde	17	9	26
Total	851	1.096	1.947
%	44%	56%	100%

DATASUS

Em relação aos internamentos por faixa etária, no acumulado 2016-2020, as proporções não se diferem significativamente do perfil do Estado, sendo a maior faixa a dos 20-29 anos.

Na mesma tabela é possível ver os internamentos por causa, sendo as 3 primeiras para o Município, Gravidez, parto e puerpério, Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho digestivo, com 22,0 %, 14,1 % e 11,5 % respectivamente.

O Município difere do Estado na terceira posição. Os resultados do Estado neste acumulado, indicam Gravidez Parto e Puerpério, Aparelho Circulatório e Causas Externas com 15 %, 12,7 % e 11,3 % respectivamente.

Tabela 88 INTERNAMENTOS POR FAIXA ETÁRIA, ACUMULADO 2016-2020

Capítulo CID-10	<1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 - 14	15 - 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	Total	%	%PR
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	1	1	3	-	1	3	13	6	8	2	43	2,2	5,6
II. Neoplasias (tumores)	2	9	3	-	6	5	17	36	37	38	22	13	188	9,7	8,7
III. sangue, órgãos hemat e transt imunitários	-	2	-	-	-	-	10	2	3	2	-	-	19	1,0	0,8
IV. endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	-	-	3	5	7	11	3	2	1	-	35	1,8	2,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	9	6	7	8	-	-	-	31	1,6	2,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1	9	3	-	5	2	4	11	5	4	6	3	53	2,7	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	3	2	1	-	1	1	2	8	3	3	24	1,2	0,8
VIII. ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	0,1	0,1
IX. Aparelho Circulatório	1	-	-	-	-	2	5	32	59	80	68	27	274	14,1	12,7
X. aparelho respiratório	9	10	6	3	4	3	5	8	9	12	20	6	95	4,9	11,0
XI. aparelho digestivo	5	11	17	5	5	26	26	37	37	36	13	5	223	11,5	9,8
XII. pele e do tecido subcutâneo	-	2	2	3	2	-	-	1	2	1	-	-	13	0,7	1,7
XIII. osteomuscular e tec conjuntivo	-	5	6	3	4	10	6	9	9	5	1	2	60	3,1	2,1
XIV. aparelho geniturinário	-	5	4	4	4	10	4	9	17	10	12	4	83	4,3	6,6
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	11	84	222	96	15	-	1	-	-	429	22,0	15,0
XVI. Afec período perinatal	40	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	41	2,1	2,2
XVII. Malf cong deformid e anom. cromossômicas	10	6	2	1	1	2	-	1	-	2	1	-	26	1,3	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	1	1	5	2	6	7	9	17	13	5	67	3,4	2,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	1	17	14	15	35	33	20	22	21	21	15	215	11,0	11,3
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	-	1	-	1	2	7	4	5	1	3	-	26	1,3	1,9
Total	76	64	67	48	145	335	234	214	241	246	192	85	1.947	100	100
%	3,9	3,3	3,4	2,5	7,4	17,2	12,0	11,0	12,4	12,6	9,9	4,4	100	-	-
% PR	4,3	3,6	2,6	2,1	5,5	15,5	12,4	10,9	12,8	13,4	10,5	6,5	100	-	-

DATASUS

Internações por causas sensíveis a Atenção Primária

Segundo Alfradique³⁵ et al., no contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde. Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings et al. na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como condições sensíveis à atenção primária, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.

A Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008³⁶ da Secretária de Atenção à Saúde, define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Castro³⁷ et al., no Artigo “Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis” registrou que, as internações sensíveis representaram, em média, 24,7% do total de internações dos municípios no ano de 2014.

No Município de Adrianópolis a média das internações por condições sensíveis foi, no acumulado 2017-2020, média anual de 13,2 %.

Tabela 89 CAUSAS DE INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA – LISTA ESPECÍFICA, 2017-2020

Sensíveis Atenção Básica	2017	2018	2019	2020	%
3. Anemia	0	0	0	1	0,25
3.01 Anemia por deficiência de ferro	0	0	0	1	0,25
4. Deficiências nutricionais	0	0	1	0	0,25
4.01 Kwashiorkor/out.formas desnut. prot. calórica	0	0	1	0	0,25
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	2	0	0	0,5
5.03 Sinusite aguda	0	1	0	0	0,25
5.06 Infecção aguda VAS	0	1	0	0	0,25
6. Pneumonias bacterianas	1	0	5	0	1,5
6.04 Pneumonia bacteriana NE	1	0	5	0	1,5
8. Doenças pulmonares	1	3	2	2	2

³⁵ Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?lang=pt> Acesso em 13 ago. 2021

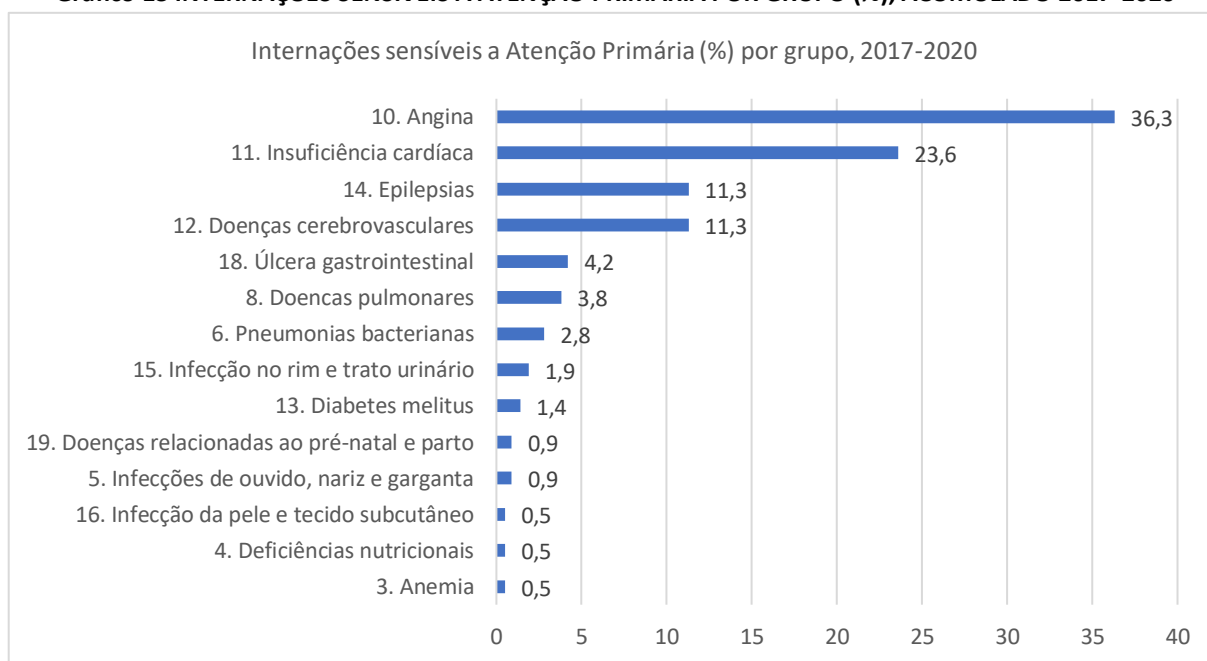
³⁶ Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html Acesso em 13 ago. 2021

³⁷ Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/> Acesso em 13 ago. 2021

8.04 Bronquite crônica não especificada	0	1	0	0	0,25
8.05 Enfisema	1	0	1	0	0,5
8.07 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0	2	1	2	1,25
10. Angina	17	17	24	19	19,25
10.1 Angina pectoris	17	17	24	19	19,25
11. Insuficiência cardíaca	9	13	10	18	12,5
11.1 Insuficiência cardíaca	9	13	10	18	12,5
12. Doenças cerebrovasculares	1	9	8	6	6
13. Diabetes mellitus	1	0	2	0	0,75
13.1 Com coma ou cetoacidose	0	0	1	0	0,25
13.2 Com complicações (renais, oftalm. etc.)	1	0	1	0	0,5
14. Epilepsias	5	6	7	6	6
15. Infecção no rim e trato urinário	2	1	0	1	1
15.4 Cistite	1	0	0	0	0,25
15.6 Infecção do trato urinário de localização NE	1	1	0	1	0,75
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	1	0	0,25
16.4 Celulite	0	0	1	0	0,25
18. Úlcera gastrointestinal	2	2	1	4	2,25
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1	0	0	1	0,5
19.1 Infecção no trato urinário na gravidez	1	0	0	1	0,5
Total	40	53	61	58	53
Total de internações	402	384	448	371	401
% de internações sensíveis a Atenção Primária	10,0	13,8	13,6	15,6	13,2

TABWIN

Gráfico 13 INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA POR GRUPO (%), ACUMULADO 2017-2020



TABWIN

4.3.4 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES

A Resolução CIT N. 08, de 24 de novembro de 2016 dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde e a pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Quadro a seguir, estão as metas e resultados do Município nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

Quadro 8 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA E RESULTADOS, 2017/2020

N	Indicador	T	Meta 2017	Resultado 2017	Meta 2018	Resultado 2018	Meta 2019	Resultado 2019	Meta 2020	Resultado 2020
1	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	10	13	10	<u>13</u>	8	<u>12</u>	8	<u>12</u>
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	E	100	<u>0</u>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	98	100	98,00	<u>94,87</u>	98,00	97,44	98,00	<u>97,92</u>
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	U	95	<u>75</u>	75,00	95,00	100,00	<u>0</u>	100,0	<u>0,00</u>
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U	80	<u>0</u>	80,00	<u>0,00</u>	90,00	100,0	90,00	100,0
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	100	100	0,00	0,00	0,00	A/C	0,00	0,00
7	Número de Casos Autóctones de Malária	E	-	-	-	-	-	N/A	-	-
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	1	1	1	0	1	0	1	0
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	U	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	U	75	<u>0</u>	50,00	<u>0,00</u>	50,00	<u>0</u>	50,0	<u>0,00</u>
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	U	0,66	0,99	0,66	0,76	0,66	0,75	0,66	<u>0,08</u>
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	U	0,40	0,42	0,40	0,40	0,40	<u>0,36</u>	0,39	<u>0,07</u>
13	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	U	57,4	<u>54,08</u>	57,40	<u>50,70</u>	55,00	47,6	45,00	46,09

14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	20,6	<u>23,46</u>	20,60	<u>22,53</u>	20,00	9,52	12,23	12,23
15	Taxa de mortalidade infantil	U	1	1	1	0	1	0	1	0
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U	90,00	95,06	90,0	92,06	90,00	96,28	90,00	90,99
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	U	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano		85	100	85,00	85,00	NP	NP	NP	NP
21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U	0	0	0	0	0	01	N/A	N/A
23	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	U	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SMS-ADP RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2018, 2019 E 2020 NOTA: RESULTADOS CUJOS NÚMEROS ESTÃO SUBLINHADOS NÃO FORAM ATINGIDOS.

Em todos os anos o número de indicadores atingidos foram 14, dos 20 pactuados, ou seja, uma eficácia de 70 %.

Resultados negativos para alguns indicadores tem se repetido, como por exemplo o número 01 -Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); o número 3 -Proporção de registro de óbitos com causa básica definida e o registro de resultados negativos no ano de 2020 para os indicadores 11 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária e 12 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária, provavelmente em razão da pandemia.

Também há que se ressaltar resultado desfavorável no indicador 4 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.

Ainda sobre o ano de 2020, no Relatório Anual de Gestão (RAG) o Município avaliou “é possível visualizar que os resultados foram prejudicados devido a pandemia de COVID-19. Destaca-se que várias medidas foram adotadas para enfrentamento da pandemia, com adequação do sistema de saúde e no ano de 2020 os serviços foram contingenciados, com oferta somente para os casos urgentes. Mesmo com o retorno gradual da oferta a partir de agosto se percebeu uma procura reduzida por parte do usuário e absenteísmo significativo, o que corroborou para o índice abaixo do esperado”.

4.3.5 SÍNTESE EPIDEMIOLÓGICA

Em relação ao perfil epidemiológico o Município apresenta resultados favoráveis quando comparado ao Estado, nos quesitos peso ao nascer, tipo de parto, mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos. Por outro lado, resultados desfavoráveis foram verificados para a gravidez na adolescência, consultas de pré-natal, mortalidade geral e mortalidade por causas externas. Em outros indicadores não houve significativa diferença entre Município e Estado, como taxa de natalidade, mortalidade materna e idade fértil.

A taxa bruta de natalidade encontra-se igual a média estadual verificada entre o período de 2017-2020, sendo 13,42 nascidos vivos/1000 habitantes no Município e 13,50 nascidos vivos/1000 habitantes no Estado. A taxa de gravidez na adolescência entre 2017-2020, apresenta média de 18,5 %, a média estadual, registrou 12,7 %. No quesito, baixo peso ao nascer, a taxa média no período foi 5%, e o Estado teve média 8,6 %. Em relação aos partos cesáreos, o Município apresenta uma média para o período equivalente a 50 %, sendo melhor que o Estado, que foi 63 %. O percentual de pré-natal com 07 ou mais consultas, no município foi de 79,9% na série histórica 2017-2020 e a média do Estado, que atingiu 84,9%.

A Mortalidade Geral, no Município, 2017-2020, teve uma taxa média de 8,65 óbitos a cada 1.000 habitantes enquanto no Estado foi de 6,72. Em relação a Mortalidade por Sexo, na série histórica 2017-2020, 63 % foram do sexo masculino e 37 % feminino. Na média do Estado, foram 57 % e 43 % respectivamente. Verificando os resultados da mortalidade por causas, as três primeiras foram Doenças Circulatórias, Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório, cujos resultados foram 30,3 %, 19,9 % e 15,5 % respectivamente. No Município a faixa etária acima de 60 anos concentrou, no acumulado da série histórica 2017-2020, 70 % dos óbitos, resultado igual ao do Estado.

No que se refere a Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis no Paraná, no período de 2014-2018 correspondeu a 58,83% de todas as mortes, e 42,0% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. A taxa de mortalidade prematura (TMP) reduziu em 2018 comparada a 2014 (de 324,30 para 320,86/100 mil habitantes). No Município a taxa de mortalidade prematura tem média entre 2016-2019 em 182,86/100 mil, além do percentual médio do período em relação ao total de óbitos, equivalente a 23,03%. As causas externas, no Município entre 2016-2019 a média ficou em 75,08 óbitos para cada 100.000 habitantes. Na série histórica, 2014-2018, no Paraná passou de 81,01/100 mil habitantes para 75,03/100 mil habitantes.

Em relação a Mortalidade Materna e Idade Fértil no período 2016-2019 houve registro de apenas um (01) óbito materno no Município, no ano de 2016. Nesta série histórica, no entanto foram registrados 6 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que 50 % dos casos foi neoplasias.

Com referência a Mortalidade Infantil houve 01 óbito de menores de 1 ano no Município, em 2016-2020, registrando um coeficiente de 10,2 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. Em 2020 a taxa de mortalidade infantil do Estado foi equivalente a 9,58/1000 Nascidos Vivos. No grupo dos Óbitos por Causas Evitáveis de 5 a 74 anos, no Município o maior grupo de causas se encontra em “Reduzidas por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis”, com 54,5 %. O percentual relativo aos óbitos por causas evitáveis no Município é ligeiramente inferior

à média do Estado, para a série histórica 2016-2019, sendo respectivamente equivalente a 52,9% e 56,9%.

Dados da Morbidade, revelam que no Município, no período 2017-2020, foram 149 notificações, com maior número de registros em 2016, 46, e o menor em 2020, com 28. Na série histórica 2017-2020, destaca-se a Leishmaniose com o maior número de notificações, com 24 %, 36 casos, de um total de 149, seguida pela Violência interpessoal com 21,50 %. A conjuntivite em terceiro lugar, com um surto em 2018, apresenta um percentual de 13,4 %. Com 6 %, foram notificadas doenças causadas por protozoário, atendimento antirrábico e acidentes com animais peçonhentos. Hepatites e intoxicação endógena, resultaram cada uma em 5,4 %.

No grupo das Doenças Imunopreveníveis não houve casos de Sarampo, Rubéola, Poliomielite, Coqueluche, Tétano Acidental, entre 2007-2020. Sobre as Meningites e Doenças Meningocócicas, nenhum registro entre 2017-2020, porém entre 2007 a 2016 foram 10 casos, com pelo menos 01 registro ao ano, sem evidenciação do sorotipo. Para residentes do Município não houve nenhum internamento por influenza, considerando o período 2017-2020 e nenhum óbito no período 2016-2019.

No Município, no período 2016-2019, não houve morte de menores de 5 anos por doenças diarreicas agudas e apenas 01 internamento, em 2017, considerando a série histórica 2016-2019. Em relação a Pactuação interfederativa o indicador número 4 refere-se a cobertura vacinal - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada. O resultado das metas pactuadas no período 2017-2020, relacionadas ao Indicador 04, verifica-se resultados desfavoráveis em 3 dos 4 anos considerados. Cada cobertura atingida corresponde a 25 %, se todas as 4 forem alcançadas o resultado será 100 %. No grupo das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids o Município registrou 01 caso entre 2017-2020, em 2018. No Município, considerando a série histórica 2017-2020 foram 02 casos confirmados de sífilis adquirida e 01 caso em gestante no ano de 2017.

Em relação aos Agravos e Doenças Transmissíveis não houve registros de tuberculose a partir de 2017. Referente as Hepatites Virais, no Município não houve casos em relação a Hepatite A, na série histórica 2016-2019. Em relação a Hepatite B foram 02 casos, no período e 03 casos com relação a Hepatite C. Na série histórica 2017-2020 nenhum caso notificado de Hanseníase. Em segundo lugar, nas notificações de agravos, a violência interpessoal e autoprovocada apresentou 41 notificações, entre 2016-2019. A Leishmaniose tegumentar apresentou o maior número de notificações de agravos no Município, totalizando 36 registros na série histórica 2017-2020, numa proporção de 24,2 %. Considerando a evolução dos casos, para a Leishmaniose, na série histórica 2016-2020, 16 (50%) tiveram cura, 15 (46,9%) ignora-se e 1 teve mudança de diagnóstico.

Em relação aos internamentos por faixa etária, no acumulado 2016-2020, as proporções não diferem significativamente do Estado, sendo a maior faixa a dos 20-29 anos. Os internamentos por causa, no Município, as três primeiras foram, Gravidez, Parto e Puerpério, Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Digestivo, com 22,0 %, 14,1 % e 11,5 % respectivamente. No Estado foram

Gravidez Parto e Puerpério, Aparelho Circulatório e Causas Externas com 15 %, 12,7 % e 11,3 % respectivamente.

