Secretaria de Saúde de Cascavel

Conselho Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014-2017

11ª Conferência Municipal de Saúde

MUNICÍPIO DE CASCAVEL

Prefeito
Edgar Bueno

Vice-Prefeito
Maurício Querino Theodoro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretário
Reginaldo Roberto Andrade

Diretora Administrativa
Sheila Márcia Eler Vargas

Diretora de Atenção à Saúde
Mara Lúcia Renostro Zachi

Diretora de Vigilância em Saúde
Rosângela Favarin

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Presidente
Celso da Silva

Vice-Presidente
Terezinha de Almeida Donegá

Primeira Secretária
Sheila Márcia Eler Vargas

Segundo Secretário
Mauro Aparecido Giomo

Organização e Elaboração
Eder Luiz dos Santos
Claudio Evaristo Cesar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **07**
1 ANÁLISE SITUACIONAL **09**
1.1 Características gerais do município 09
1.2 Diagnóstico epidemiológico 16
2 REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE **31**
2.1 Atenção básica 31
2.2 Assistência odontológica 37
2.3 Assistência em saúde mental 37
2.4 Assistência farmacêutica 39
2.5 Atenção domiciliar 41
2.6 Tratamento de DST, AIDS e hepatites virais B e C 42
2.7 Atenção às urgências 42
2.8 Laboratórios de saúde pública 43
2.9 Atenção especializada 44
2.10 Vigilância em saúde 44
2.11 Vigilância epidemiológica 45
2.12 Vigilância ambiental em saúde 46
2.13 Vigilância sanitária 47
2.14 Rede hospitalar 49
2.15 Consórcio Intermunicipal de Saúde 50
3 GESTÃO EM SAÚDE **51**
3.1 Financiamento 53
3.2 Participação social 54
3.3 Gestão do trabalho 55
3.4 Informação em saúde 58
3.5 Infraestrutura 60
4 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS DO PMS **62**
4.1 Diretriz 1 62
4.2 Diretriz 2 63
4.3 Diretriz 3 69
4.4 Diretriz 4 70
4.5 Diretriz 5 71
4.6 Diretriz 6 73
4.7 Diretriz 7 74
5 PROPOSTAS APROVADAS NA 11ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE . **76**
6 REFERÊNCIAS **96**

INTRODUÇÃO

Este documento expressa o Plano Municipal de Saúde de Cascavel (PMS). Segundo o Caderno 2 do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde[1] (PlanejaSUS), o Plano de Saúde pode ser definido como instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/90), estabelece no artigo primeiro do capítulo terceiro que o processo de planejamento dar-se-á de forma ascendente, do nível local para até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se às necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos nas três esferas de governo. Por conseguinte, o artigo 36 ordena que a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e os orçamentos a ele destinados sejam baseados no PMS. Confabulando com o tema, a Lei nº 8.142/90, no seu artigo quarto, determina que o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) esteja atrelado à apresentação do Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

A elaboração dos fluxos de encaminhamento e o monitoramento deste instrumento de gestão foram explicitados pela legislação a seguir:

- Portaria 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS;

- Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do SUS e revoga a Portaria 548/2001 ("Orientações federais para a elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como instrumentos de gestão do SUS");

- Portaria 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS;

- Portaria 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

Antes de 2012, a definição de responsabilidades para a implementação das políticas de saúde foi regulada pela Portaria 399, de 22 de fevereiro de

1 Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009, p. 9).

2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, dividido em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A contratualização e, consequentemente, o financiamento estava condicionada à modalidade de habilitação de gestão assumida pelo município.

Com a publicação do Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/90, uma nova conformação de princípios norteadores insurgiu na produção de instrumentos de gestão, alterando a dinâmica de organização do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas.

O fruto deste paradigma, destacamos: a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de saúde; as regiões de saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP). A Resolução 2, de 17 de janeiro de 2012, dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da RENASES no âmbito do SUS e a Resolução 3, de 30 de janeiro de 2012, dispõe sobre normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS.

O COAP, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011a). O artigo segundo da Resolução 3/2012, define que o COAP será elaborado pelos entes federativos em cada região de saúde, instituída de acordo com o art. 5º do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, e com o disposto na Resolução 01 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de setembro de 2011, cabendo às secretarias estaduais de Saúde coordenarem a sua implementação.

Como forma de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP, foi emitida a Resolução 4, de 19 de julho de 2012. Salientamos que a execução das ações e dos serviços de saúde estão sob a responsabilidade dos entes federativos da região de saúde – acelerando o processo de municipalização – no qual os gestores assumem o compromisso de garantir a integralidade da assistência à saúde, em relação à prestação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Diante disto, o diagnóstico, o planejamento e a avaliação do processo de saúde-doença e da organização e estrutura do sistema de saúde, tem função estratégica para a ampliação da capacidade resolutiva do SUS, tendo em vista que estes elementos pressupõem o planejamento de saúde nos seus instrumentos de gestão (PMS, PAS e RAG) e refletem na construção e operacionalização do plano de governo (Plano Plurianual [PPA], Lei de Diretrizes Orçamentárias [LDO] e Lei Orçamentária Anual [LOA]). Observamos que o Plano de Saúde deve ser construído a cada quatro anos, sendo que sua elaboração deve acontecer no primeiro ano de governo para que seus objetivos e metas sejam acoplados ao Plano Plurianual (PPA) do governo, o qual também deve ser elaborado a cada quatro anos e no primeiro semestre do primeiro ano de governo para o 2º, 3º, 4º ano e 1º ano do próximo governo (BRASIL, 2013a).

Essencialmente, o PMS está dividido em duas partes:

1) Análise situacional;

2) Diretrizes, objetivos e metas.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

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

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

1.1 Características gerais do município

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

O tropeirismo consistiu no transporte até São Paulo do gado comprado no Rio Grande do Sul, no Uruguai e na Argentina pelos tropeiros. Estas in-

cursões no interior do estado deram origem à "Encruzilhada".

Concomitantemente a esta atividade, que predominou em meados do século XIX, instalaram-se empresas de exploração da madeira e erva-mate, formando pequenos núcleos administrativos. Estas colonizadoras (obragens) prescindiam de uma organização social mínima, como transporte, vias de acesso e comunicação, disponibilidade de hospitais, igrejas e escolas, bem como de uma rede comercial2.

Por volta dos anos de 1950, fluxos migratórios vieram compor a população da região, entre elas: a cabocla (deslocamento da população de Guarapuava para o Oeste do Paraná), a sulista (deslocamento da população do Sul do país) e a cafeeira (famílias que se deslocaram de várias partes do Brasil em busca de terras para o plantio do café). Este fluxo foi resultado da liberação da mão-de-obra das lavouras de café do Norte do Paraná e da crise da agropecuária do Rio Grande do Sul3.

Cascavel4 alcançou o status de município em 14 de novembro de 1951, por meio da promulgação da Lei Estadual 790/51, em que deixou a categoria de distrito administrativo do Município de Foz do Iguaçu. O resultado do Censo demográfico de 1950 mostrou uma população residente de 404 habitantes. Com a exploração econômica da madeira e o plantio do café, o pequeno povoado difundiu-se geograficamente, com um crescimento populacional de 79,77% ao ano.