Tabela 90 COMPARATIVO EPIDEMIOLÓGICO – INDICADORES SELECIONADOS, MUNICÍPIO E ESTADO

Indicador	Município	Período	Estado	Período
Taxa bruta de natalidade (/1000 hab.)	13,42	2017-2020	13,50	2017-2020
Gravidez na adolescência (%)	18,5	2017-2020	12,7	2017-2020
Baixo peso ao nascer (%)	5	2017-2020	8,6	2017-2020
Parto Normal (%)	50	2017-2020	37	2017-2020
7 ou + consultas pré-natal (%)	79,9	2017-2020	84,9	2017-2020
Taxa de mortalidade geral	8,65	2017-2020	6,72	2017-2020
Causas de óbitos – 3 principais (%)				
• Aparelho Circulatório	30,3	2017-2020	26,4	2017-2020
• Neoplasias	19,9	2017-2020	19,1	2017-2020
• Aparelho Respiratório	15,5	2017-2020	11,2	2017-2020
• Causas Externas	-	2017-2020	11,2	2017-2020
Mortalidade Prematura (%)	23,03	2016-2019	58,8	2014-2018
Óbitos por causas evitáveis (5-74 anos) (%)	52,9	2016-2019	54,5	2016-2019
Causas de internamento – 3 principais (%)				
• Gravidez, parto e puerpério	22,0	2017-2020	15,0	2017-2020
• Aparelho Circulatório	14,1	2017-2020	12,7	2017-2020
• Aparelho Digestivo	11,5	2017-2020	-	-
• Causas Externas	-	-	11,3	2017-2020

DATASUS/SESA PR/ELABORAÇÃO PRÓPRIA

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.4.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

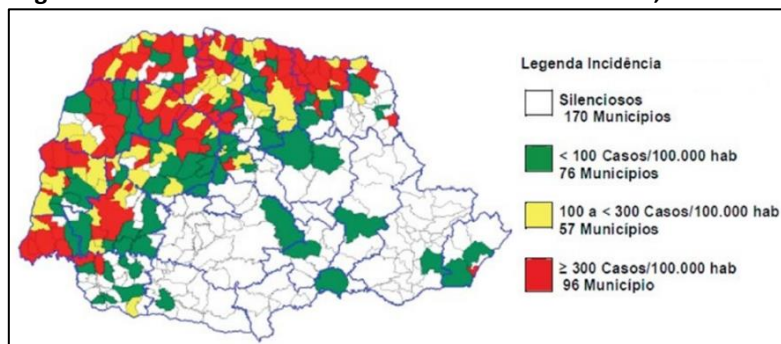
À Vigilância Ambiental em Saúde, em suas diversas áreas de atuação, compete a coordenação, o monitoramento, o acompanhamento, a avaliação e a execução, em caráter complementar, das ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses, intoxicações, acidentes por animais peçonhentos, doenças transmitidas por vetores, além dos agravos à saúde vinculados ao meio ambiente.

4.4.1.1 Dengue

No Estado do Paraná, a dengue³⁸ é endêmica, com alternância de períodos epidêmicos e não epidêmicos. Apresentou as primeiras notificações em 1991, casos importados. Ocorreram duas epidemias: em 2014/2015, quando foram confirmados 33.702 casos autóctones e a incidência atingiu 306,45 casos/100 mil habitantes; e em 2015/2016, com 52.708 casos autóctones e a incidência chegando a 472,17 casos/100 mil habitantes.

³⁸ SESA PR - Plano Estadual de Saúde do Paraná, 2020-2023

Figura 15 MUNICÍPIOS SEGUNDO INCIDÊNCIA DE DENGUE, 2018-2019



SESA PR

No Município, o último caso e confirmado foi em 2015. A equipe, composta com 03 agentes de combate a endemias, 01 supervisor e 01 coordenador, realizando as atividades conforme cronograma estabelecido. O último registro do LiA, acima de 1 % foi em 2015.

Tabela 91 CONTROLE DA DENGUE

Controle da Dengue	2017	2018	2019	2020
Inspeção em Imóveis	4905	4878	4980	5000
Inspeção em Armadilhas	0	0	0	0
Quantidade de larvas analisadas	2118	500	1336	272

SIS-PNCD

O controle vetorial nos municípios é acompanhado pela Vigilância Ambiental em Saúde por meio do Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue (SISPNCDD), buscando a identificação dos principais criadouros do vetor nas localidades com ou sem circulação viral, para a realização de ações e estratégias para a prevenção e a interrupção da transmissão (índice vetorial na localidade < 1%).

4.4.1.2 Vigiágua

A vigilância da qualidade de água para consumo humano é uma atividade rotineira, preventiva, de ação sobre os sistemas públicos e soluções alternativas de abastecimento de água. Para realizar esse monitoramento, os principais indicadores de qualidade da água são cloro residual livre, turbidez e coliformes totais.

O Município vai solicitar apoio da Regional para implantação do serviço.

4.4.1.3 Intoxicação Exógena

Intoxicação exógena pode ser causada por ingestão, inalação ou exposição a alguma substância tóxica ao organismo. O Paraná é o terceiro estado com maior número de notificações no Brasil, ficando atrás somente de São Paulo e de Minas Gerais. Segundo os dados de notificação, os medicamentos são o agente tóxico que mais causa intoxicação no Brasil; em seguida, com uma diferença percentual considerável, estão as drogas de abuso.

O Município registrou para o período 2017-2020, 06 casos, sendo que a maioria, 4 casos, evoluiu para cura sem sequelas.

Tabela 92 INTOXICAÇÃO EXÓGENA – POR AGENTE, POR RESIDÊNCIA, 2017-2020

Agente Tóxico	2017	2018	2019	2020	Total
Medicamento	1	-	1	-	2
Agrotóxico agrícola	-	-	-	1	1
Raticida	1	-	-	-	1
Drogas de abuso	-	-	1	-	1
Outro	-	-	1	-	1
Total	2	-	3	1	6

DATASUS

Tabela 93 INTOXICAÇÃO EXÓGENA – EVOLUÇÃO, 2017-2020

Evolução	2017	2018	2019	2020	Total
Ign/Branco	-	-	1	-	1
Cura sem sequela	2	-	1	1	4
Cura com sequela	-	-	1	-	1
Total	2	-	3	1	6

DATASUS

4.4.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária caracteriza-se por um conjunto de ações voltadas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e a intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. É, então, responsável pelo controle da qualidade de alimentos, produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde por meio do monitoramento e da execução de ações no intuito de promover e proteger a saúde, minimizando a exposição da população ao risco.

Atualmente o município conta com um fiscal sanitário concursado atuando nas demandas da vigilância sanitária.

Tabela 94 PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017-2020

Procedimentos	2017	2018	2019	2020	Total
Atividades educativas para o setor regulado	1	-	1	-	2
Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	10	12	14	31	67
Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	10	12	13	23	58
Atividade educativa para a população	10	12	15	12	49
Recebimento de denúncias/reclamações	17	35	41	129	222
Atendimento às denúncias/reclamações	17	33	43	129	222
Total	65	104	127	324	620

DATASUS

4.4.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Encontra-se estruturada e desenvolvendo sua função de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, fornecendo orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, para assim poderem decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornado assim disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos.

4.4.3.1 Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)

Não existe no Município, o COMESP está formando um grupo de trabalho para discussão e implementação desse serviço.

4.4.4 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Programa Estadual de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde no Estado do Paraná foi instituído em 2013 com o objetivo de fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, com repasse de incentivos financeiros destinados para custeio e capital. Entre os resultados do programa destacam-se a aquisição, pelos municípios, veículos, materiais e equipamentos, equipamentos (rede de frio, informática, comunicação, qualidade do ambiente de trabalho); de cursos de capacitação; de equipamentos de proteção individual; e de materiais educativos, o que veio a fortalecer as ações e as equipes. Até o momento, os repasses atendiam, especificamente, às ações de Vigilância em Saúde, contudo, para o próximo quadriênio, há a possibilidade da utilização para a qualificação das ações de Atenção à Saúde.

A Deliberação³⁹ Nº 018 de 23/01/2014 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, que aprova a homologação do porte dos 399 municípios do Paraná, conforme Item nº 2 da Deliberação CIB/PR nº 287, de 23/08/2013, pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite Regionais, definiu o Município de Adrianópolis como Porte I, com pontuação 4,39. A Deliberação⁴⁰ CIB PR Nº 287 de 23/08/2013 aprovou:

1. Os Elencos de Ações de Vigilância em Saúde para as ações de Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador, Informações Estratégicas e Resposta às Emergências de Saúde Pública e Laboratórios classificados como Elencos 1, 2 e 3, conforme Anexo I.

2. O indicativo do Porte dos municípios, para cada Elenco das Ações, para pactuação nas Comissões Intergestores Regionais e homologação na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, conforme Anexo II. Os critérios para estabelecimento do porte dos municípios são:

³⁹ Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/deliberacoes_2014_18.pdf Acesso em 17 jul. 2021

⁴⁰ Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/deliberacoes_2013_287_.pdf Acesso em 17 jul. 2021

Figura 16 PORTE DOS MUNICÍPIOS – ELENCO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PORTE	ELENCO DE AÇÕES	Descrição do critério para distribuição dos municípios por porte, levando em consideração o fator populacional e Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades
I	1	Municípios com população até 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) menor que 5.
II	1 e 2	- Municípios população entre 20.001 a 100.000 habitantes; - Municípios com população maior que 15.000 e menor que 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 5.
III	1, 2 e 3	- Municípios população maior que 100.000 habitantes; - Municípios com população maior que 30.000 e menor que 100.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 6; - Municípios sede de Regional de Saúde independente de pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades).

CIB PR

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde compõe o conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), , representa um marco para a Vigilância em Saúde (VS) por definir compromissos e responsabilidades a serem assumidas pelas três esferas de governo expressas em metas estabelecidas: a federal, com financiamento e apoio técnico, a estadual e a municipal, buscando induzir a implementação de ações que garantam a consecução dessas metas. As diretrizes do PQA-VS são:

- ser um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos estados, Distrito Federal e municípios; e,
- estimular a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados.

Quadro 9 METAS E INDICADORES PACTUADOS NO PQA-VS.

N	Meta	Indicador
1.	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência;	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
2.	90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência;	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
3.	80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.	Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.
4.	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos -Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
5.	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.	Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).
6.	50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.	Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.

7.	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
8.	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.
9.	4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
10.	80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.
11.	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
12.	2 testes de sífilis por gestante.	Número de testes de sífilis por gestante.
13.	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	Número de testes de HIV realizado.
14.	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
15.	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

MS

A Portaria⁴¹ Nº 2.442, de 16 de setembro de 2020 divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2019 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa.

Tabela 95 AVALIAÇÃO DO MUNICÍPIO PQA-VS, 2019

Município	População 2019	Nº de Metas Alcançadas	Valor (R\$)
Adrianópolis	5.919	3	2.301,47

MS PORTARIA 2442, 16/9/2020

4.4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

As estatísticas de acidentes de trabalho no Brasil e no Paraná estão subnotificadas. Tal problema revela que a Rede de Atenção do SUS não está sensibilizada por não considerar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde e doença. Assim, o CEST, como indutor da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, pretende intensificar a capacitação da Rede de Atenção. Apesar do problema da subnotificação, os dados disponíveis revelam os principais ramos produtivos que necessitam de ações de VISAT, como saúde, construção civil e trabalho rural, para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho no estado.

O Município conta com um profissional tecnólogo em vigilância em saúde desde 2019. Na sequência a tabela apresenta o número de notificações feitas pelo Município, na qual foram 12 registros, destes 74,9% foram acidentes de trabalho, 8,3 % exposição com material biológico e 16,6% doenças relacionadas ao trabalho.

⁴¹ Disponível em <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/09/portaria2442.pdf> Acesso em 17 jul.2021

Tabela 96 NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Notificações		2017	2018	2019	2020	Total	%	% PR**
Acidentes	Mutilações e outras gravidades			03	05	08	66,6	47,80
	Acidente de trabalho com crianças e adolescentes							1,83
	Óbitos			01		01	8,3	2,56
	Total de acidentes de trabalho			04		09	74,9	52,19
	Acidente de trabalho com exposição a material biológico	01				01	8,3	37,09
Doenças relacionadas ao Trabalho	Intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho							6,83
	LER/DORT				02	02	16,6	2,37
	Câncer relacionado ao trabalho							0,82
	Transtorno mental relacionado ao trabalho							0,29
	Dermatoses ocupacionais							0,16
	PAIR							0,12
	Pneumoconiose							0,12
Total de Notificações dos Agravos da Saúde do Trabalhador		01	-	04	07	12	100	100 %

DADOS DO ESTADO: PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PR 2020-2023 CEST/SINAN, 2019. **2014-2018 LEGENDA: *Na ficha de notificação do acidente de trabalho grave, notificava-se três agravos: acidentes com mutilações, acidentes de trabalho com crianças e adolescentes e óbitos. A partir de 01/09/2019, o MS adotou o termo “acidente de trabalho” para fins de notificação, sem critérios de gravidade.

SAÚDE DO TRABALHADOR E ACOLHIMENTO DO TRABALHADOR PÓS-COVID⁴²

A COVID-19 representa hoje um grande desafio na Saúde do trabalhador. Em um primeiro momento nos deparamos com as pessoas no geral a que não aderem por completo as determinações, que a ciência passa como até o presente momento, como os melhores meios de se evitar o contágio que são elas: máscaras, distanciamento social e a higiene das mãos.

Observa-se até uma certa resistência por parte de alguns profissionais ligados a saúde em aderir as medidas preventivas. Mas o fato que a COVID-19 está aí com suas variantes, contaminando inúmeras pessoas quando não até ceifando vidas que teriam muito a produzir ainda para a sociedade. Surge então casos espalhados que aos poucos vão dando um eco para os epidemiologistas.

Algo está acontecendo além da COVID-19. E o que é isso. Isso são as sequelas que mais cedo ou mais tarde teremos enquanto Saúde do Trabalhador aprender a trabalhar com ela, a fazer com que aprendamos a conviver e viver com as implicações advindas da COVID-19. Efeitos esses que podem variar de uma perda mais prolongada do olfato ou paladar passando por esquecimentos, por síndromes do pânico, por dificuldade em dormir, em caminhar até com dificuldade em segurar um talher para alimentar-se.

Pois bem, sendo assim pensamos em uma equipe multidisciplinar. No entanto faz-se necessário a conscientização não só dos agentes que promovem a saúde em nosso município assim como também das pessoas residentes, pois quando encontramos recusa para a coleta do material, para a importância do isolamento social, estamos não só disseminando o vírus para as demais pessoas, como da mesma forma se a pessoa for um paciente assintomático, este irá tardiamente as Unidades com queixas que serão sequelas do COVID 19, o que levaria a um tratamento tardio.

Por fim enfatizamos a importância de um profissional específico para a Saúde do Trabalhador, neste momento mais do que em outros para junto com as Equipes de nosso Município e demais

⁴² Texto elaborado Juarez Pereira da Fonseca (servidor do SAMU) representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Adrianópolis.

profissionais que possam estar envolvidos em uma equipe multiprofissional possamos junto ajudar a nossa população com seus mais diversos problemas.

4.5 DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS

A Lei/8080/1992, em seu Artigo 3º. estabelece que “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

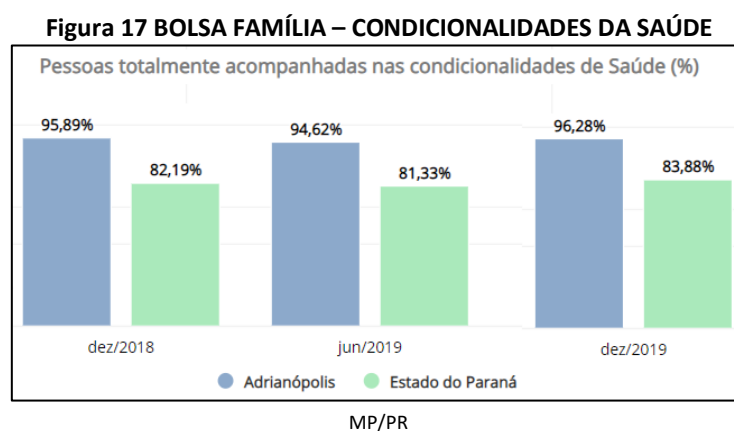
Considerando os determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, serão comentados na sequência, sendo que outros já foram abordados anteriormente.

4.5.1 ALIMENTAÇÃO

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), por Segurança Alimentar e Nutricional - SAN entende-se a:

realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Esse tema está ligado ao programa Bolsa Família⁴³ e Programa Fome Zero. O Acompanhamento realizado pelo Município em relação aos beneficiários atingiu índices acima de 95 %, nos anos de 2018 e 2019, superiores em relação ao Estado, conforme figura a seguir. Porém em 2020 esse percentual teve ligeiro decréscimo atingindo 90,99 %, segundo Relatório Anual de Gestão/2020 do Município, provavelmente pelas dificuldades impostas em razão da pandemia.



⁴³ O Programa Bolsa Família foi criado em 2003 para apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito delas à alimentação, com a unificação dos seguintes programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Cartão Alimentação, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás.

Nos dados relacionados ao acompanhamento nutricional de crianças menores de 5 anos é possível observar dados desfavoráveis ao Município quando comparados com outras esferas. Números maiores em relação a peso baixo e muito baixo e paradoxalmente percentual elevado para os acima do peso.

Tabela 97 CONDIÇÕES NUTRICIONAIS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS – PESO X IDADE, 2020

Crianças menores de 5 anos	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
Adrianópolis	5	2.09%	7	2.93%	191	79.92%	36	15.06%	239
Estado Paraná	2.202	1.08%	4.464	2.18%	181.122	88.59%	16.661	8.15%	204.449
Brasil	55.334	1.46%	107.498	2.84%	3.288.708	87%	328.527	8.69%	3.780.067

SISVAN

Em relação aas gestantes os números são bastante parecidos com a média do Estado e da União. No peso adequado ou eutrófico, 38,8 % das gestantes do município, e 33,6 % e 33,9 %, para o Estado e União respectivamente. No entanto comparado a estes, o número de gestantes com baixo é ligeiramente maior.

Tabela 98 CONDIÇÕES NUTRICIONAIS DAS GESTANTES, 2020

Gestantes	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
Adrianópolis	6	16.7	14	38.8	8	22.2	8	22.2	36
Estado Paraná	7.827	12.6	20.817	33.6	17.978	29.0	15.341	24.8	61.963
Brasil	157.024	14.2	374.627	33.9	316.742	28.6	257.385	23.3	1.105.778

E-GESTOR/SISVAN AGOSTO/2021

4.5.2 MORADIA

O direito a cidades sustentáveis é entendido, de acordo com a política nacional de desenvolvimento urbano - Estatuto da Cidade (Lei 10.257/2001) - como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações.

Dessa forma a infraestrutura urbana básica, constituída pelos equipamentos urbanos de escoamento de águas pluviais, iluminação pública, esgotamento sanitário, abastecimento de água potável, energia elétrica pública e domiciliar e vias de circulação, são elementos essenciais para a qualidade de vida nas cidades e à garantia da moradia digna, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos.

Segundo o IBGE (2021) o Município apresenta 36.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 26.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 36.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 166 de 399, 365 de

399 e 170 de 399, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2824 de 5570, 4946 de 5570 e 920 de 5570, respectivamente.

4.5.2.1 Energia Elétrica

A tabela a seguir mostra os dados de consumo e consumidores de energia elétrica no Município, relativo ao ano de 2019.

Tabela 99 ENERGIA ELÉTRICA

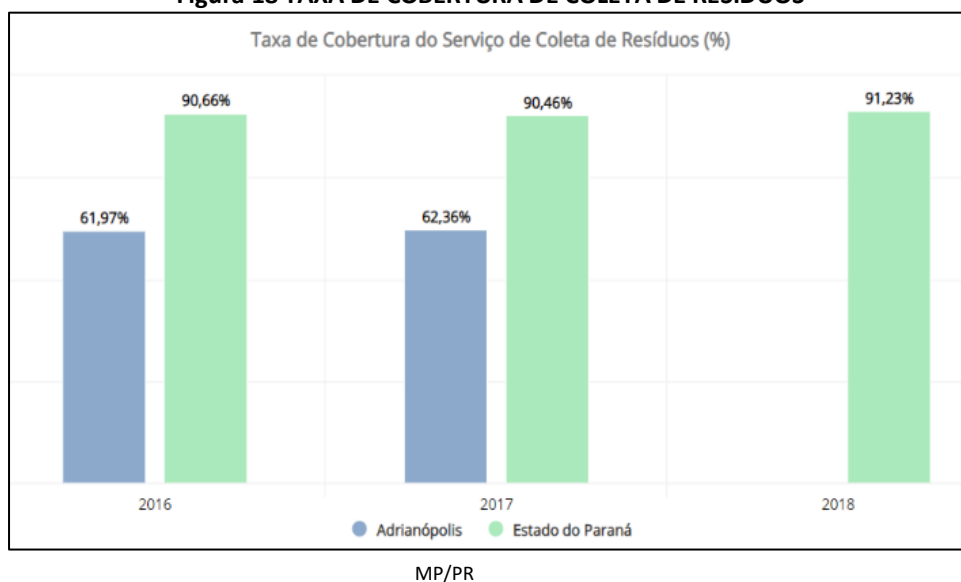
Energia Elétrica	Data	Município
Consumo de Energia Elétrica (MWh)	2019	108.166
Consumidores de Energia Elétrica (número)	2019	2.783

IPARDES

4.5.2.2 Coleta de Resíduos

O Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) coleta dados sobre a prestação de serviços de Água e Esgotos desde o ano de referência 1995 e sobre os serviços de manejo de Resíduos Sólidos Urbanos desde o ano de referência 2002. Os dados de cada ano são publicados nos respectivos Diagnósticos dos serviços. O Município apresenta resultados desfavoráveis em relação ao Estado pela sua condição de Município de predominância rural.