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

---

2 SPERANÇA, 1992, p. 22-23, 35-36) e PIAIA, 2004, p. 160..

3 ZANATTA, 2003.

4 Segundo a lenda, o nome surgiu de um grupo de colonos que, pernoitando nos arredores de um rio, descobriram um grande ninho de cobras cascavéis, denominando o local de Cascavel.

Quadro 1. Dados demográficos do munícipio de Cascavel de 1960 a 2010.

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

Fonte: CASCAVEL 2003/2004 e * IPARDES 2012

Cascavel situa-se no Terceiro Planalto do estado, na região oeste paranaense, com uma altitude média de 785 metros e uma área territorial de 2.100,831 km^2. A área rural é composta por 8 distritos administrativos: Sede, Diamante, Espigão Azul, Juvinópolis, Rio do Salto, São João do Oeste, São Salvador e Sede Alvorada. Está a uma distancia de 491 km da capital do Estado (Curitiba), de 136 km do município de fronteira com Paraguai (Foz do Iguaçu) e 585 km do litoral (Paranaguá). As principais rodovias que margeiam a cidade são a BR 277, BR 467, BR 369, BR 163, PR 180 e PR 182.

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

Conforme dados descritos no quadro 1 e segundo o censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município apresentou uma população residente de 286.205 habitantes e um total de domicílios de 100.931. Considerando a população censitária de 1990, 2000 e 2010, observamos um crescimento populacional relativo de 48,3% e 16,61% nos períodos de 20 e 10 anos, respectivamente. A taxa geométrica decenal (2000-2010) foi de 1,55. Ressaltamos, porém, que o mesmo Instituto publicou uma nota, onde a estimativa para 2013, é de 305.615 habitantes. Neste sentido, a taxa de crescimento absoluto entre 2010 e 2013 é de 6.470 habitantes ao ano, sendo a taxa relativa de 1,06. A densidade demográfica (hab./km^2) corresponde a 136,23.

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

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	% Total
Menor 1 ano	2.298	2.131	4.429	1,51
1 a 4 anos	8.134	7.846	15.980	5,46
5 a 9 anos	10.460	10.399	20.859	7,13
10 a 14 anos	12.665	12.516	25.181	8,61
15 a 19 anos	13.780	13.717	27.497	9,4
20 a 29 anos	27.637	27.495	55.132	18,85
30 a 39 anos	23.016	24.532	47.548	16,26
40 a 49 anos	19.587	21.496	41.083	14,05
50 a 59 anos	13.309	15.085	28.394	9,71
60 a 69 anos	7.375	8.248	15.623	5,34
70 a 79 anos	3.347	4.360	7.707	2,63
80 anos e mais	1.176	1.763	2939	1,06
TOTAL	142.784	149.588	292.372	100%

Fonte: DataSUS. Estimativa para o ano de 2012.

Quadro 3 – População estimada residente por ano

Ano	População	Método
2013	305.615	Estimativa
2012	292.372	Estimativa
2011	289.340	Estimativa
2010	286.205	Estimativa

Fonte: IBGE/DataSUS

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

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

totalizavam 3,1% da população residente no ano de 1980, porém, o último censo realizado em 2010, este percentual subiu para 7,9%.

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

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

Tipo de domicilio	Masculino	Feminino	Total
Urbana	130.819	139.286	270.049
Rural	8.958	7.198	16.156
Total	139.771	146.434	286.205

Fonte IBGE/Censo Demográfico

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

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

Em relação à população de rua, estão registrados nos serviços da política assistencial 591 pessoas. Durante o período diurno, o Centro POP realiza acolhimento deste público; à noite, a Casa POP e o Albergue Noturno (ONG). Segundo dados da Informatização da Rede de Serviços de Assistência Social (IRSAS), a grande maioria dos usuários destes serviços são dependentes químicos. A cidade também é constantemente visitada por indígenas, advindos principalmente das aldeias situadas no Município de Nova Laranjeiras, com intuito de vender seus artesanatos.

Cascavel também possui duas penitenciarias – Penitenciaria Estadual de Cascavel (PEC) e a Penitenciaria Industrial de Cascavel (PIC) – e uma unida-

de prisional provisória da Policia Militar, totalizando uma população carcerária de 1.688 pessoas. Para acolhimento de adolescentes em situação de ato infracional, com determinação de privação de liberdade, estes são destinados aos Centros de Socioeducação (Cense), sendo que a unidade I possui capacidade de abrigamento de 24 internos (internação provisória até 45 dias) e a unidade II de 78 adolescentes (reclusão de 6 meses a 3 anos).

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

Quadro 5 - População ocupada segundo as atividades econômicas - 2010

ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE Domiciliar 2.0)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	9.158
Indústrias extrativas	111
Indústrias de transformação	20.300
Eletricidade e gás	646
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	1.747
Construção	12.580
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	35.415
Transporte, armazenagem e correio	7.146
Alojamento e alimentação	5.273
Informação e comunicação	2.296
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	2.274
Atividades imobiliárias	703
Atividades profissionais, científicas e técnicas	4.998

5 Dados extraídos do site do Ministério do Trabalho e Emprego, Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (Caged), ano 2012.

Atividades administrativas e serviços complementares	4.479
Administração pública, defesa e seguridade social	6.904
Educação	8.707
Saúde humana e serviços sociais	7.443
Artes, cultura, esporte e recreação	1.168
Outras atividades de serviços	4.318
Serviços domésticos	8.521
Atividades mal especificadas	9.327
TOTAL	153.513

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

Em 2012, a rede pública de educação era composta por 60 centros municipais de Educação Infantil (CMEI), que atendem crianças de 0 a 5 anos; 40 escolas municipais responsáveis pelo Ensino Fundamental séries iniciais e 40 escolas estaduais, que ofertam as séries finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio. O único estabelecimento de Ensino Superior público é a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), disponibilizando 15 cursos de graduação, além de cursos de especialização, mestrado e doutorado.

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

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

A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de

ensino. Entre alunos do Ensino Fundamental, 6,2% dos alunos estão com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 13,0% nos anos finais. Entre os que alcançam o Ensino Médio, a defasagem é de 17,2%.

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

Abaixo estão descritos a quantidade de alunos matriculados em 2011:

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

INFORMAÇÃO	DATA	ESTATÍSTICA	
Matriculas na Creche	2011	4.685	Alunos
Matriculas na Pré escola	2011	4.778	Alunos
Matriculas no Ensino Fundamental	2011	42.342	Alunos
Matriculas no Ensino Médio	2011	14.375	Alunos
Matriculas no Ensino Superior	2011	17.528	Alunos

FONTE: MEC; Inep; Seed

Em relação à infraestrutura física do município, na área urbana aproximadamente 100% da população possui rede de água e de energia elétrica e 77,53% de cobertura de esgoto. Entretanto, os distritos apresentam condições diferenciadas de acesso, variando conforme a localização das comunidades rurais.

1.2. Diagnóstico epidemiológico

Os dados epidemiológicos possibilitam estabelecer as características, o comportamento e as formas de agravos mais prevalentes em uma determinada população. A análise sumária, por meio de imagens, gráficos, entre outras formas, facilita a interpretação dos dados e, desse modo, viabiliza-se a produção do conhecimento desejado, ou seja, a determinação do processo de adoecimento e de mortalidade.

O monitoramento epidemiológico se faz por meio da definição de indicadores, os quais permitem a descrição de uma situação existente, a avaliação de cumprimento de objetivos, metas e suas mudanças ao longo do tempo, além de confirmar tendências passadas e prever as futuras (BRASIL, 2005, p. 72).

As informações detalhadas neste subtítulo estão baseadas no Instrutivo do Sistema de Pactuação do SUS (SISPACTO) e no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instrumentos de gestão mencionados na introdução deste documento.

Na saúde pública, a epidemiologia é a área de conhecimento que proporciona as bases de sustentação e avaliação das medidas de controle, favorece o diagnóstico das doenças e facilita a construção e a verificação de hipóteses de causalidade. Por meio do método epidemiológico, é possível estudar a frequência, a distribuição e os determinantes dos eventos relacionados à saúde.

A partir de 2000, o Ministério da Saúde desencadeou o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde. Esse processo vem se efetivando anualmente, com o fortalecimento da estrutura dos serviços de saúde e da capacidade de gestão dos estados e municípios (BRASIL, 2013c).

O primeiro ponto a ser abordado está na vinculação entre a transição demográfica e a transição epidemiológica. A diminuição da taxa de fecundidade, presente pela mudança da organização social e o avanço tecnológico e da medicina, desencadeou uma fase de estabilização do crescimento demográfico. Esta estabilização interfere significativamente na taxa de natalidade, diante da pequena variação na quantidade de nascidos vivos em relação ao número estimado anual da população de Cascavel, como podemos ver no quadro abaixo.

Quadro 7 – Informações sobre nascimentos no período de 2008 a 2012.

Condições	2008	2009	2010	2011	2012
Número de nascidos vivos	4.173	4.115	4.406	4.372	4.450
Taxa de natalidade (para cada 1.000 habitantes)	14,3	13,8	15,3	15,1	15,2
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes					
% de mães de 10 a 19 anos	19,2	18,6	18,0	17,1	18,5
% de mães de 10 a 14 anos	0,67	0,75	0,68	0,86	0,96
% com baixo peso ao nascer (menor de 2.500 g)	8,2	8,7	7,7	8,8	9,1
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	57,7	60,1	57,6	57,1	60,2
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais	42,3	39,9	42,4	42,9	39,8

Fonte: Sinasc; Ministério da Saúde, DataSUS

Neste sentido, partindo do pressuposto que a população residente cresceu 16% entre 2000 e 2010, e a taxa de mortalidade nos últimos cinco anos teve uma variação média de 15 registros para cada 1.000 habitantes, o crescimento anual é resultado da taxa de fecundidade e do movimento migratório para o município.

No período destacado para análise, observamos que houve uma diminuição do percentual de adolescentes grávidas, porém, um aumento no número absoluto na faixa etária de 10 a 14 anos, que em 2008 foi de 28 gestantes e em 2012 totalizou 45. O inicio cada vez mais precoce das relações sexuais pelos adolescentes, em virtude do apelo sensual explicitado pelas diversas formas de mídia, evidencia a necessidade de traçar estratégias dentro da política pública, para um trabalho intersetorial na prevenção de vulnerabilidades sociais, de forma a cobrir o vazio assistencial presente nesta faixa etária. Como exemplo, citamos o Programa Saúde na Escola criado por meio do Decreto 6.286, de 5 dezembro de 2007, e que em 2013 teve sua universalização. O componente II deste programa prevê o desenvolvimento de ações educativas voltadas à saúde mental e à prevenção da gravidez na adolescência e do uso de drogas, entre outros pontos6.

As taxas de cesarianas, no Paraná, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), subiu de 52% em 2006 para 58,4% em 2010 e 61% em 2011. O percentual de pré-natal, com sete ou mais consultas aumentou de 74,7% em 2006, para 80,35% em 2010 e 82% em 2011.

Para o Brasil, esse índice era de 68,7% em 2008, de acordo com dados do DataSUS. Cascavel acompanha a variação do percentual de partos cesáreos em relação ao Paraná, porém, possui uma cobertura média de 72% com sete ou mais consultas de pré-natal, como veremos no quadro 8.

Por muitos anos, o Ministério da Saúde vem trabalhando em ações de políticas e de programas para aumentar o percentual de partos normais7.

6 O Programa Saúde na Escola é uma política intersetorial dos ministérios da Saúde e da Educação e tem como público-alvo crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira e utiliza o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção e prevenção da saúde e a construção de uma cultura de paz. O programa é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

7 Pesquisando a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), a quantidade de partos realizados no SUS e com procedimento processado em 2012, obtivemos o número de 3.136. Destes, 1.790 (57,07%) são partos normais e 1.346 (42,92%) são partos cesários. .

Entre elas, uma remuneração melhor para este tipo de procedimento.

Na prática, porém, existem dois desafios que podem mudar este cenário: a criação de rotinas assistenciais e de educação em saúde que incentivem a mulher escolher o parto normal e a vinculação institucional do profissional médico da baixa com a média e alta complexidade, no acompanhamento desta gestante.

O Paraná instituiu, em 2010, a Rede Mãe Paranaense, contemplando em suas ações a referenciação da gestante, da unidade de saúde onde está sendo realizado o pré-natal com a unidade hospitalar, conforme o risco gestacional. Outras rotinas previstas nesta Rede são: captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal (com no mínimo 7 consultas), a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças e a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco. Esta proposta de rede de atenção tem como finalidade promover a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, assegurar a regionalização da saúde e ampliar o acesso a exames básicos.

Cascavel obteve redução de 31,7% do coeficiente de mortalidade infantil, considerando os valores registrados em 2008 e 2012 (quadro 8). Da mesma forma, o quadro 9 aponta esta tendência em relação ao número absoluto de mortes maternas. Em 2011 foi implantado o Comitê Municipal de Investigação dos Óbitos Maternos e Infantis, averiguando 100% dos casos notificados.

No Paraná, analisando a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil, observamos uma linha de tendência decrescente desse indicador no período entre 2001 e 2011. No ano de 2010, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 12,15 e em 2011 foi de 11,65 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos (PARANÁ, 2013).

A redução sustentada da mortalidade infantil no país resulta de diversas ações como aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas; aumento da cobertura do pré-natal; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria das condições nutricionais da população; aumento da taxa de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno (BRASIL, 2011b).

Quadro 8- Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos – 2008/2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Óbitos infantis (número absoluto)	55	55	46	47	40
Taxa de mortalidade infantil	13,19	13,37	10,44	10,78	9,00
Taxa de mortalidade perinatal (da 22ª semana de gestação até o 7º dia de vida)	14,30	15,06	13,84	8,95	9,89

Fonte: Sinasc; Ministério da Saúde, DataSUS

Quadro 9 - Taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) – 2008/2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Óbitos maternos (número absoluto)	3	2	2	2	0
Taxa de mortalidade materna	71,96	48,61	45,39	45,89	0,00

Fonte: SINAN/Viep.

Dentre os fatores que contribuíram para obtenção deste resultado foram as capacitações para construção da Rede de Atenção Materna Infantil, com a definição de fluxos de atendimento da gestante e da criança até um ano e o investimento público municipal na oferta de exames, seguindo critérios estabelecidos pelas políticas federal e estadual.

No entanto, o número de casos de sífilis congênita cresceu, observando o período de análise, indicando, possivelmente, uma baixa resolutividade do tratamento clínico sobre a paciente e o seu parceiro. O protocolo clínico prevê a realização de dois teste de sífilis por gestante, sendo que em 2012, foram ofertados, em média, 2,06 por paciente.