Figura 18 TAXA DE COBERTURA DE COLETA DE RESÍDUOS



4.5.3 SANEAMENTO BÁSICO

Os dados oficiais disponíveis são bastante desatualizados remetendo ainda ao Censo de 2010. No entanto já era possível verificar números bastante positivos para o Município, em relação a água, sanitários, energia elétrica. Por se tratar de um município com metade da população rural, o índice de coleta de lixo reflete essa realidade. O Município ainda não tem disponível a rede de coleta de esgotos.

Tabela 100 DOMICÍLIOS E SANEAMENTO

Domicílios e Saneamento	Data	Município	% sobre DR*
Número de Domicílios Recenseados (DR)	2010	2.943	-
Número de Domicílios Particulares Permanentes	2010	1.974	67%
Domicílios Particulares Permanentes - Com Água Canalizada	2010	1.903	65%
Domicílios Particulares Permanentes - Com Banheiro ou Sanitário	2010	1.862	63%
Domicílios Particulares Permanentes - Destino do Lixo - Coletado	2010	1.259	43%
Abastecimento de Água (unidades atendidas)	2019	1.878	64%
Consumo de Água - Volume Faturado (m3)	2019	1.399	-
Consumo de Água - Volume Medido (m3)	2019	207.710	-
Atendimento de Esgoto (unidades atendidas)	2019	...	-

IPARDES *DR Domicílios recenseados

4.5.4 MEIO AMBIENTE

No Brasil, a Política Nacional do Meio Ambiente, estabelecida pela Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, e regulamentada pelo Decreto nº 99.274, de 6 de junho de 1990, tem por objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana.

Parque Estadual das Lauráceas (PEL)⁴⁴

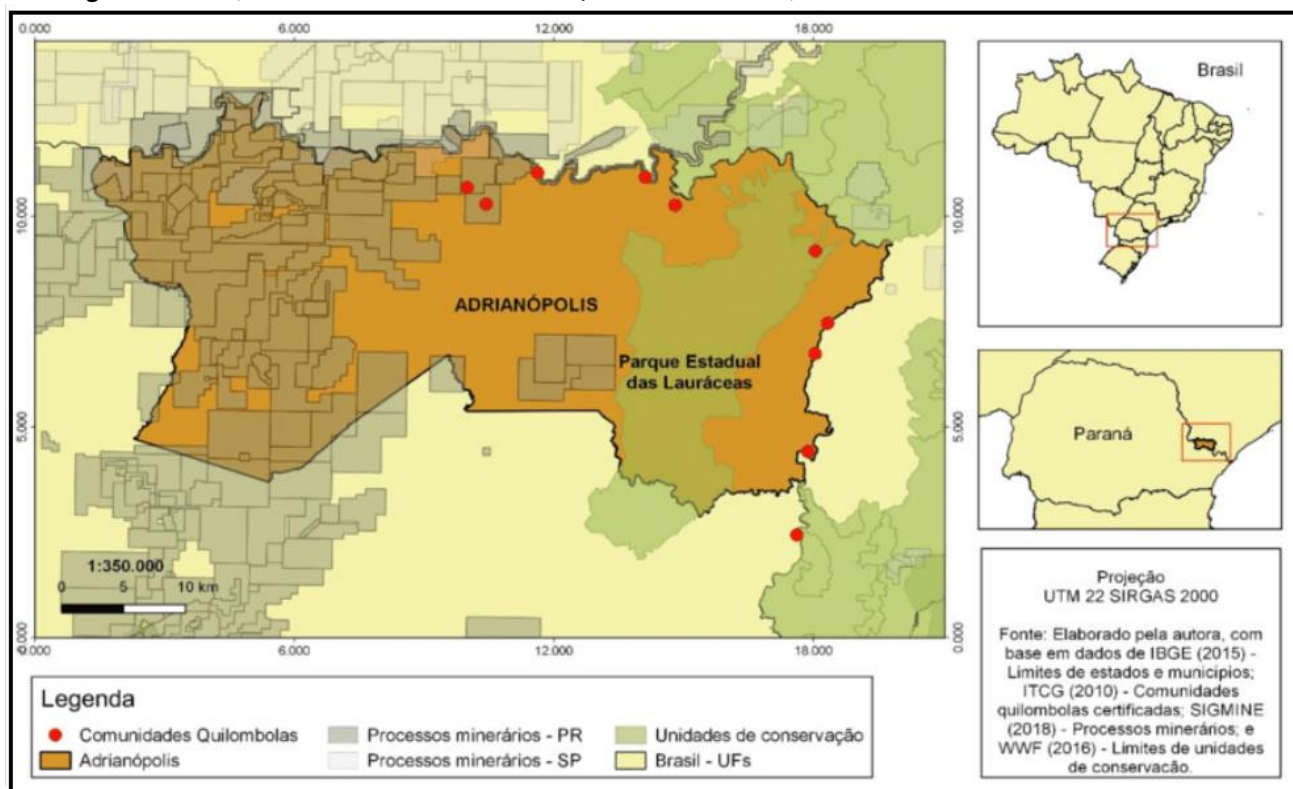
O PEL está localizado na porção nordeste do Estado do Paraná, nos municípios de Adrianópolis e Tunas do Paraná. Foi criado em 1979, e em 2009, o parque passou pela sua última ampliação, que determinou a extensão atual de 30.001 hectares. Lauráceas é atualmente o maior parque estadual do Paraná. O nome adotado para o Parque Estadual das Lauráceas (PEL) foi motivado pela grande ocorrência de exemplares da família botânica “Lauraceae” (canelas em geral) na área onde se encontra a Unidade. Unidade de conservação⁴⁵ integral com 27.524ha aproximadamente de floresta ombrófila densa e floresta ombrófila mista. É um dos parques mais conservados do estado do Paraná. Área montanhosa, possui inúmeras cavernas. A fauna, como a vegetação, é bastante diversificada, apresentando espécies ameaçadas de extinção, como o papagaio-do-peito-roxo e a onça-pintada. A Figura⁴⁶ a seguir apresenta aspectos ambientais do Município de Adrianópolis, com localização do Parque Estadual das Lauráceas, Comunidades Quilombolas e processos minerários.

⁴⁴ Disponível em https://www.wikiparques.org/wiki/Parque_Estadual_das_Laur%C3%A1ceas Acesso 03jun.2021

⁴⁵ <http://wikimapia.org/23345529/pt/Parque-Estadual-das-Laur%C3%A1ceas>

⁴⁶ Disponível em https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-PROCESSOS-MINERARIOS-ATIVOS-E-TERRITORIOS-QUILOMBOLAS-EM-ADRIANOPOLIS-PR_fig1_335331945 Acesso em 20 jun.2021

Figura 19 PARQUE ESTADUAL DAS LAURÁCEAS, COMUNIDADES QUILOMBOLAS E PROCESSOS MINERÁRIOS



https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-PROCESSOS-MINERARIOS-ATIVOS-E-TERRITORIOS-QUILOMBOLAS-EM-ADRIANOPOLIS-PR_fig1_335331945

4.5.5 TRABALHO E RENDA

Segundo o IBGE, Em 2018, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 19.2%.

Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 19 de 399 e 171 de 399, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 378 de 5570 e 1450 de 5570, respectivamente.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 41.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 32 de 399 dentre as cidades do estado e na posição 2510 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 101 INDICADORES DE TRABALHO E RENDIMENTO

Indicador	Informação
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2018]	2,7
Pessoal Ocupado (2018)	1.151 pessoas
População Ocupada (2018)	19,2 %
% da População com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo (2010)	41,7 %

IBGE

4.5.6 EDUCAÇÃO

O Município possui 13 estabelecimentos educacionais, sendo, 08 municipais e 05 estaduais. O Sistema Educacional Brasileiro compreende três etapas da Educação Básica: a educação infantil (para crianças de zero a 5 anos), o ensino fundamental (para alunos de 6 a 14 anos) e o ensino médio (para alunos de 15 a 17 anos).

Tabela 102 MATRÍCULAS EM NÍVEIS EDUCACIONAIS

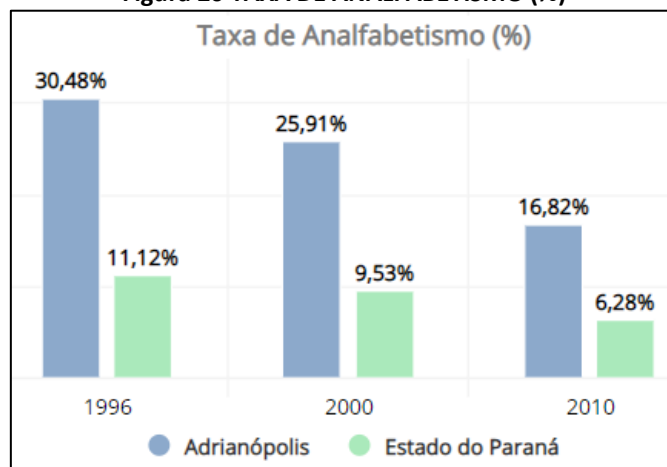
Educação	Data	Município
Matrículas na Educação Básica (alunos)	2020	1.397
Matrículas na Creche (alunos)	2020	54
Matrículas na Pré-escola (alunos)	2020	163
Matrículas no Ensino Fundamental (alunos)	2020	851
Matrículas no Ensino Médio (alunos)	2020	289
Matrículas na Educação Especial - Classes Exclusivas (alunos)	2020	55
Matrículas na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (alunos)	2020	40
Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais (%)	2010	16,82

IPARDES. NÃO HÁ ENSINO TÉCNICO E SUPERIOR NO MUNICÍPIO.

4.5.6.1 Taxa de Analfabetismo

Considera-se, aqui, a faixa etária de 15 anos ou mais, e como analfabetas as pessoas maiores de 15 anos que declararam não serem capazes de ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinam o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram. Em 2010 o Município já apresentava indicador significativamente desfavorável em relação ao Estado, sendo que a taxa de analfabetismo correspondia a 16,82% e a do Estado, 6,28%.

Figura 20 TAXA DE ANALFABETISMO (%)



MP/PR

4.5.6.2 IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

O indicador é calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e médias de desempenho nas avaliações do Inep, o SAEB (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica) e a Prova Brasil. Em relação aos anos iniciais do ensino fundamental e no ensino médio resultado é bastante positivo ao Município, porém nas séries finais do ensino fundamental apresentam resultados desfavoráveis.

Figura 21 IDEB - ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL (REDE PÚBLICA)

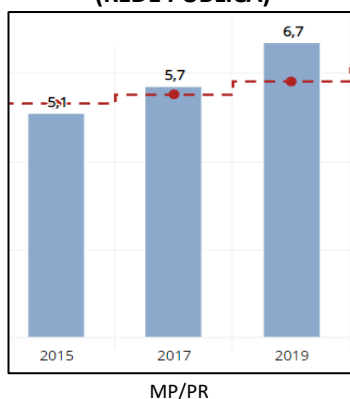


Figura 22 IDEB - ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL (REDE PÚBLICA)

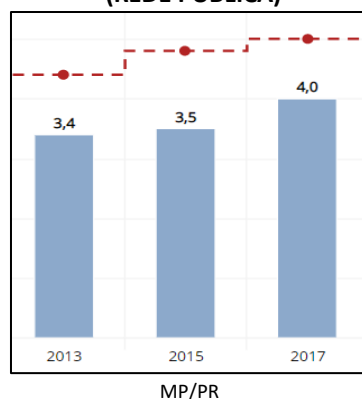
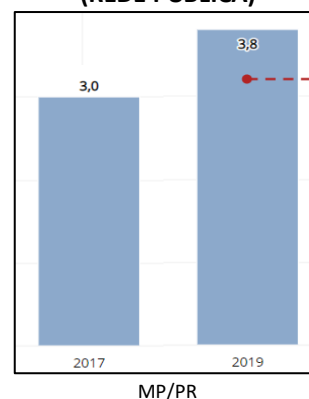


Figura 23 IDEB – ENSINO MÉDIO (REDE PÚBLICA)



4.5.7. ATIVIDADE FÍSICA E ESPORTE

A prática regular de atividade física programada ou nas horas de lazer tem um impacto significativo na saúde e qualidade de vida da população, reduzindo o risco do aparecimento de morbididades relacionadas à inatividade física ou mesmo atenuando as complicações de doenças crônicas não transmissíveis já existentes.

Trabalhar junto com as equipes na promoção da atividade física, junto as academias ao ar livre e realizar parcerias com a Secretaria de Esportes do município. A Secretaria de Esportes fará parcerias com a Assistência Social para o desenvolvimento de atividades em comum.

O município tem 04 ginásios de esportes na sede, 03 ginásios no interior, 02 estádios municipais, 02 quadras esportivas, 03 academias ao ar livre na sede, 03 no interior. São promovidos campeonatos de futebol e futsal. O Município criou no final de 2020 a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, que terá a incumbência do desenvolvimento dos esportes e atividades de lazer contribuindo para a qualidade de vida dos munícipes.

4.5.8 TRANSPORTE

O Transporte no Município é precário, tendo somente 2 linhas de ônibus, duas vezes por semana, para o deslocamento das pessoas que vivem no interior do Município.

Tabela 103 ACIDENTES DE TRANSPORTE

Tipo de acidente	2016	2017	2018
Com vítima	2	4	2
<i>Mortes no local</i>	0	1	0
Sem vítima	4	0	1

MP/PR

4.5.9 LAZER

A cidade oferece diversas atividades. Alguns dos programas mais interessantes e divertidos para se fazer no ambiente urbano e rural:

- Fazer piquenique na praça para reunir a família e os amigos;
- Caminhar, andar de bicicleta.
- Visitar locais livres. (Varadouro, Mirante na Barra Grande, Mirante km 21, Parque das Lauráceas, Varadouro.

4.5.10 PROGRAMAS SOCIAIS DE ENFRENTAMENTO AS VULNERABILIDADES

A Assistência Social, política pública não contributiva, é dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar.

Entre os principais pilares da assistência social no Brasil estão a Constituição Federal de 1988, que dá as diretrizes para a gestão das políticas públicas, e a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), de 1993, que estabelece os objetivos, princípios e diretrizes das ações.

O Município possui 01 CRAS (Centros de Referência de Assistência Social) que oferece serviços de assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

Tem por objetivo fortalecer os vínculos familiares e comunitários, buscando com suas ações priorizar a promoção da autonomia, das potencialidades e o fortalecimento das famílias e indivíduos.

Tabela 104 ASSISTÊNCIA SOCIAL - CADASTROS DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS

Informação	2019	2020
Bolsa Família (pessoas)	1270	1321
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	112	113
• Idosos	24	26
• Deficientes	88	87
Cadastro único (famílias)	985	1039
• Extrema pobreza	194	176
• Pobreza	272	266
• Baixa renda	302	355
• >1/2 salário mínimo per capita	217	242

MP/PR

4.5.10.1 Programa Bolsa Família

No município⁴⁷, havia 395 famílias beneficiárias do Bolsa Família no mês de julho de 2021 sendo 1.361 pessoas diretamente beneficiadas pelo Programa. Dentre essas famílias, 0 % dos responsáveis familiares (RF) eram do sexo feminino. O Programa prevê o pagamento dos benefícios financeiros preferencialmente à mulher, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da autonomia feminina tanto no espaço familiar como em suas comunidades.

Nesse mês, o número de pessoas beneficiárias do PBF equivalia aproximadamente a 23% da população total do município, abrangendo 154 famílias que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza. A cobertura do programa foi de 58 % em relação à estimativa de famílias pobres no município. O município está abaixo da meta de atendimento do programa.

Área de Saúde

Na área da Saúde, 807 beneficiários(as) tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de saúde no segundo semestre de 2019. Compõem o público para acompanhamento das condicionalidades de saúde as crianças menores de 7 anos e mulheres.

O município conseguiu acompanhar 777 beneficiários(as), o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de 96,28%. O resultado nacional de acompanhamento na saúde é de 79,71%.

Assim, o município possui um acompanhamento da agenda de saúde muito bom, acima do resultado nacional. No entanto, é fundamental que o gestor municipal do PBF conheça e se articule com o coordenador municipal do PBF na Saúde, que é o responsável técnico pelo monitoramento desse acompanhamento na Secretaria Municipal de Saúde, para continuar alcançando bons resultados.

Podem ser realizadas ações de orientações às famílias para que informem que são beneficiárias do PBF quando forem atendidas na rede de saúde e para que atualizem o Cadastro Único quando mudarem de endereço. Também é importante se organizar para registrar mensalmente no sistema da saúde as informações sobre as gestantes identificadas, pois elas são elegíveis ao Benefício Variável Vinculado à Gestante (BVG).

As informações de acompanhamento das condicionalidades de saúde servem de base para a articulação intersetorial entre educação, assistência social e saúde, para que atuem de forma integrada na superação de eventuais vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias e na identificação de demandas sociais no território.

4.5.10.2. Cadastro Único

O Cadastro Único⁴⁸ é a base de dados do Governo Federal onde estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até ½ salário mínimo por pessoa. O governo federal utiliza os dados do Cadastro Único para conceder benefícios e serviços de programas sociais, como: Tarifa Social de Energia Elétrica, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, entre outros.

Os dados do Cadastro Único também podem ser utilizados para o mapeamento das vulnerabilidades locais, o planejamento das ações e a seleção de beneficiários dos programas sociais geridos pelo município.

O Município já vem realizando as atividades de cadastramento e possui em abril de 2021:

⁴⁷ Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/relatorio-completo.html> Acesso 03 ago.2021.

⁴⁸ Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/relatorio-completo.html> Acesso em 3 ago.2021.

Tabela 105 CADASTRO ÚNICO E FAMÍLIAS, ABRIL/2021

Famílias	No.
Inseridas no Cadastro Único	1039
Com o cadastro atualizado nos últimos dois anos	806
Com renda até ½ salário mínimo	797
Com renda até ½ salário mínimo com o cadastro atualizado.	631

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL - MDS

A Taxa de Atualização Cadastral (TAC) do município é de 79,17%, enquanto que a média nacional encontra-se em 66,61%. A TAC é calculada dividindo o número de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo com cadastro atualizado pelo total de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo, multiplicado por cem. Isso significa que o cadastro no seu município está bem focalizado e atualizado, ou seja, a maioria das famílias cadastradas pertence ao público alvo do Cadastro Único.

Quadro 10 QUADRO-SÍNTESE ACOMPANHAMENTO PROGRAMAS SOCIAIS, MAIO/2021

Acompanhamento da Atualização Cadastral		Acompanhamento das condicionalidades de Educação		Acompanhamento das condicionalidades de Saúde		Fator de Operação	
Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município
83,29	83,15	93,06	95,96	79,70	96,28	84,83	89,63

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL - MDS

4.5.10.3 Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O BPC é um benefício da Política de Assistência Social que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, sendo que para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem o ter provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

No Município em Maio/2020⁴⁹, havia 26 idosos e 87 pessoas com deficiência beneficiários do BPC.

Tabela 106 BENEFICIÁRIOS DO BPC, MAIO/2020

Beneficiários	N
Idosos	26
Com deficiência	87
Total	113

MP/PR

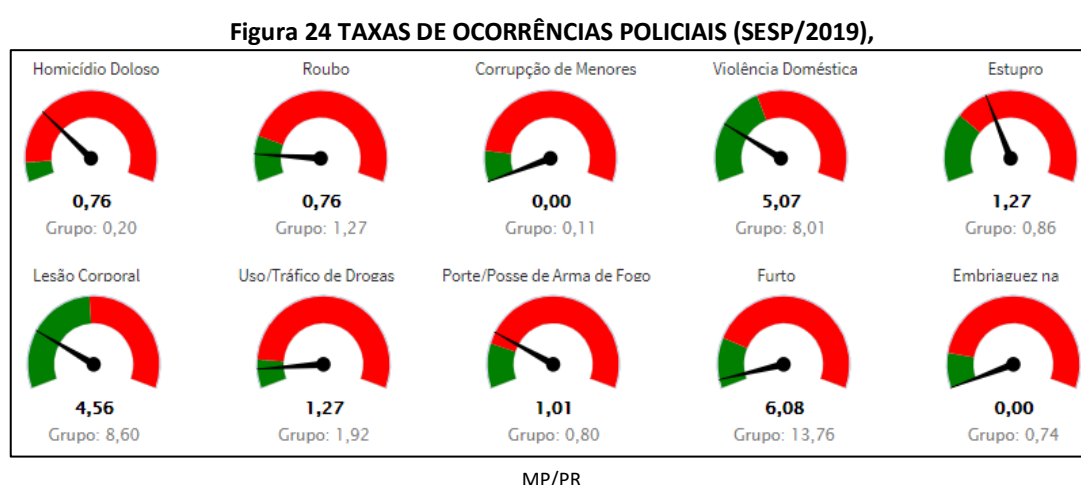
⁴⁹ Disponível em https://apps.mppr.mp.br/geoview/plataformaAtuacao/indicadores/perfil/3_4100202.html Acesso em 09 ago. 2021

4.5.11 SEGURANÇA

O direito à segurança é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.

Segundo o Ministério Público do Paraná, quando considerados 10 itens relacionados à segurança, o Município se encontra com índices melhores em 70 % destes itens, para municípios até 10.000 habitantes.

Na figura a seguir as taxas de ocorrências policiais, por 1.500 habitantes - Secretaria de Segurança Pública SESP em 2019 para município do Grupo 1 (até 10.000 habitantes), comparando o Município com os resultados do Estado.



4.5.12 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde⁵⁰ tem por Objetivo geral “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” e estabeleceu como temas prioritários:

I. Formação e educação permanente:

Mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, a fim de incluí-las nos espaços de educação permanente.

II. Alimentação adequada e saudável:

Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

⁵⁰ Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em 02jun.2021

III. Práticas corporais e atividades físicas:

Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados:

Promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.

V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas:

Promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas, com responsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.

VI. Promoção da mobilidade segura:

Buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. Orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo ações de saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e nos demais setores envolvidos, além da sociedade, a fim de definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura. Avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, para que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e, conseqüentemente, a paz no trânsito.

VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos:

Promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos. Desenvolver tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero e de orientação sexual e à identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e em relação às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Promover a articulação da Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura da paz.

VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável:

Promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários (cidades/municípios, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros), permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários.

A figura⁵¹ a seguir, resume de maneira ilustrativa os temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde.

⁵¹ Disponível em https://ufc.unasus.gov.br/curso/spi/capacitacao_idoso/mod5/prom_prev/top_01/05.html

Figura 25 PROMOÇÃO DA SAÚDE – TEMAS PRIORITÁRIOS



UFC.UNASUS

4.5.13 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS⁵²

A ONU e seus parceiros no Brasil estão trabalhando para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. São 17 objetivos ambiciosos e interconectados que abordam os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil.

- **ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁵³:**

ODS #01 - Erradicação da Pobreza: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.

ODS #02 - Fome Zero e Agricultura Sustentável: Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.

ODS #03 - Saúde e Bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

ODS #04 - Educação de Qualidade: Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos.

ODS #05 - Igualdade de Gênero: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

ODS #06 - Água Potável e Saneamento: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos.

ODS #07 - Energia Limpa e Acessível: Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas e todos.

ODS #08 - Trabalho Decente e Crescimento Econômico: Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos.

ODS #09 - Indústria, Inovação e Infraestrutura: Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.

ODS #10 - Redução das Desigualdades: Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

ODS #11 - Cidades e Comunidades Sustentáveis: Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

ODS #12 - Consumo e Produção Responsáveis: Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.

ODS #13 - Ação contra a mudança global do clima: Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.

⁵² Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em 11jun2021.

⁵³ Disponível em <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-2171.html> Acesso em 6 ago. 2021.

ODS #14 - Vida na Água: Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

ODS #15 - Vida Terrestre: Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade.

ODS #16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

ODS #17 - Parcerias e Meios de Implementação: Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

Figura 26 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



ONU

Quadro 11 OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 3 - SAÚDE E BEM-ESTAR

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 - Saúde e Bem-Estar	
Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos; 3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis; 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar; 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; 3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas; 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;	3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos; 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo; 3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado; 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos; 3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento; 3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde;

ONU

4.6 ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19

Segundo o Ministério da Saúde⁵⁴ a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global:

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos. Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente os coronavírus de animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre seres humanos como já ocorreu com o MERS-CoV e o SARS-CoV-2. Até o momento, não foi definido o reservatório silvestre do SARS-CoV-2.

O primeiro caso⁵⁵ de COVID-19 em Adrianópolis foi confirmado em 10 de junho de 2020, sendo este um caso importado, paciente com histórico de viagem ao Hospital Angelina Caron. Em 15 de junho de 2020 foram confirmados mais doze casos, sendo todos da mesma família.

Em relação a elaboração do Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 o Município acompanhou os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SESA) na construção de seu Plano de Ação, destacando os principais aspectos da doença, como agente etiológico, período de incubação, transmissão, período de transmissibilidade, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, diagnóstico laboratorial, tratamento, recomendações para prevenção e controle, recomendações para os profissionais da saúde e unidade básica de saúde, recomendações para empresas, estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços, e elaborou o Plano de Ação.

Uma medida importante e imediata da Secretaria Municipal de Saúde refere a adequação da sistemática de trabalho dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), Agentes Sanitários e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma a garantir as ações de prevenção e controle da doença, preservando a segurança dos trabalhadores e agregando na rotina desses profissionais a divulgação das ações individuais e coletivas de prevenção da transmissão da COVID-19. Dentre as atividades de prevenção à COVID-19 destaca-se o esforço coletivo das equipes de zoonoses e dos ACS na entrega de milhares de máscaras de tecido para a população de áreas mais vulneráveis da cidade.

4.6.1 CENTRO DE ATENDIMENTO A COVID⁵⁶

Para ampliar a assistência e o atendimento à população com sintomas de doenças respiratórias, entre eles o da COVID-19, a Secretaria Municipal de Saúde conta com o serviço do Centro de Atendimento para Enfrentamento a Covid-19 que atendem, de forma espontânea, pessoas com

⁵⁴ Ministério da Saúde, Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus> Acesso em 19jun2021.

⁵⁵ SMS - Adrianópolis. Relatório Anual de Gestão/2020.

⁵⁶ Portaria 1445 de 29 de março de 2020, e Portaria 1797 de 21 de julho de 2020, que Credencia temporariamente Municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus, com ampliação de horário de atendimento e reorganização dos serviços, habilitou o Município.

sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, dificuldade para respirar, sendo acompanhados ou não de febre). O Centro de Atendimento para Enfrentamento a Covid-19 iniciou seu funcionamento em junho de 2020, no horário de 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Na primeira semana de agosto de 2020, houve a doação da Secretaria de Estado da Saúde de um ventilador e monitor, além de equipe exclusiva com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. Nesses leitos são atendidos pacientes sob cuidados intermediários que estão aguardando transferência para hospital. Foram destinados pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1797 de 21 de julho de 2020, R\$ 60.000,00 mensais para o custeio do Centro.

4.6.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS COVID-19

No Estado do Paraná, segundo o Ministério da Saúde⁵⁷ a incidência (Número de casos em 100 mil habitantes) é de 10.332,7 e a Mortalidade 259,5 a cada 100 mil habitantes. Em relação ao Município, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA PR), segundo seu Boletim Epidemiológico⁵⁸ informa os dados que seguem e analisando os dados do Município verifica-se que esses são desfavoráveis quando comparados com o Estado.

Tabela 107 COVID-19: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, 2020-2021

Data	Casos	Óbitos	Recuperados	Em investigação	Incidência por 100 mil hab.	Letalidade	Mortalidade por 100 mil hab.
31/12/2020	434	6	321	0	7.410	1,38 %	102,44
18/06/2021	1285	27	1111	1	21.939	2,10 %	460,99

SESA PR

4.6.2.1 Perfil dos óbitos por COVID-19

Na sequência as tabelas e gráficos apresentam o perfil dos óbitos, durante o período Junho de 2020 a Junho de 2021.

O número de óbitos foi maior no sexo masculino com 55 % dos casos.

Tabela 108 COVID-19: ÓBITOS POR SEXO

Sexo	N	%
Masculino	17	55
Feminino	14	45
Total	31	100

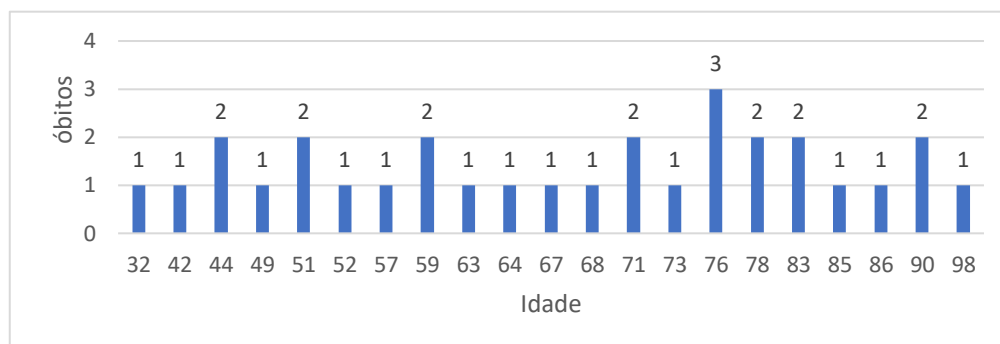
SMS – ADRIANÓPOLIS

Em relação a faixa etária, 11 óbitos, ou seja, 35 % foi abaixo de 59 anos. No gráfico, o número de óbitos correspondente a cada idade onde houve casos.

⁵⁷ Ministério da Saúde, atualizado em 18jun2021. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 18 jun2021.

⁵⁸ Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19> Acesso em 18jun2021.

Gráfico 14 COVID-19: ÓBITOS POR IDADE



SMS – ADRIANÓPOLIS

Em relação as Comorbidades foram registradas 26, ou seja 84 % do total de 31, casos que apresentaram comorbidades, uma ou mais e associadas e apenas 5 (16 %) dos óbitos não apresentavam algum tipo de comorbidade.

Tabela 109 COVID-19: ÓBITOS COM/SEM COMORBIDADES

Portador de Comorbidades	N	%
Sim	26	84
Não	5	16
Total	31	100

SMS – ADRIANÓPOLIS

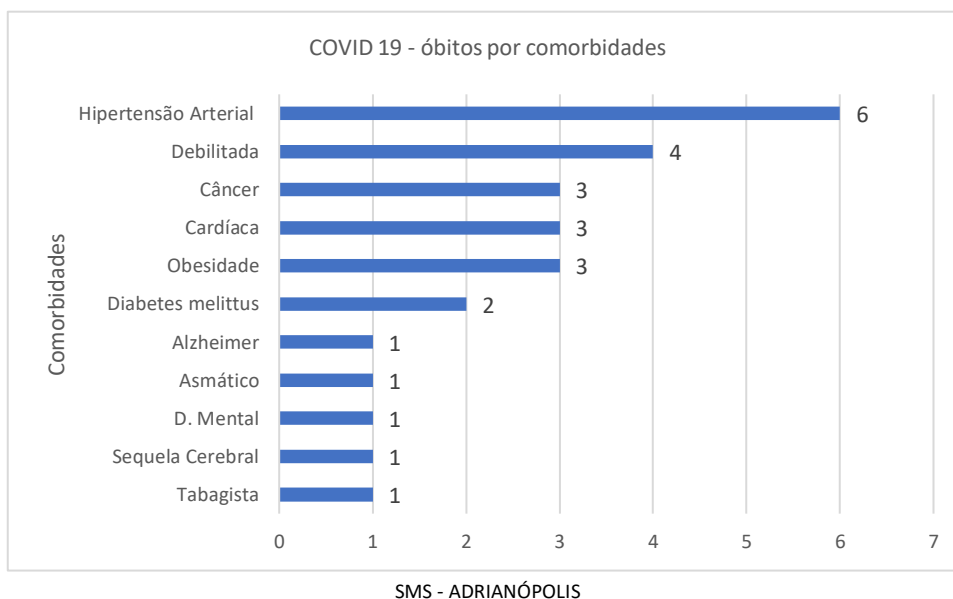
Considerando, as comorbidades existentes, 23 % tinham em comum a Hipertensão Arterial Sistêmica, em segundo lugar condições “debilitadas” com 15 %. A obesidade, doenças cardíacas e câncer se apresentam em terceiro lugar com 12 % cada. tipos de comorbidade, importante informar que em alguns casos estavam associadas a mais de uma.

Tabela 110 COVID-19: TIPOS DE COMORBIDADE E NÚMERO DE ÓBITOS

Comorbidade	N	%
Hipertensão Arterial	6	23%
Debilitada	4	15%
Obesidade	3	12%
Cardíaca	3	12%
Câncer	3	12%
Diabetes melittus	2	8%
Tabagista	1	4%
Sequela Cerebral	1	4%
Doença Mental	1	4%
Asmático	1	4%
Alzheimer	1	4%
Total	26	100%

SMS - ADRIANÓPOLIS

Gráfico 15 COVID-19: ÓBITOS POR COMORBIDADES



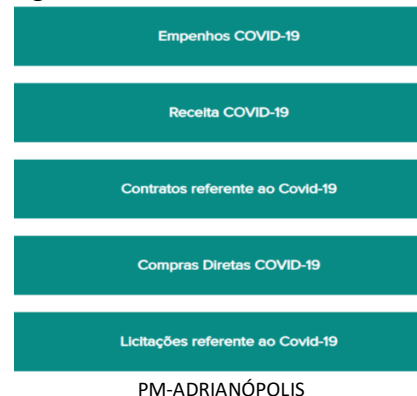
4.6.3 TRANSPARÊNCIA COVID

4.6.3.1 Página na Internet

A página do Município na internet, no site da prefeitura Municipal, com os dados da COVID é <https://www.adrianopolis.pr.gov.br/pagina/137_Bol etim-COVID--19.html>. A página, permite que haja transparência nas compras, prevenções e decretos, sobre o isolamento social, para possíveis decisões municipais sobre COVID-19.

A figura a seguir apresenta os itens que podem ser acessados. Os itens que podem ser acessos são: Empenhos, Receita, Contratos, Compras diretas e licitações.

Figura 27 COVID-19: TRANSPARÊNCIA



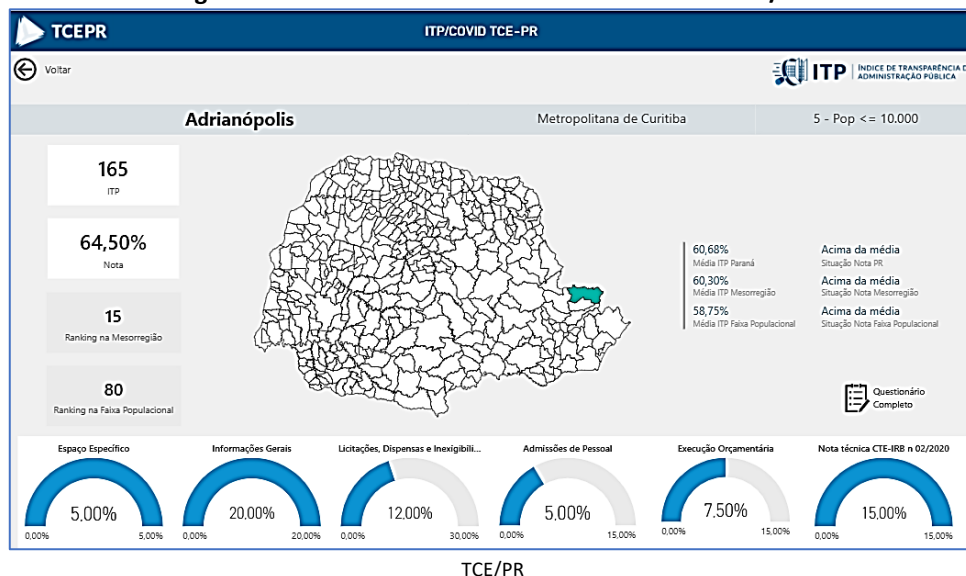
4.6.3.2 ITP COVID-19 – Índice de Transparência TCE/PR

Por determinação do TCE PR foi implantado dentro do site da transparência municipal um link para acesso a todas as informações relacionadas a COVID-19 de acordo com as exigências do Tribunal de Contas do Paraná (TCE-PR), denominado ITP COVID-19 – Índice de Transparência TCE\PR^{59,60}. O Município atingiu 64,5% no ITP, nota superior à média da região e do Estado.

⁵⁹ Tribunal de Contas do Paraná. Disponível em <https://coronavirus.tce.pr.gov.br/itp-covid/> Acesso em 18jun2021.

⁶⁰ Tribunal de Contas do Paraná. Relatório do Índice de Transparência da Administração Pública – ITP: COVID-19 <https://www.coronavirus.tce.pr.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/RELAT%C3%93RIO-ITP-COVID19.pdf> Acesso em 18jun2021.

Figura 28 ÍNDICE DE TRANSPARÊNCIA COVID - ITP TCE/PR



4.6.3.3 Publicações na internet

O Município utilizou os recursos da internet para publicar as ações e divulgar informações quanto ao enfrentamento a pandemia, no site do Oficial do Município e nas redes sociais, tais como o Facebook.

Figura 29 COVID-19: PUBLICAÇÕES NA INTERNET



Segundo o Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2020, o Município destaca que um dos maiores desafios para o próximo exercício ainda será a gestão da pandemia de COVID-19 no

município. É necessário que se mantenha o monitoramento sistemático dos indicadores na cidade, permitindo uma gestão proativa e assertiva no controle da pandemia.

Outro grande desafio se concentrará na gestão dos insumos, de modo a garantir que os materiais médico-hospitalares, os medicamentos, os testes para a Covid-19, os equipamentos, os EPI, enfim, todo o conjunto de materiais esteja disponível tempestivamente aos trabalhadores e cidadãos.

Por fim, o desafio da imunização, de forma a ampliar o grupo de pessoas vacinadas, em estrita observância ao Plano Nacional de Vacinação e à eficiência na aplicação das doses disponibilizadas.

5 | FLUXOS DE ACESSO

Segundo o Manual de Planejamento do SUS⁶¹, fluxos de acesso devem evidenciar caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.

Adrianópolis possui uma grande extensão territorial com uma parte expressiva de sua população vivendo em áreas rurais, o que se torna um grande desafio o acesso aos serviços.