Por outro lado, o aumento da incidência de casos de sífilis congênita pode estar relacionado à quantidade de consultas de pré-natal. Devido à localização geográfica do município e o fluxo migratório (uma massa populacional flutuante e não residente), mulheres de outras regiões do Paraná e do Brasil, acessam a rede para realizar o parto em um dos hospitais de Cascavel.

Igualmente, grupos sociais vulneráveis contribuem para que o percentual ideal de consultas não seja alcançado. O fortalecimento da atenção básica neste processo (ou seja, a identificação precoce de gestantes nestas condi-

ções), a busca ativa e o acompanhamento sistemático, amortizarão positivamente nos índices assistenciais de cobertura de pré-natal e no controle epidemiológico dos agravos mais frequentes no período gestacional.

Quadro 10 – Casos de sífilis congênita – 2008/2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Número absoluto de crianças com sífilis congênita.	04	02	02	06	08

Fonte: SINAN/Viep

Quadro 11 - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais de 2008/2012

Consultas de pré natal	2008	2009	2010	2011	2012
1-3 consultas	4,7%	4,6%	4,0%	3,6%	3,7%
4-6 consultas	23,4%	22,4%	18,8%	16,8%	20,8%
+ 7 consultas	71,9%	73,0%	77,2%	79,6%	75,5%

Fonte: Sinasc; Ministério da Saúde, DataSUS

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

O esquema vacinal da criança cascavelense inicia-se no hospital. O Programa Ninar, instituído em 2005, tem por finalidade a visita hospitalar ao neonato, realizando a aplicação de vacinas (BCG e Hepatite B) e a avaliação de risco, com encaminhamento para as unidades básicas de saúde (UBS) ou unidades saúde da família (USF) dos casos prioritários. Cabe destacar que devido a condição do município ser uma referência regional, o recém-nascido de mães residentes em outras localidades também recebem na unidade hospitalar as primeiras vacinas, elevando o percentual de doses aplicadas da BCG(quadro 12).

De 2008 a 2012, foram acrescidas ao esquema vacinal da criança as vacinas pneumocócica 10 pentavalente (2010), meningite tipo c (2010), pentavalente (2012) e a VIP – vacina inativada da poliomielite (2012).

Quadro 12 – Cobertura vacinal

	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1 ano	4.138	4.135	4.170	4.114	4.114
BCG	4.822 (116,52%)	5.241 (126,74%)	5.219 (125,16%)	5.380 (130,77%)	5.746 (139,67%)
Hepatite B	3.893 (94,17%)	3.910 (94,55%)	3.964 (95,54%)	4.141 (110,66%)	3.924 (95,38%)
Rotavírus humano	3.476 (84,09%)	3.572 (86,88%)	3.558 (85,32%)	3.589 (87,27%)	3.675 (89,33%)
Poliomielite oral	3.980 (96,27%)	4.033 (97,53%)	4.158 (99,71%)	4.178 (101,56%)	3.801 (92,39%)
Tetravalente	4.056 (98,11%)	4.145 (100,24%)	4.119 (98,78%)	4.276 (103,94%)	3.388 (82,35%)
Mais de 60 anos	18.477	24.520	24.382	24.382	25.715
Contra a gripe	18.405 (99,77%)	21.419 (87,35%)	20.331 (83,38%)	20.032 (90,36%)	23.005 (89,46%)

Fonte: Secretaria de Saúde;Viep; PNI; Ministério da Saúde

O perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes e que determinam a situação de saúde.

A Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, define a relação de doenças de notificação compulsória. O quadro 13 apresenta o número de casos notificados de 2008 a 2012. Observamos que houve elevação do número de notificações de algumas doenças, como a sífilis gestacional; outras tiveram picos pontuais, como a varicela e a dengue e, finalmente, algumas mantiveram estagnadas ou com pequena redução dos seus índices.

Desde 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, no seu componente Pacto pela Vida, a hanseníase e a tuberculose são consideradas doenças prioritárias de controle da atenção básica. Ambas doenças vêm apresentando uma diminuição do número de casos. Em 2012, a tuberculose obteve uma incidência de 21,88/100.0000 habitante, com percentual de cura (coorte de 2011) de 82% - abaixo do valor preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 85%.

A hanseníase apresentou incidência de 8,55/100.000 habitantes, com percentual de cura de 78,95%, havendo somente um caso notificado em menor de 15 anos. No Brasil, o número de casos novos notificados, em 2009, foi de 73.657, com taxa de incidência de 38,4 casos por 100 mil habitantes.

A análise da série histórica da taxa de incidência da doença mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 51,7 casos por 100 mil habitantes em 1990). O percentual de cura para os casos novos ficou em torno de 73%. O Brasil detectou 37.610 casos novos de hanseníase em 2009, dos quais 2.669 (7,1%) em menores de 15 anos de idade. Isso corresponde a um coeficiente de detecção geral de 19,64/100 mil habitantes e de 5,43/100 mil habitantes em menores de 15 anos de idade.

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

A taxa de incidência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em adultos no Paraná em 2010 foi de 12,37 casos por 100.000 habitantes. Em Cascavel, neste mesmo ano, a taxa de incidência foi de 22/100.000 habitantes, sendo o 6º maior índice entre as regionais de saúde do Estado. As regionais com maior risco de ocorrência de casos novos são: Paranaguá, Foz do Iguaçu, Região Metropolitana de Curitiba, Ponta Grossa, Londrina e Cascavel. Essas informações mostram um cenário de heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia no Estado (PARANÁ, 2013).

No ano de 2010, o Paraná presenciou um quadro endêmico de dengue, com um alto número de notificações e mortes por complicações da doença. O sorotipo Denv 4 reapareceu depois de 28 anos, colocando em alerta as autoridades sanitárias para a ocorrência da dengue hemorrágica8. A combinação de altas temperaturas e clima chuvoso e a condição ambiental, com a disponibilidade de reservatórios para o vetor, propiciou importante fator de ocorrência de casos.

Recorda-se o primeiro Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti (Lira) do ano citado, que teve índice de 6,1, valor muito acima do parâmetro

8 O subtipo 4 apresenta risco a pessoas já contaminadas com os vírus 1, 2 ou 3, que são vulneráveis à manifestação alternativa da doença. A presença do Denv 4 aumenta a possibilidade de uma pessoa ser infectada novamente, evoluindo para a dengue hemorrágica, a forma mais grave da doença. No Paraná, em 2011, foi registrado um caso de Denv 4 importado e nenhum caso de replicação local (PARANÁ, 2013).

da OMS, que é de 1,0. A rotina de trabalho com a comunidade, envolvendo escolas, associações, veículos de comunicação e poder público foram decisivos para a diminuição do índice e a construção de uma rotina praticada pelo Comitê Municipal da Dengue.