Quadro 12 ACESSO AS UNIDADES DE REFERÊNCIA

Comunidades Rurais	Unidade de Referência (UR)	Distância até UR (km)	Condições de deslocamento
João Sura	Colônia Sete Barras	30 km	Transporte sanitário, taxi, carro próprio
Córrego do Franco	Colônia Sete Barras	120 km	Transporte sanitário, taxi, carro próprio
Varginha	C. S. Olímpio G. dos Santos	60 km	Transporte sanitário, taxi, carro próprio

Quadro 13 ACESSO DO MUNICÍPIO AOS CENTROS DE REFERÊNCIA

Município	Distância (km)	Tempo (h)	Condições de deslocamento
Almirante Tamandaré	122	2h35	BR 476
Apiaí	32	1 h	SP 250
Curitiba	130	3 h	BR 476
Campo Largo	160	4 h	BR 476/BR 277
Campina Grande do Sul	122	3 h	BR 476
Colombo	117	2h19m	BR 476
São José dos Pinhais	142	2h52 min	Br 476

GOOGLE

Mapa 11 SEDE E COMUNIDADES RURAIS



GLOMAPAS

Mapa 12 CENTROS DE REFERÊNCIA



GOOGLE

⁶¹ Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

6 | RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento da Saúde é tripartite como determina a Constituição Federal de 1988, ou seja, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, devem participar da receita para custear as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, conforme a Lei Complementar 141/2012, os Municípios devem investir no mínimo 15 % de recursos próprios em Saúde. Na sequência a tabela apresenta um demonstrativo das receitas de financiamento, por esfera de gestão. Está demonstrada a arrecadação de receitas do Município sobre as quais são deduzidos os 15 %, da Lei Complementar 141/2020, que obrigatoriamente devem ser repassados a saúde.

Tabela 111 ORIGEM DAS RECEITAS A SAÚDE, 2017-2020

Receitas	2017	2018	2019	2020
Receitas para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde - Município	20.084.077,43	22.404.789,91	23.831.600,15	23.780.178,17
Lei Complementar 141/2012 (15 %)	3.012.611,61	3.360.718,487	3.574.740,02	3.567.026,73
Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde-SUS	2.181.058,00	905.074,96	1.657.667,03	4.805.321,07
Provenientes da União	2.149.896,20	905.074,96	1.657.667,03	4.805.321,07
Provenientes do Estado	31.161,80	0	0	0

SIOPS

As despesas empenhadas no período 2017-2020, tiveram pequena variação, e pelas características do Município o maior volume de recursos investidos é na Atenção Básica, conforme fica demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 112 DESPESAS EMPENHADAS POR SUBFUNÇÕES, 2017-2020

Despesas Empenhadas	2017	2018	2019	2020
Atenção Básica	7.059.796,95	4.394.027,56	7.146.270,90	7.076.402,25
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	24.128,68	25.785,55	17.427,40	93.569,56
Suporte Profilático e Terapêutico	0	2.424.763,20	0	0
Vigilância Sanitária	0	0	0	0
Vigilância Epidemiológica	0	0	0	0
Alimentação e Nutrição	0	0	0	0
Outras Subfunções	0	0	0	0
Total	7.083.925,63	6.844.576,31	7.163.698,30	7.169.971,81

SIOPS

A tabela na sequência apresenta a diferença entre o valor executado e o limite mínimo constitucional que deve ser empregado no financiamento da saúde pelo município.

Tabela 113 DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL, 2017-2020

Indicador	2017	2018	2019	2020
Valor referente à diferença entre o valor executado e o limite mínimo constitucional	3.472.999,10	2.970.875,15	1.054.869,01	1.659.498,69

SIOPS

Os indicadores financeiros agregam uma série de informações que sintetizam os vários aspectos da movimentação orçamentária da Saúde. Entre os indicadores relatados, estão o investimento per capita e o percentual que representa a despesa com pessoal, com tendência de redução proporcional. Também, por último, o percentual de recursos próprios investidos em saúde, conforme a Lei Complementar 141/2012, que atesta repasses superiores aos 15 %. Foi acrescido para efeitos comparativos uma coluna com os valores médios dos Municípios do estado verificados no ano de 2020.

Tabela 114 INDICADORES FINANCEIROS DA SAÚDE, 2017-2020

N	Indicador	2017	2018	2019	2020	Média* PR 2020
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	7,50 %	8,33 %	7,43 %	7,38 %	19,18 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	91,87 %	91,35 %	80,92 %	81,60 %	65,12 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	9,34 %	4,92 %	5,94 %	14,60 %	16,81 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	90,43 %	76,74 %	100,0 %	100,00 %	86,06 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	17,42 %	7,99 %	12,91 %	26,48 %	29,16 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	72,61 %	85,36 %	69,15 %	60,63 %	54,68 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.129,52	R\$ 1.098,55	R\$ 1.196,80	R\$ 1.210,79	R\$ 1.029,22
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	49,72 %	42,65 %	48,92 %	46,23 %	44,87 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	5,14 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,85 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	28,20 %	0,00 %	23,98 %	20,37 %	31,9 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,81 %	0,00 %	8,99 %	8,92 %	3,49 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	-
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	33,45 %	17,17 %	23,15 %	67,05 %	44,55 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	32,29 %	28,25 %	19,42 %	21,97 %	22,59 %

SIOPS *MÉDIA ENTRE OS MUNICÍPIOS DO PR ANO 2020

Segundo⁶² a Portaria 3992/2017, que altera a Portaria de Consolidação 06/2017, o Órgão Setorial do Sistema Federal de Planejamento e Orçamento divulgará, anualmente, em ato específico, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento. A Tabela a seguir apresenta a execução financeira de acordo com os programas de trabalho.

⁶² Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html Acesso em 20jun2021.

Tabela 115 EXECUÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS POR BLOCO DE FINANCIAMENTO E PROGRAMA DE TRABALHO, 2020

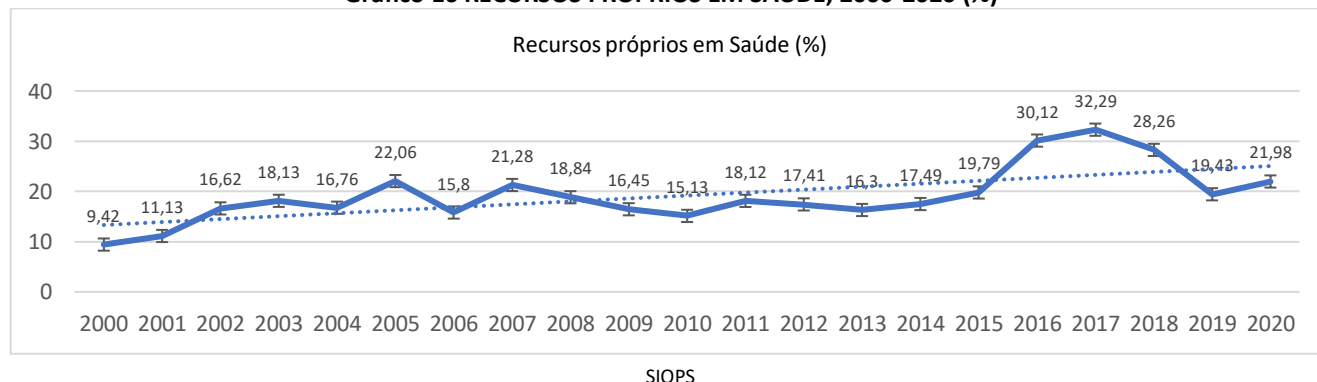
Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho	Valor Transferido	Valor Executado
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)	10122501821C0 - Enfrentamento da emergência de saúde - nacional (crédito extraordinário)	10.425,00	0
	10122501821C0 - Enfrentamento da emergência de saúde - nacional (crédito extraordinário)	945.334,41	258.756,7
	103012015219A - Piso Da Atenção Básica Em Saúde	6.000,00	5.524,16
	10301501920YI - Implementação de políticas de atenção à saúde	205,58	218,00
	103015019219A - Piso Da Atenção Básica Em Saúde	1.022.098,21	776.481,28
	1030150192E79 - Expansão e consolidação da atenção básica	8400	0
	1030150192E89 - Apoio a manutenção de unidades de saúde	100.000,00	77.815,00
	1030220158585 - Atenção à saúde da população para procedimentos no MAC	13.125,00	0
	1030250188585 - Atenção à saúde da população para procedimentos no MAC	223.521,00	58.804,5
	10303201520AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS	6.000,00	0
	10303501720AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS	24.000,00	0
	10304502320AB - Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios para execução de ações de vigilância sanitária	13.516,80	13.146,91
	10305502320AL - Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios para a vigilância em saúde	23.398,26	20.905,13
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)			

SMS-ADP RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO/2020

Percentual de Recursos Próprios Investidos em Saúde

A Lei Complementar 141/2012⁶³, preconiza em seu que, Artigo 7º, que, os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. A origem desta determinação está na Emenda Constitucional 29/2000, que definiu esse quantitativo a ser investido pelos Municípios. O gráfico a seguir apresenta a série histórica do % de investimentos do Município, no período 2000-2021, sendo que a média foi 21,1 %.

Gráfico 16 RECURSOS PRÓPRIOS EM SAÚDE, 2000-2020 (%)



⁶³ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm Acesso em 20jun.2021.

Previne Brasil

É importante ressaltar, que a partir de 2020, com a implantação do Previne Brasil, como novo modelo de financiamento da saúde, no âmbito da Atenção Primária, conforme Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, os repasses serão feitos mediante 03 modalidades: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas, cujos repasses estão registrados nas tabelas a seguir, relativos à competência dezembro de 2020.

O Município está na tipologia Rural Adjacente do IBGE, cujo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família é de 2750 pessoas, considerando as equipes de Saúde da Família (eSF).

I - Capitação Ponderada

O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 116 CAPITAÇÃO PONDERADA, DEZEMBRO/2020

Nº de equipes		Nº de pessoas cadastradas consideradas para cálculo			Nº de Pontos		Total de Pontos	Valor Calculado R\$
Nº de ESF	População	Teto do Cadastro	COM critério de vulnerabilidade	SEM critério de vulnerabilidade	Pontos COM critério de vulnerabilidade	Pontos SEM critério de vulnerabilidade		
3	5.919	5.919	2.140	3.779	4.033.9	5.479.55	9513.45	40.035,77

MS/E-GESTOR VULNERABILIDADE SOCIOECONOMICA: Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos. O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.

A Portaria Nº 172, de 31 de Janeiro de 2020⁶⁴ dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE.

Tabela 117 PER CAPITA DE TRANSIÇÃO, DEZEMBRO/2020

População	Valor
5.919	R\$ 2.934,84

MS/E-GESTOR

II – PAGAMENTO POR DESEMPENHO

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

- O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.

⁶⁴ Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930>

- O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe.

Tabela 118 INCENTIVO FINANCEIRO REFERENTE AO PAGAMENTO POR DESEMPENHO – ISF, 2QUADRI/2020

Indicadores Ciclo 2020	Resultado do Indicador	Meta	Pontuação do Indicador	Ponderação	Resultado Ponderado	Nota ISF	% do incentivo financeiro
Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	52	60	8.67	1	.87	5.06	50.6
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	57	60	9.5	1	.95		
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	39	60	6.5	2	1.3		
Cobertura de exame citopatológico	11	40	2.75	1	.28		
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de Pentavalente	61	95	6.42	2	1.28		
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	5	50	1	2	.2		
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	9	50	1.8	1	.18		

MS/E-GESTOR NOTA TÉCNICA

Tabela 119 PAGAMENTO POR DESEMPENHO, DEZEMBRO/2020

Quadrimestre de Referência	Nota do ISF	Equipes eSF	Valor do pagamento por desempenho - ISF	Valor adicional referente a 100% dos indicadores*	Parcela Extra**	Valor Total
2020Q2	4,36	3	R\$ 4.218,30	R\$ 5.456,70	R\$ 14.418,76	R\$ 24.093,76

MS/E-GESTOR NOTA: *Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020; **Portaria GM/MS Nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020

III – AÇÕES ESTRATÉGICAS

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde. As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações.

Tabela 120 AÇÕES ESTRATÉGICAS, DEZEMBRO/2020

ESB Custeio	ACS	ACS (Parcela Extra)	Valor
R\$ 11.038,50	R\$ 2.800,00	R\$ 2.800,00	R\$ 16.638,50

MS/E-GESTOR

Tabela 121 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, DEZEMBRO/2020

Qt. ACS (95% e 5%)	Valor ACS (95% e 5%)	Parcela Extra
12	R\$ 16.800,00	R\$ 15.400,00

MS/E-GESTOR

Tabela 122 INFORMATIZA-SUS

Competência Financeira	Valor
DEZ/2020	R\$ 6.000,00
MS/E-GESTOR	

Tabela 123 SAÚDE NA HORA EMERGENCIAL (COVID-19 CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)

Competência Financeira	Qt. USF 75H	Valor
DEZ/2020	1	R\$ 30.000,00
MS/E-GESTOR		

Tabela 124 CENTROS DE ATENDIMENTO (COVID-19 CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)

Competência Financeira	Qt. Pagos Modalidade I	Valor
DEZ/2020	1	R\$ 60.000,00
MS/E-GESTOR		

COVID-19

No âmbito do financiamento houve situação especial em relação a Pandemia de Covid-19, com repasses de recursos através de várias Portarias. Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS conforme Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19), que somou para o Município um montante de R\$ 957.172,41.

Tabela 125 RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS A COVID-19, 2020

Descrição do recurso	Valor do Recurso
Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS conf. Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	957.172,41
Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS nos blocos de manutenção e estruturação não específicas para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	0,00
Recursos advindos de transposição de saldos financeiros de exercícios anteriores provenientes de repasses federais do FNS aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios conf. LC 172/2020.	0,00
Recursos advindos da União, na forma de auxílio financeiro, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, no exercício de 2020, e em ações de enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). Conforme LC 173/2020	0,00
Recursos advindos da União, na forma de prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). MP 938/2020	0,00
Outros recursos advindos de transferências da União	0,00
Total de recursos advindos de transferência da união para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - CORONAVIRUS (COVID-19)	957.172,41

SMS-ADP - RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) - 2020

7 | GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

O Brasil enfrenta grandes desafios relacionados à disponibilidade, à distribuição e ao desempenho de sua força de trabalho em saúde, assim como na formação e na prática profissionais. A força de trabalho de saúde disponível é menor do que em países com um nível similar de desenvolvimento e bem abaixo da média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por exemplo, segundo a OPAS, 2018).

O quadro geral de servidores da Saúde no Município é de 67 profissionais. Destes 60 % são efetivos, 30 % cargos em comissão e o restante outros vínculos conforme Tabela na sequência.

Tabela 126 CATEGORIAS PROFISSIONAIS E VÍNCULOS, 2021

Profissional	Carga Horária	Estatutário	Contrato	Cargo Comissão	3 ^{do} .	Total	%
Agente Comunitário de Saúde	40h	11	2	3		16	23,9%
Agente Endemias	40h	3	1	0		4	6,0%
Assistente Administrativo	40h	3		2		5	7,5%
Auxiliar de Saúde Bucal	40h	2		1		3	4,5%
Auxiliar de Enfermagem	40h	11		3		14	20,9%
Dentista	40h	2	1			3	4,5%
Enfermeiro	40h	2		0	5	7	10,4%
Farmacêutico	40h	0		1		1	1,5%
Farmacêutico-Bioquímico	40h	1				1	1,5%
Fisioterapeuta	30h	0	1			1	1,5%
Médico	20h	1				1	1,5%
Médico	40h	3			1	4	6,0%
Recepcionista	40h	1		5		6	9,0%
Técnico de Enfermagem	40h	0	1			1	1,5%
Total	-	40	6	15	6	67	100%
		59,7%	8,9%	22,4%	9%	100%	

SMS

Em relação aos seriam Profissionais seriam necessários: 01 Fisioterapeuta 40h, 01 psicólogo 40h, 01 nutricionista 20h, 01 dentista 40h, 01 médico 20 h, 01 ortopedista 4h, psiquiatra 4h, ginecologia 20h, 05 Auxiliar de enfermagem 40h, 05 ACS 40h. O Município também não dispõe de Médico Veterinário. Necessário implantar o plano de carreira.

Educação Permanente em Saúde

O processo atual que se configura no campo da Educação Permanente em Saúde (EPS) foi desencadeado a partir da Portaria GM/MS 3194 de 28 de novembro de 2017, que Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde, e relaciona o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social. Tem por objetivo a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se,

portanto, para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local.

A institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como marco referencial a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, posteriormente foi editada a Portaria GM/MS 1.996/07, que dispõe sobre as diretrizes da PNEPS⁶⁵.

É necessário que o Município elabore seu Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, conforme preconiza a Portaria GM/MS 3194 de 28 de novembro de 2017.

Atualmente o Município não tem um plano próprio para educação permanente em saúde, sendo que os servidores, quando necessário participam das capacitações promovidas pelo Estado, através da Regional de Saúde.

Na análise do Relatório Anual de Gestão de 2020, registramos que, reconhecemos que o maior desafio para gestão da saúde no âmbito municipal está relacionado à organização dos serviços e processos de trabalho, considerando a utilização racional dos recursos existentes para garantir a eficiência na oferta de serviços aos usuários do SUS e a eficácia da Atenção à Saúde prestada a população, e nisso tem-se concentrado os maiores esforços da equipe de Gestão Municipal. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde pode contribuir decisivamente.

⁶⁵ O conteúdo dessas portarias foi consolidado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, do Gabinete do Ministro/MS.

8 | CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO

O Município vem fazendo investimentos na área de informática para implementação dos programas do Ministério da Saúde e os demais sistemas de informação em saúde. Os dados e indicadores são extremamente importantes para o planejamento e gestão das ações e serviços.

O Município aderiu ao Informatiza SUS.

O Informatiza APS⁶⁶ faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa vai apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, foi instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

No Plano de Governo da atual administração consta como proposta: Implantar o CONECTE SUS, onde o cidadão terá acesso a sua trajetória no SUS. Dados como: quais vacinas tomaram, atendimento, exames, internações, medicamentos usados devem ser armazenados em rede nacional (RNDS), além de disponibilizar agenda de exames e consultas.

Figura 30 COMPONENTES DA REDE NACIONAL DE DADOS EM SAÚDE



CONASS

É parte também do Programa de Governo na área de inovação:

- O Programa de Estágio que tem como objetivo proporcionar aos estudantes de nível técnico e universitário a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos acadêmicos, de forma a prepará-las para o mercado de trabalho.
- Buscar e firmar convênios com Instituições Universitárias Públicas e Privadas para trabalhos extracurriculares e pesquisas científicas.

⁶⁶ Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>. Acesso em 10 ago. 2021.

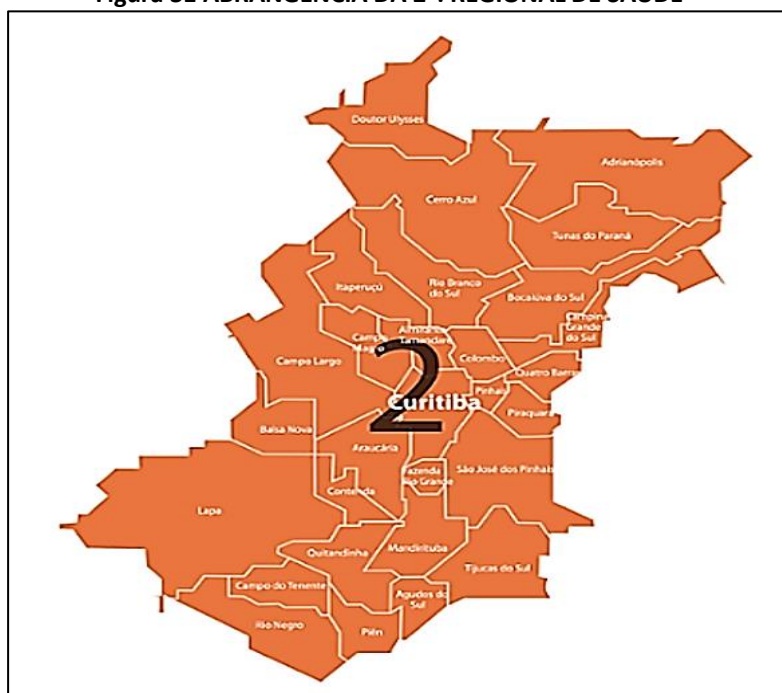
9 | GESTÃO

9.1 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização⁶⁷ é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. Na década de 1990, a implantação do SUS foi marcada pela descentralização que redefiniu responsabilidades entre os entes governamentais e resultou na transferência de funções antes concentradas na União para os estados e, principalmente, os municípios. A descentralização foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Entretanto, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas no território.