Quadro 13 – Doenças de Notificação Compulsória – 2008/2012 – Índices para cada 100.000 habitantes

Doença de notificação	2008	2009	2010	2011	2012
Hepatite viral	132 (45,24)	98 (33,08)	180 (62,89)	231 (80,71)	189 (64,64)
Dengue	21 (3,42)	20 (1,25)	174 (41,92)	124 (33,19)	73 (24,96)
Malária	6*	2*	1*	14*	0
Meningite	84 (28,78)	59 (19,91)	34 (11,87)	43 (15,02)	62 (21,02)
Paracossidioidomicose (blastomicose)	5 (1,71)	3 (1,01)	4 (1,39)	0	3 (1,03)
Sífilis em gestantes	7 (0,96)	9 (1,21)	6 (1,36)	26 (5,96)	38 (5,2)
Toxoplasmose	42 (14,39)	17 (5,73)	30 (10,48)	15 (5,24)	14 (4,79)
Tétano acidental	0	1 (0,34)	1 (0,33)	1 (0,34)	1 (0,34)
Tuberculose	74 (25,36)	79 (26,66)	77 (26,9)	59 (20,61)	64 (21,88)
Varicela	788 (270,09)	140 (47,25)	2.758 (963,64)	589 (205,79)	668 (228,47)
Hanseníase	42 (14,39)	37 (12,48)	40 (13,97)	39 (13,62)	25 (8,55)
HIV/AIDS	58 (19,88)	43 (14,51)	63 (22,01)	41 (14,32)	68 (28,78)

Fonte: SMS; DVS; DVE/SINAN

* casos importados

Entre as doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência ou de redução recente, destacam-se as meningites, ocorrendo anualmente uma média, desde 2007, de 1.986 casos de diversas etiologias no Paraná. Dentre eles, 126 são de meningite meningocócica, 70 causadas por pneumococos, 19 de meningites tuberculosas e 351 de outras etiologias, ponderando o intervalo de 2007 a 2011 (PARANÁ, 2013).

As hepatites virais, principalmente as de etiologia B e C, são consideradas

um problema de grande relevância em saúde pública. A OMS estima que cerca de 2 bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B (HBV). A infecção pelo HBV é endêmica em muitas partes do mundo, estimando-se que existam aproximadamente 325 milhões de portadores crônicos desse vírus, cerca de 5% da população mundial (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) é considerada a doença infecciosa mais importante em todo o mundo, com cerca de 170 milhões de portadores.

Em Cascavel, os exames para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis são disponibilizados na rede desde 2003 através do "Fique Sabendo", protocolo municipal implantado nas UBS/USF. Estes podem podendo ser solicitados tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro dessas unidades e realizados no Centro Especializado de Doenças Infectoparasitária (CEDIP), onde funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com a oferta de exames laboratoriais e testes rápidos para estas doenças. Atualmente, 30% das unidades de saúde já disponibilizam o teste rápido para HIV/Sífilis, estando em estudo a ampliação e descentralização do teste para outras unidades, objetivando acesso para diagnóstico e encaminhamento precoce dos usuários para o tratamento.

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

Quadro 14: Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária – CID-10 por local de residência no período de 2008 a 2012

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	579	708	772	776	891
II. Neoplasias (tumores)	1.702	1.702	2.150	2.428	2.582
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	46	64	54	69	107
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	153	119	119	205	170
V. Transtornos mentais e comportamentais	393	352	358	372	336

VI. Doenças do sistema nervoso	139	210	199	198	216
VII. Doenças do olho e anexos	61	92	113	76	175
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12	16	17	20	31
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.961	1.776	1.754	2.024	2.050
X. Doenças do aparelho respiratório	1.204	1.505	1.172	1.718	2.402
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.385	1.383	1.380	1.509	1.690
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	232	248	275	210	226
XIII.Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	488	575	513	516	500
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	889	1.245	1.124	922	1.109
XV. Gravidez, parto e puerpério	2.755	3.765	3.647	3.562	3.811
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	212	320	292	395	475
XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	143	151	142	142	178
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	360	198	606	642	898
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	2.023	2.882	2.754	2.495	2.535
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	2	-	5	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.305	1.566	922	559	472
TOTAL	16.044	18.879	18.363	18.843	20.854

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

Classificando por ordem crescente do número de internações: 1) as causas externas ocuparam o primeiro lugar de 2008 a 2011; 2) Em 2008, as neoplasias detinham o terceiro, ascendendo ao segundo e despontou como primeira causa em 2012, com crescimento de 51,7%; 3) As doenças respiratórias assumiu o segundo lugar em 2012, com aumento de 42% entre 2008 e 2011; 4) As doenças do aparelho digestivo e geniturinário também apresentaram pequena elevação em número absoluto; e, 5) Entre 2008 e 2012 houve um crescimento de 29,9% do número de internações.

Quadro 15 – Classificação crescente de incidência por CID-10, entre 2008 a 2012.

Classificação	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
1º	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Neoplasias

2º	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Neoplasias	Causas externas
3º	Neoplasias	Neoplasias	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório	Aparelho Respiratório
4º	Aparelho Digestivo	Aparelho Respiratório	Aparelho Digestivo	Aparelho Respiratório	Aparelho Circulatório
5º	Aparelho Respiratório	Aparelho Digestivo	Aparelho Respiratório	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo

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

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

Quadro 16 – Indicadores relacionados à Atenção Básica

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012
Razão de exames de colpocitologia oncótica	0,58	0,60	0,63	0,65	0,65
Razão de mamografias realizadas	0,35	0,28	0,50	0,51	0,60

Fonte: DataSUS

Devido ao aumento da expectativa de vida, consequentemente, o processo de envelhecimento populacional, a taxa da população idosa internada por fratura de fêmur constitui-se como indicador de referência da política de saúde para este público. O método de cálculo anteriormente era baseado em códigos de procedimentos, sendo alterado para listagem por CID-10. Esta mudança elevou a taxa anual, o que não exime a atuação na prevenção de quedas pelos serviços de saúde (quadro 17).

Quadro 17 – Taxa de fratura de fêmur na população idosa de 2008 a 2012.

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de fratura de fêmur	24,64	25,02	26,05	28,85	27,41

Fonte: DataSUS

As causas externas (acidente do trânsito e a violência) têm aumentado significativamente em todas as regiões do Paraná. Em 2000, 5.469 óbitos foram por acidentes e homicídios. Em 2009, esse número aumentou para 7.795 óbitos, um acréscimo de 42,5% (PARANÁ, 2013).

No município, em relação ao controle dos agravos relacionado às causas externas, foi criado em 2010 o Comitê intersetorial de Prevenção da Mortalidade por Acidentes de Trânsito (COTRANS), que tem entre os seus objetivos a criação de um Sistema de Informação de Trânsito (SIGETRANS), que reunirá os dados gerados pelos atendimentos dos órgãos de fiscalização, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e hospitais, propiciando a integração dos diversos sistemas e a adoção de ações efetivas para o controle deste tipo de agravo.

Uma das políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para um melhor conhecimento da realidade acerca do impacto da violência na saúde da população e para o estímulo da cultura de paz e promoção da saúde é a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio de inquérito bienal sobre violências e acidentes atendidos nos serviços Sentinela para esses agravos nas capitais e municípios estratégicos (VIVA Inquérito) e a implantação e a implementação da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net) nos serviços de Saúde (VIVA/SINAN), inclusive com obrigatoriedade da notificação desses agravos para todos os estabelecimentos de saúde (Portaria 104, de 25 de novembro de 2011).

Em contraste à dinâmica do processo de morbidade observados no quadro 20, os aspectos gerais de mortalidade mantém um padrão comum de apresentação das principais causas de óbitos, como podemos observar nos quadros a seguir.