O Município de Adrianópolis pertence a 2ª Regional de Saúde Metropolitana a qual possui 29 municípios de abrangência. Com base nos Princípios Organizacionais do SUS – Regionalização e Descentralização – e no papel preponderante de coordenador do SUS Estadual, define uma territorialização imparcial, justa e resolutiva, descentralizando parte de suas atribuições para unidades administrativas desconcentradas, chamadas de Regionais de Saúde, responsáveis por uma determinada região, que têm como pressuposto imprimir eficiência e efetividade à descentralização do sistema e serviços de saúde, promovendo a articulação e a otimização da oferta e do acesso às ações e serviços de saúde de forma resolutiva e equânime.

Figura 31 ABRANGÊNCIA DA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE



SESA PR

⁶⁷ Disponível em <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/35859> Acesso em 05 ago. 2021.

Quadro 14 MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 2ª. REGIONAL DE SAÚDE – METROPOLITANA (CURITIBA)

Município	Área (Km²)	População (Hab.)	Densidade
Adrianópolis	1.349,338	5.857	4,34
Agudos do Sul	192,228	9.470	49,26
Almirante Tamandaré	195,145	120.041	615,14
Araucária	,469,166	146.214	311,65
Balsa Nova	396,914	13.092	32,98
Bocaiúva do Sul	826,344	13.129	15,89
Campina Grande do Sul	539,861	43.685	80,92
Campo do Tenente	304,489	8.045	26,42
Campo Largo	1.249,422	133.865	107,14
Campo Magro	275.466	29.740	107,96
Cerro Azul	1.341,187	17.833	13,30
Colombo	198,007	246.540	1.245,11
Contenda	299,037	18.837	62,99
Curitiba	434,967	1.948.626	4.479,94
Doutor Ulysses	781,447	5.552	7,10
Fazenda Rio Grande	116,676	102.004	874,25
Itaperuçu	312,382	29.070	93,06
Lapa	2.045,893	48.410	23,66
Mandirituba	379,179	27.315	72,04
Pinhais	61,007	133.490	2.188,11
Piraquara	227,56	114.970	505,23
Piên	254,903	12.882	50,54
Quatro Barras	179,538	23.911	133,18
Quitandinha	447,023	19.221	43,00
Rio Branco do Sul	814,361	32.517	39,93
Rio Negro	603,246	34.411	57,04
São José dos Pinhais	945,717	329.058	347,95
Tijucas do Sul	672,197	17.084	25,42
Tunas do Paraná	668,481	9.022	13,50
Total	16.353,621	3.693.891	225,87

SMS - ADRIANOPOLIS PR – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO/2020

9.2 PLANEJAMENTO

O planejamento no SUS⁶⁸ é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais. Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e

⁶⁸ Manual de Planejamento do SUS.

nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal. A norma que operacionaliza o Planejamento no SUS é a Portaria 2135/2013, incorporada na Portaria de Consolidação 01/2017.

O Município não tem um processo sistematizado de planejamento, no entanto executa o ciclo através dos instrumentos de Gestão, elaborando o Plano Municipal de Saúde, anualizando as metas através da Programação Anual de Saúde (PAS), monitoramento das metas através dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e a avaliação na construção do Relatório Anual de Gestão (RAG).

- **Planejamento Regional Integrado (PRI)**

A SESA PR iniciou, em 2018, em conjunto com o Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), o processo de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI). O PRI é um processo de planejamento ascendente e participativo que visa fortalecer as regiões/macrorregiões na organização do SUS. A construção de Planos Regionais/ Macrorregionais de Saúde deverá estar baseada nos diagnósticos e no levantamento das necessidades que estarão contemplados no PES 2020-2023. O PRI tem papel fundamental na estruturação da RAS, fortalecendo, em especial, a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

De acordo com documento aprovado pela CIB⁶⁹, as diretrizes estabelecidas para o Planejamento Integrado são: implementar modelo de Atenção à Saúde que atenda às necessidades da população paranaense, por meio da Rede de Atenção à Saúde, desenvolvendo a Atenção Básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado; buscar financiamento tripartite adequado; fortalecer a relação solidária e cooperativa entre os entes federados na organização das ações e serviços da saúde; fortalecer os espaços de pactuação entre os entes federados no processo de governança da RAS, e fortalecer a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde no processo de organização das ações e serviços de saúde na perspectiva da regionalização.

9.3 CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

O Controle Social é regido pela Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Está caracterizado pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS, e as Conferências de Saúde. Os Conselhos foram constituídos para formular ações para fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde que estão regulamentadas na Portaria 518/2004, de modo articulado e efetivo.

9.3.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Adrianópolis (CMS) foi criado pela Lei 740 de 22 de fevereiro de 2011.

O CMS é uma instância colegiada superior, deliberativa, de caráter permanente, representativa, normativa, consultiva e fiscalizadora das ações e dos serviços de Saúde, inclusive nos aspectos

⁶⁹ CIB Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação Nº 318 – 11/10/2018.

econômicos e financeiros. Decide sobre as matérias de que tratam sobre assuntos que lhe são submetidos e também atua nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. Reúne-se ordinariamente todas as primeiras quintas feiras do mês.

Os principais temas debatidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de 2020, estão registrados no quadro a seguir:

Quadro 15 REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020

Nº	Data	Assuntos Debatidos (Pauta)
1	05/03/2020	Programação Anual de Saúde (PAS 2020), Relatório Anual de Gestão (RAG 2019)
2	08/05/2020	SISPACTO 2020, Resolução SESA 644/2020
3	22/07/2020	Resolução SESA 644/2020 Troca de Objeto
4	03/09/2020	Aprova as Ações de Enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID 19), para constar no Plano Municipal de Saúde 2018-2021

ATAS DO CMS-ADRIANOPOLIS

Quadro 16 RESOLUÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020

Nº	Data	Finalidade
1	05/03/2020	PAS 2020
2	05/03/2020	RAG 2019
3	08/05/2020	Aprovar a Adesão ao Incentivo Financeiro de Investimento para o Transporte Sanitário conforme Anexo I – Resolução SESA Nº 644/2020.
4	08/05/2020	SISPACTO 2020
5	03/09/2020	Aprova as Ações de Enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID 19), para constar no Plano Municipal de Saúde 2018-2021
6	29/05/2020	APROVAR, pela unanimidade dos presentes, o Relatório de Prestação de Contas dos Recursos Financeiros aplicados na área da saúde e do Relatório de Atividades da área da saúde, contendo a oferta e produção dos serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, relativos ao Primeiro Quadrimestre do exercício de 2020.
7	30/09/2020	APROVAR, pela unanimidade dos presentes, o Relatório de Prestação de Contas dos Recursos Financeiros aplicados na área da saúde e do Relatório de Atividades da área da saúde, contendo a oferta e produção dos serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, relativos ao Segundo Quadrimestre do exercício de 2020.

ATAS DO CMS-ADRIANOPOLIS

9.3.1 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Município tem realizado periodicamente a sua Conferência de Saúde a cada 4 anos, sendo que a última foi no dia 30/03/2019, tendo como tema central “Democracia e Saúde, Consolidação e Financiamento do SUS”.

Os temas foram debatidos na forma de grupos de trabalho, sendo 3 Eixos: Eixo 1 - Saúde como direito: Desafios e perspectivas para o fortalecimento do SUS; Eixo 2 – Financiamento: garantia de recursos e investimentos em saúde e Eixo 3 – Controle Social na Saúde: consolidando os princípios do SUS, os avanços e a importância da Democracia na defesa da Saúde.

9.3.2 OUVIDORIA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A Ouvidoria da Saúde deve constituir-se em setor diretamente ligado ao Gestor, exercida por servidor efetivo, e tem como objetivo receber demandas dos usuários, tais como, denúncias, solicitações, informações, sugestões, elogios e reclamações. Funcionar em local apropriado nas dependências da SMS, com infraestrutura necessária e disponibiliza e-mail e telefone para os registros assim como recebe demandas pessoalmente.

A Ouvidoria da Saúde do Município ainda não está plenamente implantada.

Satisfação dos usuários

A SMS disponibiliza atualmente nas unidades de atendimento urnas de recebimento de demandas.

9.4 ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2012)⁷⁰ é uma ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no país. Criado pelo MS, o índice avaliou entre 2008 e 2010 os diferentes níveis de atenção (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência), verificando como está a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população.

No Estado do Paraná o indicador variou entre 4,39 e 7,93.

O Município de Adrianópolis atingiu um índice de 6,79 ficando na 96ª posição no Estado.

Figura 32 INDICADORES IDSUS 2008-2010

1. Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	2. Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal
3. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
5. Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	6. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
7. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente
11. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	12. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
13. Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	14. Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes
15. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	16. Proporção de procedimentos de média complexidade realizados para não residentes
17. Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB	18. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita
19. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	20. Proporção de cura de casos novos de hanseníase
21. Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	22. Proporção de Parto Normal
23. Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	24. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

⁷⁰ Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29669>.

Tabela 127 RESULTADOS IDSUS, ADRIANOPOLIS, 2012

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nota	6,79	10,00	10,00	0,00	4,68	7,94	3,50	10,00	6,12	3,70	6,94	1,99
Indicador	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Nota	5,31	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00		8,56	10,00	10,00	7,52	10,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE

9.5 INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Nova Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria que Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 a define, estabelece em seu Art. 5º que A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Ainda, a Portaria complementa, quando trata da territorialização, que além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e
- vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes. Dessa maneira compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

Segundo a SESA PR⁷¹, A relação de parceria entre VS e APS está presente:

- a) no monitoramento e no controle de vetores, na investigação de óbitos,
- b) na coleta de dados de fichas de doenças e agravos de notificação compulsória,
- c) em ações estratégicas como Programa Nacional de Imunização;
- d) Atenção à Mulher e Materno-Infantil;
- e) Prevenção da Dengue,
- f) do Controle da Tuberculose, da Sífilis,
- g) das Hepatites e da Hanseníase;
- h) e articulações intersetoriais nas quais a integração é obrigatória para a efetividade das ações.

A integração entre as ações da Atenção e Vigilância em Saúde por meio da compatibilização dos territórios de atuação para a identificação conjunta dos condicionantes e determinantes da saúde da população sob a lógica da RAS, contemplando as especificidades de cada região, é um dos pilares para promover ações sinérgicas e sustentáveis para alcançar a integralidade do cuidado.

9.6 REGULAÇÃO, AUDITORIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A regulação no SUS⁷² está organizada e definida através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação. As ações desta política estão organizadas em três dimensões de atuação, interligadas e integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Esta última pode também ser denominada de regulação do acesso ou regulação assistencial.

O Complexo Regulador envolve as centrais / locais de Regulação de Consultas e Exames Especializados, Internações Hospitalares e de Urgências. As atribuições do Complexo Regulador, conforme a Política Nacional de Regulação, são:

- Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas dos estabelecimentos de assistência à saúde
- Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos
- Efetivar o controle dos limites físicos e financeiros
- Estabelecer e executar critérios de classificação de risco
- Executar a regulação médica do processo assistencial

O Estado do Paraná, em 1995, iniciou o Complexo Regulatório com a regulação ambulatorial e hospitalar. No decorrer dos anos este Complexo passou por alterações e mudanças.

Neste momento, o Estado do Paraná encontra-se em processo de implantação do sistema informatizado de regulação Care Paraná. O funcionamento é on-line e abrangerá os seguintes módulos:

- Regulação ambulatorial de consultas e exames especializados
- Regulação de internação hospitalar
- Regulação eletivo
- Regulação faturamento – AIH
- Regulação faturamento – APAC
- SAMU

⁷¹ Plano Estadual de Saúde do Paraná, 2020-2023.

⁷² Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Sistema-Estadual-de-Regulacao>. Acesso em 15 jul.2021.

No Município, é operado o componente municipal da Regulação através da Central de Marcação de Consultas que é a responsável pelo agendamento de consultas especializadas e atendimento ao público em geral, com horário de funcionamento e atendimento das 08h às 17h.

9.7 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto de ações envolve seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento e da avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados em saúde e da melhoria da qualidade de vida da população.

As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) relativas aos medicamentos estão definidas em três componentes: básico, estratégico e especializado. As características de cada componente e as atribuições de cada ente constam no quadro seguinte.

Quadro 17 COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES

	Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
Finalidade	Medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária	Medicamentos para tratamento de doenças de relevância epidemiológica	Medicamentos para tratamento de doenças e agravos menos prevalentes e com alto impacto financeiro
Financiamento	Federal: R\$ 5,58/habitantes/ano	Federal	Federal: Grupos 1A e 1B
Competência	Federal: aquisição e distribuição aos Estados de contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher e de Insulinas NPH e Regular Estadual: recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios dos produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde Municipal: aquisição dos medicamentos do elenco do CBAF; recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários de todos os medicamentos (adquiridos pelo município ou pelo Ministério da Saúde)	Federal: aquisição e distribuição aos Estados Estadual: recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios Municipal: recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários	Federal: aquisição e distribuição aos Estados dos medicamentos do Grupo 1A Estadual: aquisição dos medicamentos dos Grupos 1B e 2; armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários dos medicamentos dos grupos 1A, 1B e 2 Municipal: aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários dos medicamentos do Grupo 3 (previstos no CBAF)
Local de acesso	Municipal: farmácias de Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Municipal: farmácias de Unidades Básicas de Saúde	Estadual/Municipal: farmácias das Regionais de Saúde e farmácias UBS

SESA PR (PES 2020-2023)

A Assistência Farmacêutica dentro da Atenção Primária é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, onde utiliza-se como base, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Município de Adrianópolis recebe do governo Federal e Estadual repasses financeiros para compra de medicamentos e insumos necessários para automonitoramento da glicemia.

A Secretaria tem padronizado 231 medicamentos na REMUME⁷³, aprovado pela Resolução No. 07 de 24 de outubro de 2017 pelo Conselho Municipal de Saúde de Adrianópolis e pelo Decreto Nº 047/2017 de 25 de outubro de 2017. Há necessidade ainda da formação da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Assistência Farmacêutica possui como estrutura física uma Farmácia Básica Central informatizada em anexo a Secretaria de Saúde e Central de Abastecimento Farmacêutico (almoxarifado).

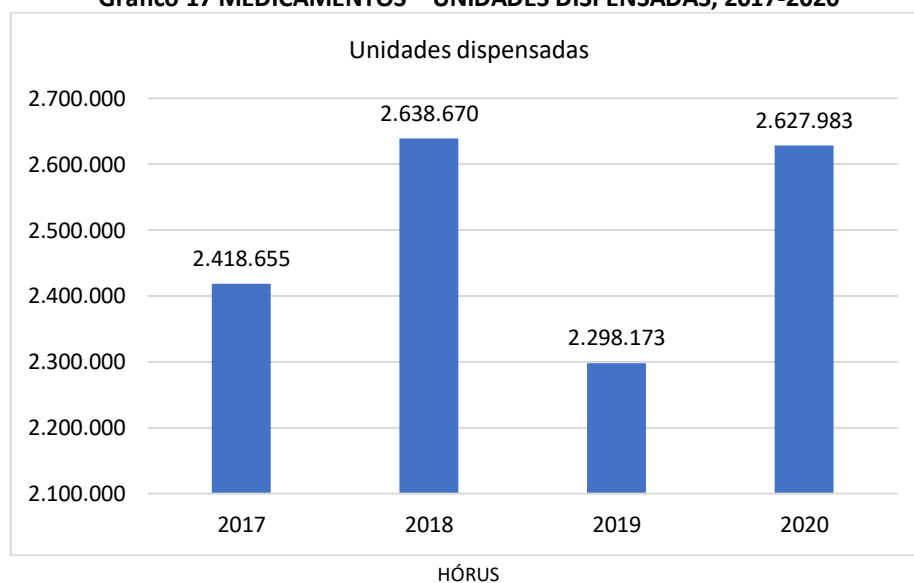
Os medicamentos são adquiridos por licitação e consórcio. Entre os anos de 2017 e 2020, foi distribuído uma média de 2.495.870 unidades, correspondendo a uma média per capita equivalente a 419 unidades.

Tabela 128 UNIDADES DISPENSADAS DE MEDICAMENTOS PELO MUNICÍPIO, 2017-2020

Ano	2017	2018	2019	2020	Média
Unidades dispensadas	2.418.655	2.638.670	2.298.173	2.627.983	2.495.870
Unidades per capita	400	441	388	449	419
Evolução percentual	-	+10 %	-12 %	+16%	-

HÓRUS

Gráfico 17 MEDICAMENTOS – UNIDADES DISPENSADAS, 2017-2020



Para estruturação do serviço de AF, o Município recebeu recursos do QUALIFAR-SUS e do Incentivo para a Assistência Farmacêutica pela Secretaria Estadual de Saúde, para custeio e investimento, visando a qualificação das atividades e das estruturas.

As principais demandas na área de Assistência Farmacêutica são recursos humanos e o aprimoramento da estrutura.

⁷³ REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

9.8 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde⁷⁴ é entendida como o fenômeno das ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS) que demandam o fornecimento de tratamentos médicos com base no direito constitucional à saúde. Ordens judiciais para fornecimento de tratamentos podem ter um impacto proporcionalmente muito maior em municípios, que geralmente possuem orçamentos muito menores que o de estados ou do governo federal. Algumas poucas ações de tratamentos de alto custo – às vezes uma única ação – já bastam para comprometer uma parcela enorme de orçamentos municipais de saúde, afetando outros serviços e usuários.

Municípios, sobretudo os de pequeno porte, também têm mais dificuldade para conseguir os recursos humanos com conhecimento técnico especializado em direito e políticas de saúde para melhor prevenir e responder a ações judiciais. A judicialização da saúde requer um conhecimento específico e multidisciplinar que nem sempre está disponível a todos os municípios.

A judicialização da saúde traz desafios financeiros, administrativos, logísticos e jurídicos para os entes federativos quando obriga um ente a fornecer tratamentos que não estão necessariamente sob sua responsabilidade no desenho da política pública. Afinal, deve um ente se responsabilizar por custear, adquirir e fornecer um tratamento quando a responsabilidade por uma ou todas essas atribuições é de outro ente? E mais, de quem é a responsabilidade quando um tratamento concedido judicialmente não faz parte da política (não incorporado) e, pelas regras do SUS, não é de responsabilidade de nenhum ente? O STF buscou dar uma resposta definitiva a essa questão em 2019 na sua decisão nos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 855.178/2019. Essa decisão fixou a seguinte tese no Tema de Repercussão Geral 793:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

O Município não tem recebido demandas significativas de ordem judicial para fornecimentos de serviços ou medicamentos aos usuários.

9.9 CONTROLE INTERNO

O Sistema de Controle Interno⁷⁵ consiste em um plano organizacional de métodos e procedimentos, de forma ordenada, para salvaguardar os ativos; obter informações oportunas e confiáveis; promover a eficiência operacional; assegurar a observância de leis, normas e políticas vigentes; e estabelecer mecanismos de controle que possibilitem informações à sociedade e impeçam a ocorrência de fraudes e desperdícios na gestão da coisa pública.