Quadro 18 – Mortalidade Geral por Local de Residência – período de 2008 – 2012

Capítulo CID-10	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	40	39	36	47	52

II. Neoplasias (tumores)	296	294	298	342	361
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	6	3	7	7	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	60	67	72	76	77
V. Transtornos mentais e comportamentais	12	10	21	14	11
VI. Doenças do sistema nervoso	30	35	39	41	51
IX. Doenças do aparelho circulatório	448	423	427	455	466
X. Doenças do aparelho respiratório	136	172	165	201	189
XI. Doenças do aparelho digestivo	63	92	72	88	90
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	3	-	1	4
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	9	7	7	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23	32	27	40	29
XV. Gravidez, parto e puerpério	3	2	2	1	0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	32	34	22	24	41
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	14	18	18	18	20
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	26	23	21	36	21
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade					352
TOTAL	**1.447**	**1.521**	**1.515**	**1.684**	1778

Fonte: MS; SVS; Dasis; SIM

A primeira causa de mortalidade em Cascavel está relacionadas as doenças do aparelho cardiovascular, correspondendo, em média, a 28% dos

óbitos notificados. Por conseguinte, as neoplasias, as causas externas, as doenças dos aparelhos respiratório e digestivo formam a base predominante deste cenário epidemiológico. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008, mostrou, em sua última edição, que, no total da população residente, 31,3% afirmou ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%) e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011b).

O coeficiente de mortalidade geral para o ano de 2012 foi de 5,78/1.000 habitantes, com percentual de crescimento relativo de 15% em cinco anos. Chamamos a atenção para a ocorrência de neoplasias, que, no período de análise, teve um aumento de 14% no número de mortes. A taxa de mortalidade prematura9 da população entre 30 a 70 anos, em 2012, foi de 38,45/10.000 habitantes.

Quadro 19 – Classificação crescente por incidência de agravo por CID-10.

Classificação	2008	2009	2010	2011
1°	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório
2°	Neoplasia	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
3°	Causas externas	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
4°	Aparelho Respiratório	Aparelho Respiratório	Aparelho Respiratório	Aparelho Respiratório
5°	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo

No Paraná, semelhantemente, o primeiro lugar é ocupado pelas doenças do aparelho cardiocirculatório (Infarto Agudo do Miocárdio [IAM] e Acidente Vascular Cerebral [AVC]), que representam 29,3% dos óbitos; sendo seguida pelas neoplasias, com 17,8% dos óbitos e o terceiro lugar são as causas externas, com 13,8% dos óbitos (PARANÁ, 2013). Ressaltamos que a mortalidade na fase juvenil estão relacionados Às causas externas, enquanto na terceira idade há a prevalência das doenças crônico-degenerativas.

9 Indicador de saúde denominado de taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

2. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

A Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) está organizada administrativamente em três departamentos: Administrativo, de Atenção à Saúde e de Vigilância em Saúde. Contém 60 serviços, 36 unidades de atenção primária, três farmácias, 14 serviços de atenção especializada, Serviço de Apoio Diagnóstico, Unidade de Controle de Vetores e quatro prédios administrativos (Central de Regulação, Patrimônio, Almoxarifado e Secretaria).

A Rede de Atenção à Saúde constitui-se de um conjunto de serviços de diferentes funções e perfis de atendimento, que trabalham de forma ordenada e articulada no território, com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população cascavelense.

Está dividida em sete setores: Atenção Básica, Saúde Bucal, Atenção Especializada, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Apoio Diagnóstico e Urgência e Emergência.

Cada serviço funciona como ponto de atenção, onde o cuidado em saúde é oferecido em lócus e de forma integrada, buscando em conjunto garantir a assistência integral e contínua à saúde dos usuários do SUS.

2.1 Atenção básica

A Atenção Básica (AB) vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco-regionais de saúde, bem como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações individuais e coletivas que envolvem a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, a proteção e a recuperação de doenças, através da oferta de serviços e da assistência à saúde realizada por equipe multidisciplinar.

Desta forma, o papel do profissional de saúde é fomentar e desenvolver ações no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à vigilância à saúde na defesa da qualidade de vida.

A Divisão de Atenção Básica contem 36 unidades de saúde, sendo 25 na área urbana (14 UBS e 9 USF) e 9 USF localizadas nos distritos, com uma cobertura de 39,98% de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 16,00% da Estratégia Saúde da Família (ESF). As unidades estão distribuídas em três distritos sanitários, sendo dois urbanos (Note e Sul) e

um na área rural. O período de atendimento diário são de 12 horas (UBS) e 8 horas (USF).

A equipe de saúde é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, atendente de farmácia e zeladores. Em algumas unidades, a coordenação é realizada por um administrador hospitalar.

São rotinas da atenção básica: acolhimento; consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; agendamento para especialidades; pré-natal; puericultura; vacinação; curativos; dispensação e administração de medicamentos; visita domiciliar; formação de grupos operativos; vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), outras doenças infectocontagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, enfermidades relacionadas com o trabalho e o meio ambiente, entre outras.

Salientamos que a AB é a porta de entrada preferencial do sistema e que o acesso a estes procedimentos dependem da organização da agenda programática de saúde, das condicionalidades e vulnerabilidades sociais e do processo de gestão da clínica, os quais refletem o compartilhamento da responsabilidade da integralidade do cuidado entre profissional e usuário, órgão de gestão e unidade de saúde, incidindo no planejamento e na operacionalização do serviço. Assim sendo, toda ação deve observar os seguintes princípios:

Universalidade: todos os cidadãos têm direito de acesso ao SUS, independentemente da estratégia organizada para o seu cuidado.

Equidade: propõe tratamento diferenciado a pessoas ou populações sujeitas a diferentes riscos de adoecer e morrer e que possuem diferentes padrões e possibilidades de acesso aos serviços. Para implementá-la, é necessária a definição de prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da assistência à saúde.

Integralidade: reconhecimento do direito e da garantia de acesso de todo cidadão a todos os tipos de serviços de atenção à saúde.

Participação Social: todas as pessoas envolvidas tornam-se parceiras ativas na tomada de decisões sobre recursos e formas de organização. Deve transcender os espaços formais de controle social e de gestão colegiada, propiciando o efetivo envolvimento dos diversos atores do setor saúde.

Acessibilidade: conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam ou impedem a entrada do usuário na rede de serviços. Podem ser condições físicas, de natureza cultural, administrativa, da organização dos serviços e ligadas às características da oferta e da disponibilidade de recursos.

Educação Permanente: todas as unidades e serviços de saúde compreendem como um local de aprendizagem contínua, participativa e potencialmente transformadora dos processos de trabalho, podendo operar em direção ao fortalecimento dos princípios da humanização e da gestão participativa.

Intersetorialidade: a Atenção Básica participa do planejamento e do desenvolvimento de ações intersetoriais com definição de prioridades, buscando a articulação com as diversas políticas sociais implementadas no município, incluindo as iniciativas da própria comunidade e de instituições atuantes, tornando mais efetivas as intervenções nos diversos problemas demandados pela população.

Humanização: entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), pressupõem a autonomia dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Em torno da temática do acesso, distribuição e resolubilidade das rotinas assistenciais, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), o qual tem como finalidade a avaliação do processo de gestão e ordenamento das práticas de saúde das equipes da ESF, baseado em indicadores de acesso e cobertura assistencial. O PMAQ possibilita analisar se as necessidades de saúde da população, existentes ou em potencial, estão sendo atendidas de forma otimizada pelas unidades, dado o conhecimento atual a respeito de distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas de saúde.

O PMAQ está dividido em quatro fases sendo:

1) formalização de adesão pelo município, com contratualização por meio de indicadores e aprovação pelo Conselho de Saúde;

2) autoavaliação utilizando instrumentos do PMAQ;

3) Avaliação externa mediante processo de certificação das equipes;

4) Recontratualização com instituição de novos parâmetros de qualidade.

Para cada equipe inscrita no programa, o Ministério da Saúde destina um incentivo financeiro, transferido fundo a fundo, dentro do componente do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, disponibilizado 20% no ato da adesão e o restante conforme o desempenho da equipe, considerando o processo de certificação.

Em 2011, a SESAU inscreveu as dez equipes de ESF existentes. Entretanto, somente foram selecionadas 50%. No resultado da avaliação externa, quatro equipes alcançaram nota "ótimo" e uma "bom" – conforme classificação adotada pelo MS. No Estado, 29,64% obtiveram nota "ótimo" e em nível nacional, 18,72%.

Em 2009, um grupo de trabalho formado por profissionais do Departamento de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde iniciaram o processo de territorialização das UBS/USF, utilizando como ferramenta a Estimativa Rápida Participativa. As oficinas ocorreram ao longo do ano de 2011 na área urbana e no mês de março de 2012 nos distritos.

No total, foram realizadas 25 oficinas, onde estiveram envolvidos a equipe de saúde local e a comunidade, em atividades como visitas com informantes chaves, passeio ambiental, confecção de mapa inteligente, etc. Este processo possibilitou o estabelecimento do perfil demográfico e epidemiológico, com redefinição das áreas de abrangência e a construção de projetos para os principais problemas socioambientais e de saúde, elencados e ordenados conforme o grau de vulnerabilidade social. Neste sentido, a territorialização forneceu informações essenciais para a elaboração do planejamento estratégico situacional por unidade, organizando o processo de trabalho, bem como a definição das áreas de risco.

Destaca-se que o planejamento em saúde possibilita o gerenciamento da gestão do cuidado, por meio de uma assistência contínua e racionalizada à demanda, com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando o vínculo com o usuário. Isto reforça a importância da educação em saúde na prevenção de doenças e na determinação de aspectos que valorizam a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida.

Para tanto, a Atenção Básica desenvolve ações programáticas relacionadas aos seguintes programas de saúde: Plano de Reorganização da Assistência para Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melittus; Programa da Erradicação e Controle da Tuberculose; Programa de Controle da Hanseníase;

Programa de Controle do Tabagismo; Programa Nacional de Imunização; Pré-Natal e Puerpério; Puericultura; Planejamento Familiar; Prevenção do Câncer Ginecológico; Alimentação e Nutrição; e Programa de DST/HIV.

Interligado e intrinsecamente imperativo à implementação dos programas estão as politicas de saúde, que podem focar um grupo etário ou social, ou seja, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Saúde do Idoso.

Para implementação destas políticas, a SESAU trabalha na formulação de linhas de cuidado, que contemplem a organização da rede assistencial – com definição de fluxos de atendimento e de protocolos clínicos – e o estabelecimento de um cronograma de educação continuada.

A alimentação e a nutrição são fatores de proteção ou de risco para ocorrência de maior parte das doenças e das causas de morte na população brasileira. A SESAU tem intensificado esforços para fortalecer essa área, tanto com ações de promoção da alimentação saudável quanto em ações de prevenção das doenças crônicas, distúrbios metabólicos e nutricionais.

As ações que as unidades desenvolvem em relação à promoção da Alimentação Saudável compreendem:

1) educação nutricional para os grupos de lactentes, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças e adolescentes em idade escolar e obesos;

2) Capacitação de enfermeiros para o desenvolvimento da Rede Amamenta e Alimenta Brasil;

3) Prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros);

4) Incentivo à prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos);

5) Monitoramento do padrão alimentar e o estado nutricional por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

6) Entrega de materiais educativos em eventos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde;

7) Avaliação e orientação nutricional em todos os ciclos de vida.

O Programa de Controle do Tabagismo foi implantado em 2009 com a capacitação de equipes de referência para o tratamento, baseado na abordagem cognitivo comportamental. O programa tem como objetivo estimular

os tabagistas a abandar o vício por meio de atividades de grupos de apoio, além de realizar campanhas de conscientização para promoção de ambientes livres da tabaco (Lei Estadual Antifumo 16.239/09).

Até o final de 2012, 900 tabagistas fizeram o tratamento, com resultado de 25% de abandono, ou seja, não participaram das quatro sessões previstas. Entre as pessoas que finalizaram o processo, 83% pararam de fumar, sendo que 98% delas utilizaram alguns dos medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo programa.

O Programa Saúde na Escola teve sua universalização em 2013. Anteriormente, somente podiam se inscrever municípios com baixo IDH-M. A Portaria Interministerial 1413, de 14 de julho de 2013, possibilitou a adesão do município ao programa, estando previsto no componente I (Responsabilidade das Equipes da Saúde) a verificação das medidas antropométricas, da carteira de vacinação e aferição da pressão arterial; a avaliação clínica para identificar sinais de agravos de saúde negligenciados, observando indicadores epidemiológicos locais; identificação de alunos com problemas buscais e dificuldade de audição e visão; e encaminhamento de alunos sem registro civil.

No componente II, a escola e a equipe de saúde abordarão, por meio de atividades educativas/de orientação, os seguintes temas: promoção da alimentação e modos de vida saudáveis; práticas corporais; riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; bullying; homofobia; saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e hepatites virais.

A Rede de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher (Rede Ninar) foi instituída em 2011, mediante a mobilização nacional em torno da rede assistencial à gestante e ao recém-nascido – denominado pelo Ministério da Saúde de Rede Cegonha e pela SESAU de Rede Mãe Paranaense. Pressupõe um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante; o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas; a realização de 17 exames; a classificação de risco das gestantes e das crianças; a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco; a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

São componentes desta Rede:

- A atenção primária, composta pelas unidades de saúde e o Programa Ninar;

- A atenção secundária e terciária, composta pelos ambulatórios e hospitais;

- Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (tratamentos);

- Os sistemas logísticos: Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), Sistema de Informação do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), prontuário (carteira da criança e da gestante), transporte sanitário eletivo e de urgência, e a regulação do sistema.

2.2 Assistência odontológica

A assistência odontológica à população de Cascavel contempla a Divisão de Odontologia, que conta atualmente com 31 clínicas odontológicas e dois Centros Especializados Odontológicos (CEO). As equipes de saúde bucal são compostas por cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de consultório dentário, os quais realizam ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal em todos os ciclos de vida.

As ações coletivas visam educação em saúde, inclusão e empoderamento comunitário e são realizadas nas escolas, eventos e demais espaços da comunidade.

A atenção clínica compreende os procedimentos básicos em odontologia, como o diagnóstico de lesões bucais, restaurações, extrações, remoção de tártaro, profilaxia, fluorterapia, selantes, procedimentos de urgência, entre outros.

Quando indicado pelo cirurgião-dentista, é realizado o encaminhamento para o CEO para tratamento em endodontia, periodontia, diagnóstico bucal, odontopediatria e prótese. Todas as clínicas estão equipadas para a realização de radiografias para auxiliar no diagnóstico.