⁷⁴ Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha_2_PROVA-3-1.pdf Acesso em 4 ago. 2021.

⁷⁵ Plano Estadual de Saúde PR – 2020-2023.

10 | CONCLUSÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL

O Município de Adrianópolis, de pequeno porte populacional e grande área territorial faz parte da Região Metropolitana de Curitiba. Está em decréscimo populacional, porém tem taxa de natalidade praticamente igual à do Estado. A taxa de crescimento geométrico é negativa, muito inferior à média regional que apresenta crescimento. Em torno de 60 % da população vive em áreas rurais. Em seu território apresenta População Quilombola expressiva e Populações Expostas aos Resíduos Químicos do Chumbo.

No campo econômico conta com uma grande empresa na área de extração e produção de cimento. Apesar disso, tem PIB per capita inferior à média regional, porém ligeiramente superior à média dos municípios do Estado. Durante muitos anos teve o predomínio do extrativismo de Chumbo. Segundo o IBGE, em 2018, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 19.2%.

Os indicadores socioeconômicos o colocam em posição inferior no ranking dos 399 municípios do Estado, sendo o Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M) na posição 331, o Índice IPARDES de Desenvolvimento Econômico, posição 217 e o Índice Gini, que representa a distribuição de renda, situado na posição 339. A taxa de analfabetismo é alta, muito superior à média dos municípios do Estado.

Em sua estrutura de saúde, possui um Pronto Socorro e 03 Unidades de Saúde da Família cobrindo 100 % da população. Uma equipe de ESF urbana e duas na área rural. Há necessidade de reformas em suas estruturas de atendimento, especialmente no Pronto Socorro. Possui uma Unidade do SAMU e não conta com estabelecimento hospitalar próprio, referenciando para Campina Grande do Sul, Campo Largo e Curitiba seus internamentos. É associado ao Consórcio Intermunicipal da Região Metropolitana (COMESP). O Município tem grande demanda reprimida na área de consultas e exames especializados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apontava 378 pessoas com Plano de Saúde. Isso equivale a 6,45 % da população. No Estado do Paraná essa taxa é de 25,3 %.

Na área de recursos humanos há necessidade de contratação de mais profissionais, incluindo categorias inexistentes atualmente como por exemplo, psicólogo.

Em relação ao perfil epidemiológico o Município apresenta resultados favoráveis quando comparado ao Estado, nos quesitos peso ao nascer, tipo de parto, mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos. Por outro lado, resultados desfavoráveis foram verificados para a gravidez na adolescência, consultas de pré-natal, mortalidade geral e mortalidade por causas externas. Em outros indicadores não houve significativa diferença entre Município e Estado, como taxa de natalidade, mortalidade materna e idade fértil.

No que se refere a Pactuação Interfederativa, no período 2017-2020, em todos os anos o número de indicadores atingidos foram 14, dos 20 pactuados, ou seja, uma eficácia de 70 %. Resultados negativos para alguns indicadores tem se repetido, como por exemplo Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

No que tange ao financiamento o Município tem investido recursos próprios em saúde acima do mínimo considerado pela Lei, sendo que na média 2017-2020, atingiu 25,48%, portanto muito superior aos 15 % preconizados. Em 2020, o investimento per capita foi de R\$ 1.210,79 superior em 18 % a média dos municípios do Estado que foi equivalente a R\$1.029,22.

2ª PARTE – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Considerações iniciais⁷⁶

Com a análise situacional elaborada, é possível avançar na identificação e definição das diretrizes e prioridades que comporão o Plano de Saúde e todos os demais instrumentos de planejamento. É bom lembrar que as diretrizes serão definidas visando responder às necessidades de saúde da população, identificadas na análise situacional e, por isso mesmo, mantêm relação com os temas que orientaram a construção da análise situacional.

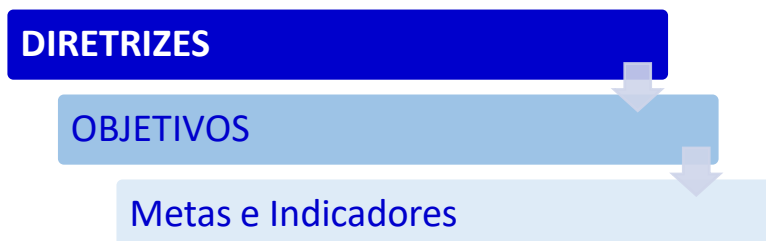
Nesta etapa são consideradas as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; os determinantes e condicionantes de saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento.

Diretrizes: Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.

Objetivos: Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

Metas: Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

Indicadores: Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.



⁷⁶ Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS.

PLANO DE GOVERNO 2021-2024

AÇÕES PARA ÁREA DE SAÚDE

- Implantar atendimento de especialidades no Centro de Saúde.
- Realizar um levantamento das especialidades com demanda reprimida, e trazer o especialista pela realização de uma triagem no próprio município.
- Manter os programas e projetos em funcionamento atualmente.
- Adquirir um Ultrassom para o Centro de Saúde.
- Com a Aquisição do equipamento, realizar capacitação dos profissionais médicos, para podermos realizar exames em tempo real.
- Pleitear junto às demais esferas do governo a ampliação das parcerias na busca demais recursos para o Município.
- Promover capacitações dos serviços e profissionais da saúde a fim de garantir a melhoria e a humanização do atendimento na rede de saúde pública assegurando uma postura de atenção e cuidado que responda afetivamente a expectativa da população.
- Implantação de uma Upa - Unidade de Pronto Atendimento.
- A unidade de Pronto Atendimento será separada da Unidade Básica, onde todos os atendimentos de urgências e emergências serão realizados, assim não prejudicando o andamento das atividades a atenção básica.
- Cursos intensivos para capacitação na atuação de agentes de saúde e agentes de endemias.
- Aprimorar a distribuição gratuita de medicamentos para doenças como pressão alta, diabetes, colesterol e outros na rede de saúde ou em domicílio.
- Implantar o sistema de entrega de medicamento em domicílio para pacientes acima de 60 anos impossibilitados de comparecer a UBS, para doenças acima mencionadas após cadastro.
- Promoção de campanhas itinerantes em todos os povoados, voltadas a exames oftalmológicos, diabéticos, ginecológicos e urológicos, saúde bucal.
- A Saúde itinerante levará aos bairros, atendimento médico, saúde bucal, imunização, aferição de pressão arterial, testes rápidos e de glicose, cuidados voltados a Saúde da Mulher e planejamento familiar.
- Criação do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso.
- Implantar e sistematizar o atendimento domiciliar ao idoso (pessoa com 60 anos ou mais de idade) acamado ou domiciliado.
- Planejar e implantar as ações de rotina de trabalho em equipe.
- Prestar atendimento especializado e humanizado em saúde ao idoso.
- Promover na saúde dos idosos que apresentam dificuldades no acesso físico ao atendimento ambulatorial na Unidade de Saúde.
- Ampliar campanhas de combate à violência contra a mulher e os serviços de atendimento às vítimas.
- Aprimorar programas de atenção integral à saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, do trabalhador, das pessoas com deficiência, DST/AIDS e de saúde mental.
- Fortalecer o Conselho de Saúde Municipal para incentivar maior participação da comunidade.
- Aprimorar o serviço de Informatização e integrar as unidades de serviços (agendamentos de consultas, exames, protocolos de atendimento, resultados de exames e outros serviços).
- Implantar o CONECTE SUS, onde o cidadão terá acesso a sua trajetória no SUS. Dados como: quais vacinas tomaram, atendimento, exames, internações, medicamentos usados devem ser armazenados em rede nacional (RNDS), além de disponibilizar agenda de exames e consultas.
- Implantar casa de apoio.

- A implantação da casa de apoio para moradores que residem na zona rural e que não dispõe de transporte para viagens a Curitiba e Região Metropolitana para realizar consultas e exames. Nesta casa o paciente será acomodado um dia antes e será encaminhado para a Linha da Saúde e no seu retorno também, caso chegue tarde e não tenha como se locomover, então será acomodado para o próximo dia retornar ao seu lar.
- Renovar a frota de ambulâncias e de transporte sanitário.
- Criação de estrutura física da Secretária Municipal de Saúde.
- Implantar um espaço exclusivo para Saúde da Mulher.
- Desenvolver ações voltadas à promoção da saúde da mulher com enfoque na integralidade da rede de cuidados, na humanização da assistência e no empoderamento da mulher para defesa dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Implantar o programa menor aprendiz.
- Alinhado à missão de responsabilidade social, o Programa Jovem Aprendiz tem como objetivo a capacitação teórica e prática de Jovens contribuindo para inserção de novos profissionais no mercado de trabalho e favorecendo a captação de talentos para cargos base da instituição.
- O Programa de Estágio tem como objetivo proporcionar aos estudantes de nível técnico e universitário a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos acadêmicos, de forma a prepará-las para o mercado de trabalho.
- Contratar Psicólogo para área de saúde.
- Manter a eficiência e dignidade de remoção de transporte de pacientes, especialmente aqueles que fazem hemodiálise, fisioterapia, quimioterapia e que residem no interior do município por meio da Linha da Saúde e ambulâncias.
- Implantar o sistema de painel eletrônico.
- Implantar na Linha de Saúde, um monitor para direcionar e orientar pacientes em Hospitais de Curitiba e Região.
- Buscar e firmar convênios com Instituições Universitárias Públicas e Privadas para trabalhos extracurriculares e pesquisas científicas.
- Implantar sistemas de transportes sanitários dos bairros até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município.
- Implantar a permanência dos profissionais plantonistas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), oferecendo-lhes ambiente: adequado para o cumprimento de seu horário de trabalho.
- Reduzir o tempo de espera para consulta médica no UBS do Município, contratando mais profissionais de saúde.
- Continuar em parceria com o Consórcio Metropolitano COMESP - Exames Clínicos e Laboratoriais, Consultas Médicas, Etc.

DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar o processo de gestão do financiamento em saúde

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
1.	Investir, anualmente, no mínimo 15 % dos recursos próprios em saúde	Percentual de recursos próprios investidos em saúde	21,97	2020	Percentual	15	%	15	15	15	15

Objetivo 2: Fortalecer instâncias de pactuação intergestores bipartite do SUS

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
2.	Atingir 90% de participação do gestor nas reuniões da CIB Estadual	Percentual de participação do gestor nas reuniões de CIB Estadual				90	Percentual	90	90	90	90
3.	Atingir 90% de participação do gestor nas reuniões de CIR	Percentual de participação do gestor nas reuniões de CIR				90	Percentual	90	90	90	90

Objetivo 3: Implantar e ampliar os serviços em tecnologia da informação e comunicação

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unid.	2022	2023	2024	2025
4.	Implantar o CONECTE SUS, onde o cidadão terá acesso a sua trajetória no SUS. Dados como: quais vacinas tomaram, atendimento, exames, internações, medicamentos usados devem ser armazenados em rede nacional (RNDS), além de disponibilizar agenda de exames e consultas.	Número de CONECT SUS implantado				1	No. Abs.	1	1	1	1

DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Objetivo 1: Fortalecer as ações de promoção da saúde com foco nos temas prioritários da política nacional de promoção da saúde (PNPS).

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
5.	Fazer campanha anual relacionado ao tabagismo	Número de campanhas de Tabagismo				4	No. Abs.	1	1	1	1

		realizadas									
6.	Ampliar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.	Índice de Cobertura das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	90,99	2020	%	92	%	92	92	92	92
7.	Promoção de campanhas itinerantes em todos os povoados, voltadas a exames oftalmológicos, diabéticos, ginecológicos e urológicos, saúde bucal.	Número de campanhas realizadas por ano voltadas a exames oftalmológicos, diabéticos, ginecológicos e urológicos, saúde bucal.				4	No. Abs.	1	1	1	1

Objetivo 2: Fortalecer a atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
8.	Manter em 100% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária em Saúde	Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de APS	100	2020	%	100	%	100	100	100	100
9.	Manter abaixo de 14% as internações por causas sensíveis na Atenção Primária em Saúde	Proporção de internamentos por causas sensíveis à Atenção Primária	15,6	2020	%	14	%	14	14	14	14
10.	Melhorar o índice de desempenho das equipes de ESF no Previnde Brasil	Percentual de indicadores com meta atingida no Previnde Brasil				80	%	80	80	80	80
11.	Reduzir para 8 óbitos anuais relacionados a Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	12	2020	No. Abs.	8	No. Abs.	8	8	8	8

Objetivo 3: Fortalecer a linha de cuidado em saúde bucal.

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
12.	Manter em 100 % a cobertura de saúde bucal na Atenção Primária	Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica	100	2020	%	100	%	100	100	100	100
13.	Redução para 7 % o percentual de exodontias de dentes permanentes	% de exodontias de dente permanente sobre o total de procedimentos	10,8	Média 2017-20	%	7	%	10	9	8	7

Objetivo 4: Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e colo de útero.

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
14.	Atingir a razão de exames citopatológicos do colo do	Razão entre exames citopatológicos do colo do	0,75	2019	Razão	0,75	Razão	0,75	0,75	0,75	0,75

	útero em 0,75 (Estado=0,65) ao ano na população-alvo	útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária									
15.	Atingir a razão de mamografias realizadas na população-alvo em (Estado = 0,42) ao ano.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária	0,36	2019	Razão	0,38	Razão	0,38	0,38	0,38	0,38

Objetivo 5: Qualificar e ampliar a linha de cuidado à saúde da mulher e atenção materno-infantil.

No.	Descrição da Meta	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
16.	Manter em zero o número de óbitos em menores de 01 ano	Número de óbitos em menores de 01 ano	0	2020	No. Abs.	0	No. Abs.	0	0	0	0
17.	Aumentar para 85 % o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas no pré-natal	Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	75	2020	%	85	%	85	85	85	85
18.	Reduzir para 13 % o número de gestações em adolescentes	Percentual de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos	18,6	2020	%	13	%	18	16	14	13
19.	Implantar um espaço exclusivo para Saúde da Mulher.	Número de espaço criado exclusivo par a Mulher	0	2020	No. Abs.	1	No. Abs.	1	-	-	-
20.	Manter a média de 50 % de partos normais	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	45	2020	%	50	%	50	50	50	50

Objetivo 6: Implementar a linha de cuidado em saúde mental na rede de atenção à saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unid.	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
21.	Implementar a linha de cuidado em saúde mental em parceria com Estado	Número de linha de cuidado em saúde mental implementada	0	2020	No. Abs.	1	No. Abs.	1	-	-	-

Objetivo 7: Implementar a linha de cuidado à pessoa com deficiência.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unid.	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
22.	Implementar a linha de cuidado à pessoa com deficiência em parceria com Estado	Número de linha de cuidado à pessoa com deficiência implementada.	0	2020	No. Abs.	1	No. Abs.	1	-	-	-

Objetivo 8: Implementar a linha de cuidado do idoso.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
-----	---------------------------	-----------	------------	-----	---------	----------------	---------	------	------	------	------

23.	Implementar a linha de cuidado do idoso em parceria com o Estado.	Número de linha de cuidado do idoso implementada.				1	No. Abs.	1	-	-	-
24.	Criação do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso.	Número de Programas de Atendimento Domiciliar ao Idoso criado				1	No. Abs.	1	-	-	-

Objetivo 9: Promover o cuidado integral e humanizado às pessoas em situação de violência, com foco na atenção, promoção e cuidado em saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
25.	Ampliar campanhas de combate à violência contra a mulher e os serviços de atendimento às vítimas.	Número de campanhas realizadas anualmente de combate a violência				4	No. Abs.	1	1	1	1

Objetivo 10: Promover a oferta de leite humano para todas as crianças internadas em unidades de tratamento intensivo e cuidados intermediários, para atenção integral e continuada.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
26.	Realizar anualmente uma campanha de incentivo ao aleitamento materno	Número de campanhas realizadas anualmente de aleitamento materno	1	2019	No. Abs.	4	No. Abs.	1	1	1	1

Objetivo 11: Qualificar o cuidado à criança e ao adolescente, ampliando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
27.	Manter 100 % o Município aderido ao Programa Saúde na Escola	Percentual de adesão do Município ao Programa Saúde na Escola	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
28.	Implementar o Programa Crescer Saudável	Número de Programas Crescer Saudável Implantado				1	No. Abs.	1	1	1	1

Objetivo 12: Promover a equidade em saúde no SUS a todas as populações vulneráveis

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
29.	Atender 100 % as pessoas das comunidades quilombolas	% de pessoas das comunidades quilombolas atendidas				100	%	100	100	100	100
30.	Atender 100 % as pessoas das Populações expostas aos resíduos do Chumbo	% de pessoas das pessoas expostas aos resíduos de Chumbo				100	%	100	100	100	100

Objetivo 13: Proporcionar acesso e assistência qualificada em tempo oportuno às pessoas em situação de urgência em todo o território .

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
-----	---------------------------	-----------	------------	-----	---------	----------------	---------	------	------	------	------

31.	Reduzir para 45 por 100 mil habitantes a taxa de mortalidade por causas externas, exceto agressões interpessoais	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto agressões interpessoais, por 100 mil habitantes na população residente	75,08 por 100 mil hab.	2019	Taxa	69	Taxa	100	80	60	45
32.	Manter cobertura de 100 % da população do Município pelo Samu	Índice de cobertura do Samu da população do município	100	2020	%	100	%	100	100	100	100

Objetivo 14: Fortalecer a assistência farmacêutica.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
33.	Estruturar uma Farmácia Municipal conforme as normativas sanitárias e profissionais qualificando os serviços.	Número de farmácias municipais estruturadas	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
34.	Realizar uma atualização a cada 2 anos da padronização municipal de medicamentos	Número de atualizações realizadas	0	2020	No. Abs.	02	No. Abs.	01	-	01	-
35.	Implantar o sistema de entrega de medicamento em domicílio para pacientes acima de 60 anos impossibilitados de comparecer a UBS, para doenças como pressão alta, diabetes, colesterol e outros após cadastro.	Número de sistemas de entrega de medicamentos em domicílio				01	No. Abs.	01	-	-	-

Objetivo 15: Qualificar os ambulatórios multiprofissionais especializados, contribuindo para a regionalização das ações e serviços de saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
36.	Adequar local para atendimento das especialidades - ambulatório.	Número de ambulatórios em condições para atendimento as especialidades	0	2021	No. Abs.	1	No. Abs.	1	-	-	-
37.	Realizar um levantamento das especialidades com demanda reprimida, e trazer o especialista pela realização de uma triagem no próprio município.	Número de levantamentos de demanda reprimida em especialidades realizados	0	2021	No. Abs.	1	No. Abs.	1	-	-	-
38.	Continuar em parceria com o Consórcio Metropolitano COMESP-exames clínicos e laboratoriais, consultas médicas, etc.	Número de parcerias mantidas com COMESP	1	2021	No. Abs.	1	No. Abs.	1	1	1	1
39.	Ampliar o número de consultas e exames especializados junto ao COMESP	Percentual de ampliação do número de consultas e exames no COMESP				10	%	2,5	5,0	7,5	10
40.	Ampliar em a oferta de consultas e exames especializados com outros contratos e convênios para reduzir a demanda reprimida	Percentual de ampliação do número de consultas e exames especializados				10	%	2,5	5,0	7,5	10

Objetivo 16: Garantir o acesso da população em tempo oportuno aos serviços de saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
41.	Implantar lista de espera dos pacientes para cirurgias eletivas	Número de listas implantadas				1	No. Abs	1	1	1	1

Objetivo 17: Fortalecer a gestão dos serviços próprios assistenciais.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
42.	Construção de postos avançados de apoio a saúde da Família	Número de postos de saúde				3	No. Abs	1	1	1	-
43.	Readequar e reformar as Unidade de Pronto Atendimento de Adrianópolis	Número de Unidades atendendo ao proposto no Manual de Obras do MS.				100	%	50	100	100	100
44.	Ampliação de 01 Unidade de Saúde	Número de Unidades de Saúde ampliadas				1	No. Abs	1	1	1	1
45.	Reforma de 3 unidades de saúde	Número de Unidades de Saúde reformadas				3	No. Abs	1	1	1	1
46.	Realizar manutenção e renovação gradual dos veículos utilizados para transporte sanitário.	Percentual de veículos em condições adequadas de funcionamento.				90	%	70%	80%	80%	90%
47.	Renovar a frota de ambulâncias e de transporte sanitário.	Número de veículos adquiridos				4	No. Abs	1	1	1	1
48.	Adquirir 01 aparelho de Ultrassom	Número de Ultrassons adquiridos	0	2021	No. Abs.	01	No. Abs	1	-	-	-
49.	Implantar casa de apoio.	Númeor de casas de Apoio implantadas	0	2021	No. Abs.	01	No. Abs	1	-	-	-
50.	Criação de estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde.	Número de estrutura física para SMS criada	0	2021	No. Abs.	01	No. Abs	1	-	-	-
51.	Implantar o sistema de painel eletrônico.	Número de sistemas de painel eletrônico implantado	0	2021	No. Abs.	01	No. Abs	1	-	-	-
52.	Implantar sistemas de transportes sanitário dos bairros até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município.	Número de sistemas de transportes sanitários implantados	0	2021	No. Abs.	01	No. Abs	1	-	-	-

Objetivo 18: Fortalecer a assistência hemoterápica para o SUS.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
53.	Enviar pelo menos, 20 doadores por ano, a coleta de sangue	Número de doadores enviados ao Hemepar				80	No. Abs.	20	20	20	20

DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar as ações de atenção e vigilância em saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
54.	Atingir 70% das ações do Programa de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde	Percentual de ações que atingiram a meta do Programa de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde	25	2019	Percentual	70	%	70	70	70	70

Objetivo 2: Identificar e monitorar, com base na análise de situação de saúde e na avaliação de risco, os determinantes e condicionantes de doenças e agravos.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
55.	Atingir 100 % na proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)	Percentual das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)	0	2020	Percentual	100	%	100	100	100	100
56.	Encerrar a investigação de 90% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), registradas no SINAN em até 60 dias após a notificação	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação	100	2020	Percentual	90	%	90	90	90	90
57.	Manter em zero o número de casos de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	2020	No. Abs.	0	No. Abs.	0	0	0	0
58.	Manter em, no mínimo, 98% a proporção de registros de óbitos com causa básica definida	Proporção de registros de óbitos com causa básica definida	97,9	2020	Percentual	98	%	98	98	98	98
59.	Manter a investigação de 100% dos óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados no Módulo SIM Federal	100	2020	Percentual	100	%'	100	100	100	100
60.	Manter a investigação em 100 % dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados no Módulo SIM Federal	100	2020	Percentual	100	%'	100	100	100	100
61.	Manter a investigação em 100 % dos óbitos infantis	Proporção de óbitos infantis investigados				100	%'	100	100	100	100
62.	Manter a investigação em 100% dos óbitos fetais	Proporção de óbitos fetais investigados				100	%'	100	100	100	100

Objetivo 3: Monitorar em conjunto com os municípios os agravos de interesse em saúde pública que sofrem influência do meio ambiente e os fatores ambientais, propondo medidas de intervenção para prevenção e controle.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
-----	---------------------------	-----------	------------	-----	---------	----------------	---------	------	------	------	------

63.	Implementar ações de Vigilância e Atenção à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos	Número de Ações de Vigilância e Atenção à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos				4	No. Abs.	1	1	1	1
-----	---	---	--	--	--	---	----------	---	---	---	---

Objetivo 4: Implementar ações de gerenciamento do risco sanitário e agravos à saúde decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
64.	Fortalecer o controle social no Sistema Municipal de Vigilância Sanitária - Elaborar e operacionalizar anualmente a Programação de Ação de Vigilância Sanitária aprovando no CMS.	Número de Programação de Ação de Vigilância Sanitária aprovada anualmente no CMS.				04	No. Abs.	1	1	1	1
65.	01 informativo anual destinado aos conselheiros municipais de saúde como forma de mantê-los ao par das principais ações de vigilância sanitária realizadas.	Número de informativos anuais destinado aos conselheiros municipais de saúde como forma de mantê-los ao par das principais ações de vigilância sanitária realizadas.				04	No. Abs.	1	1	1	1
66.	Implementação do Vigiágua com apoio do Estado, para realizar monitoramento, dos principais indicadores de qualidade da água são cloro residual livre, turbidez e coliformes totais.	Número de programas Vigiágua implementados				01	No. Abs.	1	0	0	0

Objetivo 5: Fortalecer a saúde do trabalhador como uma ação transversal do SUS.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
67.	Aumentar para 10 notificações anuais das doenças relacionadas ao trabalho	Número de notificação das doenças relacionadas ao trabalho no Sinan	07	2020	No. Abs.	40	No. Abs.	10	10	10	10
68.	Realizar campanhas de conscientização em Saúde do Trabalhador: Abril Verde, Erradicação Trabalho Infantil, Benzeno, Transtorno Mental no Trabalho...	Número de campanhas de conscientização em Saúde do Trabalhador: Abril Verde, Erradicação Trabalho Infantil, Benzeno, Transtorno Mental no Trabalho...				4	No. Abs.	1	1	1	1
69.	Realizar capacitações/atividades de educação permanente em saúde, com os temas sensíveis ao campo da saúde do trabalhador, para toda a rede de atenção em saúde municipal	Número de capacitações/atividades de educação permanente em saúde, com os temas sensíveis ao campo da saúde do trabalhador, para toda a rede de atenção em saúde municipal				4	No. Abs.	1	1	1	1
70.	Executar 100 % dos recursos orçamentários e financeiros	% de recursos executados com Saúde do				100	Percentual	100	100	100	100

	para alocados a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, indicando os recursos orçamentários e financeiros alocados.	trabalhador									
71.	Instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental.	Número de cadastros atualizado com o número de empresas com indicação dos fatores de risco.				1	No. Abs.	1	1	1	1
72.	Investigar 100 % das notificações dos acidentes de trabalho que resultem em óbitos, amputações, e outras lesões graves	Percentual de investigação das notificações de trabalho que resultem em óbitos, amputações, e outras lesões graves				100	Percentual	100	100	100	100
73.	Identificar e acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil. Cumprir 100 % o Termo de Cooperação Técnica estabelecido entre a SESA e o MPT.	Percentual de cumprimento do Termo de Cooperação Técnica estabelecido entre a SESA e o MPT.				100	Percentual	100	100	100	100
74.	Os gestores municipais devem proporcionar as condições necessárias à participação dos técnicos em 100 % das capacitações de Saúde do Trabalhador propostas no VigiaSUS.	Percentual de capacitações de Saúde do Trabalhador em que os técnicos participaram				100	Percentual	100	100	100	100
75.	Realizar 100 % das inspeções da Vigilância Sanitária com a Saúde do Trabalhador	Percentual de inspeções da Vigilância Sanitária com a Saúde do Trabalhador				100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar a gestão de pessoas

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
76.	Contratar 01 profissional psicólogo	Número de psicólogos contratados	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
77.	Contratar um profissional nutricionista	Número de nutricionistas contratados	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
78.	Contratar 01 profissional Farmacêutico	Número de farmacêuticos contratados	1	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
79.	Contratar 01 profissional assistente para Farmácia	Número de assistentes de farmácia contratados	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
80.	Contratar 01 profissional para o setor de regulação	No. de profissionais contratados para a regulação	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
81.	Implantar na Linha de Saúde, um monitor para direcionar e orientar pacientes em Hospitais de Curitiba e Região.	Número de monitores implantados	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-

82.	Implantar a permanência dos profissionais plantonistas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), oferecendo-lhes ambiente: adequado para o cumprimento de seu horário de trabalho.	Número de ambientes adequados par permanência dos profissionais plantonistas	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-
83.	Reduzir o tempo de espera para consulta médica no UBS do Município, contratando mais profissionais de saúde.	Número de profissionais contratados				02	No. Abs.	2	-	-	-
84.	Contratar 01 profissional para área de Saúde do Trabalhador	Número de profissionais contratados para Saúde do Trabalhador	0	2020	No. Abs.	01	No. Abs.	01	-	-	-

Objetivo 2: Fortalecer a educação permanente em saúde e os processos de construção e disseminação do conhecimento voltados às necessidades do SUS.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
85.	Elaborar 1 Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) 2022- 2025	Número de PMEP elaborado				01	No. Abs.	01	-	-	-
86.	Promover capacitações dos serviços e profissionais da saúde a fim de garantir a melhoria e a humanização do atendimento na rede de saúde pública assegurando uma postura de atenção e cuidado que responda afetivamente a expectativa da população.	Número de Capacitações realizadas anualmente para melhorar a humnização e o atendiemtnos				1	No.Abs	1	1	1	1
87.	Cursos intensivos para capacitação na atuação de agentes de saúde e agentes de endemias	Número de cursos realizados anualmente para ACS e ACE				1	No.Abs	1	1	1	1
88.	Criar um Programa de Estágio com objetivo proporcionar aos estudantes de nível técnico e universitário a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos acadêmicos, de forma a prepará-las para o mercado de trabalho.	Número de Programas de Estágio criados				1	No.Abs	1	-	-	-
89.	Realizar treinamento anual para humanização do transporte de pacientes.	Número de treinamentos anual para humanização do transporte realizados				1	No.Abs	1	1	1	1

DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Objetivo 1: Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unid.	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
-----	---------------------------	-----------	------------	-----	-------	----------------	---------	------	------	------	------

90.	Manter a fiscalização de 100% dos instrumentos de Gestão do SUS	Percentual de cumprimento de cada Instrumento de Gestão	100%	2020	%	100	%	100	100	100	100
-----	---	---	------	------	---	-----	---	-----	-----	-----	-----

Objetivo 2: Fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
91.	Elaborar um programa de capacitação para os conselheiros municipais de saúde (LEI 141/2012)	Número de programas de capacitações elaborado para o CMS	0			01	No. Abs.	01	-	-	-
92.	Propiciar 01 capacitação anual aos Conselheiros municipais de Saúde.	Número de capacitações anuais realizadas para os Conselheiros Municipais de Saúde	0			01	No. Abs.	01	01	01	01
93.	Realizar a Conferência Municipal de Saúde a cada 4 anos	Número de conferências municipais realizadas	1	2019	No. Abs.	01	No. Abs.	-	1	-	-
94.	Fortalecer o Conselho de Saúde Municipal para incentivar maior participação da comunidade através de campanha de divulgação	Número de campanhas de divulgação do CMS realizadas				01	No. Abs.	1	1	1	1

Objetivo 3: Fortalecer as ouvidorias do SUS e desenvolver estratégias para que se efetivem como um instrumento de gestão e cidadania.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
95.	Implantar ouvidoria SUS na Secretaria Municipal de Saúde	Número de ouvidorias implantadas na SMS	0			01	No. Abs.	1	-	-	-

Objetivo 4: Avaliar os serviços do SUS contratualizados com o Município.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unidade	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
96.	Realizar 4 avaliações quanto ao grau de satisfação dos usuários com relação aos serviços prestados	Número de avaliações realizadas	0			04	No. Abs.	1	1	1	1

DIRETRIZ 06 – ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19

Objetivo 1: Garantir o cuidado integral dos munícipes, provendo os recursos, humanos, materiais, terapêuticos e financeiros, normatizar e fazer cumprir normativas, executar ações de vigilância em saúde, educação e informação, garantir a participação do Controle Social.

No.	Descritivo Meta 2020-2023	Indicador	Linha Base	Ano	Unid.	Meta 2022-2025	Unidade	2022	2023	2024	2025
97.	Garantir cuidado integral aos munícipes dos grupos de risco frente ao Coronavírus, a exemplo de idosos; pessoas	Percentual de serviços de saúde com grupos de riscos organizados para o atendimento integral				100	Percentual	100	100	100	100

	com doenças respiratórias (Asma, Bronquite); fumantes; diabéticos; hipertensos; obesos; oncológicos e com HIV.	conforme perfil epidemiológico da Pandemia pelo Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2).									
98.	Garantir a realização de capacitações para os profissionais e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde que estão trabalhando diretamente no enfrentamento do Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2) (covid-19), observando os protocolos clínicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.	Percentual de profissionais capacitados em ações de Educação em Saúde em relação a covid 19				100	Percentual	100	100	100	100
99.	Garantir a participação do Controle social nas pactuações e execuções das ações de combate ao Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2)	Percentual de Conselheiros da Saúde participando das pactuações e execuções das ações de combate ao Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2)				100	Percentual	100	100	100	100
100.	Garantir a execução das ações do Plano de Contingência enfrentamento da pandemia provocada pelo Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2) (covid-19).	Percentual das ações do Plano de Contingência enfrentamento da pandemia provocada pelo Corona vírus 2019 (SARS- CoV-2) (covid-19) executadas.				100	Percentual	100	100	100	100
101.	Manter o Comitê de Crise para o enfrentamento do Corona vírus 2019 (SARS-CoV-2) (covid-19).	Número de Comitê de Crise para o enfrentamento do Corona vírus 2019 (SARS- CoV-2) (covid-19) instituído.				1	No. Abs	1	1	1	1
102.	Monitorar o padrão de investimentos das transferências de recursos financeiros e materiais oriundos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e do Ministério da Saúde.	Percentual Monitorado				100	Percentual	100	100	100	100

3ª PARTE – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação devem ocupar lugar de relevância nesse no processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Na sequência são apresentados conceitos⁷⁷ a respeito do Monitoramento e Avaliação:

Monitoramento: *Acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de rumos. Em suma, o monitoramento verifica a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção.*

Avaliação: *A avaliação expande as medidas e a verificação do monitoramento para determinar valores e méritos de programas e políticas. O monitoramento verifica. A avaliação amplia a compreensão sobre o avaliado. Ambos se diferenciam pela complexidade das análises que realizam. A avaliação requer maior rigor no uso de procedimentos metodológicos, na busca de evidências com credibilidade para se fazer um julgamento da intervenção.*

Concretamente, no contexto da Secretaria Municipal de Saúde esse processo se dá através de:

- Acompanhamento das diretrizes emanadas deste Plano, anualizadas pelas Programações Anuais de Saúde (PAS), com elaboração e Plano Operativo para cada uma das ações, com prazos e responsáveis;
- Monitoradas através dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) com apresentação em Audiência Pública e
- Avaliação nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

O Ciclo fica assim estabelecido conforme determina a Portaria de Consolidação 01/2017.

Segundo o Ministério da Saúde⁷⁸, o Acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde.

⁷⁷ Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf> Acesso 21jun.2021.

⁷⁸ Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria de Consolidação 02/2017, Anexo. XXXIX Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html> Acesso em 21 jun.2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse trabalho, é importante concluir que, o levantamento realizado permitiu a visualização da realidade de saúde do Município, com muitos dados, indicadores e informações, podendo assim ser elaborado um diagnóstico suficiente para se perceber as fragilidades e as potencialidades no horizonte do aperfeiçoamento do sistema local de saúde em consonância com o aprimoramento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Com isso, foi possível construir propostas de intervenção realistas e necessárias para fazer frente as debilidades de nosso sistema.

Foram definidos diretrizes, objetivos e metas que serão executadas nos próximos quatro anos mediante processo de acompanhamento se necessário for, revisão e reprogramação para que atinja os resultados esperados.

A equipe de saúde deu muito de si para a construção desse documento, além de suas atividades normais se somaram a esse esforço na busca de dados e na reflexão das informações para construir uma análise muito aproximada da realidade.

Também houve a participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde nesta construção.

Por último, é fundamental que se diga que esse não é um documento pronto e acabado. Estará sempre aberto a contribuição, seja por crítica, comentários e sugestões de quem se interessa responsabilmente pela saúde de nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIANOPOLIS PR. Prefeitura Municipal. **Dados e informações sobre o Município**. Adrianópolis: Prefeitura Municipal. Disponível em <https://www.adrianopolis.pr.gov.br/>.
- ADRIANOPOLIS PR. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2020**. Adrianópolis: SMS, 2021.
- ADRIANOPOLIS PR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Adrianópolis: SMS, 2017.
- ALFRADIQUE Maria Elmira; et. al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?lang=pt>. Acesso em 13 ago.2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS**. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 750, de 29 de abril de 2019** altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html Acesso em 22 jun.2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa**. Portaria de Consolidação 02/2017, Anexo XXXIX. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html> Acesso em 21 jun.2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- CASTRO, Dayanna Mary; et al.; **Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis**. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/> Acesso em 13 ago. 2021
- INSTITUTO BRASILEIROS DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/>.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Perfil Avançado dos Municípios**. Disponível em http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico dos Municípios**. Disponível em http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2007, vol.16, n.4 [citado 2021-05-18], pp.233-244. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002>.

MELO, Helen Aline. **Análise geoestatística de áreas de risco de leishmaniose tegumentar no estado do Paraná**. 2017. 69 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Maringá, 2017, Maringá, PR. Disponível em <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/5781> Acesso em 16 jul. 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional (SUBPLAN). **Informações e Indicadores Municipais**. Disponível em <https://apps.mppr.mp.br/geoview/plataformaAtuacao/#/indicadores/perfil>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/>.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA PR). **Avaliação de Risco à Saúde Humana por Exposição aos Resíduos da Plumbum no Município de Adrianópolis – PR**. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/avaliacao-risco-adrianopolis-parana-08-Chumbo.pdf> Acesso em 20 jul.2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023** - Curitiba: SESA, 2020. 210 p.

ROCHA, Vanessa Gonçalves da. **A Constituição da Docência para a Educação Escolar Quilombola no Colégio Estadual Quilombola Diogo Ramos na Comunidade de João Surá-Pr**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, Linha de Diversidade, \ Diferença e Desigualdade Social, do Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação. Disponível em <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=76395&idprograma=40001016001P0&anobase=2020&idtc=1587> Acesso em 20 jun.2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. PLANIFICASUS: Workshop 1 - **A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 36 p.: il. Disponível em <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@0193cdb7-0613-4c8a-b3c1-3f7d00c72379&emPg=true>.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ. **Relatório do Índice de Transparência da Administração Pública – ITP: COVID-19** <https://www.coronavirus.tce.pr.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/RELAT%C3%93RIO-ITP-COVID19.pdf> Acesso em 18jun2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**/Ana Emília Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares reis. - São Luís, 2016. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf> Acesso 21jun.2021

ANEXOS

ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ADRIANÓPOLIS

GABINETE DO PREFEITO
ERRATA - RESOLUÇÃO Nº 08/2021

ERRATA
Resolução Nº 08/2021

O Conselho Municipal de Saúde de Adrianópolis – CMS, no uso das atribuições capituladas na Lei Federal Nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal Nº 740/2011 de 22/02/2011, bem como prerrogativas regimentais e em consonância às deliberações do plenário na reunião ordinária, realizada em 02 de setembro de 2021,

Resolve:

Art.1º: APROVAR, o Plano Municipal de Saúde, período 2022 a 2025, com base na construção coletiva entre Gestão da Saúde, Trabalhadores e a Sociedade Civil do município de Adrianópolis.

Art.2º: Revogam-se as disposições em contrario.

Adrianópolis, 02 de setembro de 2021.

ALDECI GODOI
Presidente do CMS/Adrianópolis PR

Homologo a Resolução CMS nº 06/2021 nos termos do § 2º, Art. 1º, da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

ALEXANDER PAULISTA RIBEIRO
Secretário Municipal de Saúde

Publicado por:
Marcia Cristina Mottin Santos
Código Identificador:D170F504

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 10/09/2021. Edição 2346
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<http://www.diariomunicipal.com.br/amp/>