O atendimento odontológico também está contemplado na atenção domiciliar com um cirurgião-dentista no Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID).

2.3 Assistência em saúde mental

A conformação da Rede de Atenção em Saúde Mental tende às diretrizes da reforma psiquiátrica, tais como foram definidas na 3ª Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental, em contrapartida à desinstitucionalização dos manicômios. Fazem parte desta rede as UBS/USF, os CAPS, os

ambulatórios de psiquiatria, as residências terapêuticas, o hospital geral/psiquiátrico e as comunidades terapêuticas.

O cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico, devido à proximidade do profissional de saúde com o contexto social do usuário, da sua família e comunidade, o que possibilita a criação de vínculos e o acompanhamento do tratamento, com mediação entre as necessidades de atenção primária e da atenção especializada.

Os CAPS constituem-se como uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. O município possui três unidades: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-i) e Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III).

Os CAPS têm como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, com acolhimento de usuários com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O processo de trabalho abrange, além do plano terapêutico, o suporte matricial para a rede básica, articulando a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, bem como o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Neste sentido, o CAPS-AD é um serviço voltado para o atendimento de crianças e adolescentes usuários e dependentes de substâncias psicoativas (álcool e drogas). O CAPS-i é um serviço com característica de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública municipal destinado a crianças e adolescentes com transtorno mental e de conduta.

O CAPS III constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diárias, feriados e finais de semana. Presta atendimento a usuários adultos com transtorno mental severo e transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental constituem-se em moradias ou casas na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas adultas com transtornos mentais e com graves dependências institucionais, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares. Estes serviços devem atuar como suporte, promovendo a reinserção gradual destes indivíduos à vida comunitária.

O Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM) é um serviço voltado ao atendimento de adultos que apresentam sofrimento psíquico, desvio de comportamento e dependência química (bem como suas famílias), buscan-

do sua ressocialização e o exercício da cidadania.

2.4 Assistência farmacêutica

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

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), no seu artigo 6º, determina como campo de atuação do SUS a "formulação da política de medicamentos (...)" e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela "execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica". A referida Lei aponta ainda para a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria 3.916/98.

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

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

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

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

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

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

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

A Divisão de Assistência Farmacêutica no município foi instituída pela Lei 5.307, de 14 de setembro de 2009, a quem cabe formular e implementar a Política de Assistência Farmacêutica, coordenando e executando as atividades

des relacionadas ao planejamento das ações e gestão de programas, projetos e processos, além de formular, coordenar e monitorar as atividades inerentes à qualificação dos serviços farmacêuticos, elaborando diagnósticos que subsidiem sua estruturação, capacitação e desenvolvimento de pessoas, estabelecer parcerias para fins de cooperação técnica e científica com instituições de ensino e pesquisa, sociedades científicas, associações e conselhos de classe, entre outros.

Estruturalmente, a Assistência Farmacêutica é constituída por duas Farmácias Básicas, Farmácia de Medicamentos Especiais, Farmácia Popular, três Farmácias Hospitalares, Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM/CEDIP), distribuição de medicamentos nas 36 unidades de saúde – das quais dezoito possuem equipes de saúde da família – e por uma Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos (CAFI).

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

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

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

2.5 Atenção domiciliar

Tendo em vista a necessidade de estabelecer um equipamento de saúde que vislumbrasse a incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, o Ministério da Saúde publicou a

Portaria 2.029, de 24 de agosto de 2011, que instituiu a atenção domiciliar no SUS.

A atenção domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências. Baseia-se no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados, integrada às redes de atenção à saúde.

O Programa de Atendimento a Internação Domiciliar (PAID), criado em 2006, é composto por três equipes multiprofissionais e atende em média 230 pacientes/mês em domicílio. Este programa foi referência para construção da Política Nacional de Atendimento Domiciliar. Tem como pressuposto auxiliar familiares e pacientes para o fortalecimento do autocuidado, diminuindo, assim, o uso da rede hospitalar e aumentando significativamente a qualidade de vida. É destinado a pacientes acamados com doenças crônicas, que tem dificuldades de acesso aos serviços ambulatoriais e apresentam um quadro agudo da doença.

2.6 Tratamento de DST, AIDS e hepatites virais B e C

O Centro Especializado em Doença Infectoparasitárias (CEDIP) destina-se ao atendimento municipal e regional de usuários portadores de doenças infecciosas e parasitárias, realizando prevenção, diagnóstico e tratamento especialmente das DST/AIDS e hepatites virais B e C.

Atende os casos de doenças infectoparasitárias (adulto e infantil) e conta com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realiza atendimento a população com maior vulnerabilidade de infecção a DST/AIDS. O Hospital Dia no tratamento de AIDS é referência no atendimento de violência sexual e na profilaxia de DST.

2.7 Atenção às urgências

O perfil epidemiológico de morbimortalidade interfere significativamente na organização da rede de urgências. O aumento do número de acidentes, a violência urbana e o crescimento e envelhecimento da população demandam alto consumo dos serviços de urgência. A insuficiente estruturação da rede de atenção corrobora para o estrangulamento desses serviços (PARANÁ, 2013).

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de ar-

ticular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde.

A operacionalização fundamenta-se no acolhimento dos casos agudos demandados pelos serviços de saúde e/ou atendidos pelo transporte sanitário de urgência, ordenados por classificação de risco, a qual determina o caráter emergencial ou de urgência de atendimento. A articulação intersetorial deve possibilitar a referência e a contrarreferência, assegurando a continuidade do tratamento.

Cascavel contém três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), componentes pré-hospitalares fixos, sendo que duas delas são para atendimento a adultos e uma para crianças. Nelas são realizadas consultas clínicas (de urgência e emergência), com suporte laboratorial e radiológico para diagnóstico e priorização para linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, conforme a politica nacional.

Estão instaladas duas bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel. As chamadas telefônicas efetuadas, por meio do número 192, são direcionadas para um médico regulador que coordena o trabalho das ambulâncias.

A rede de urgência passa por uma reestruturação, com a previsão de abertura de mais uma UPA e o SAMU regional, ambos em fase de implantação.

2.8 Laboratórios de saúde pública

O Laboratório Municipal de Cascavel atua desde a sua criação, em 1975, especificamente na realização de exames voltados à atenção básica e exames de notificação compulsória, com atividades voltadas à saúde pública, atuando nas áreas de análise e patologia clínica, conforme a Lei Orgânica nº 8.080/90.

Na área de vigilância epidemiológica, atua no diagnóstico e monitoramento de doenças de interesse em saúde pública, principalmente as relacionadas na Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, encaminhando as amostras de interesse da epidemiologia e controle de doenças ao Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

O Laboratório Municipal realiza exames em sua sede por meio de coletas internas e externas realizadas por 34 unidades e serviços (UBS, USF, UPA

e demais serviços), além da realizar testes para diagnóstico de HIV, tuberculose e hanseníase para os 25 municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde. Realizou 476.864 exames em 2011 e 548.588 procedimentos em 2012, representando um acréscimo de aproximadamente 15%.

2.9 Atenção especializada

Como ponto de atenção secundário para o atendimento de mulheres com alto grau de risco gestacional, o município possui um ambulatório de referência, denominado Ambulatório de Gestação de Alto Risco. O acompanhamento do pré-natal é de responsabilidade da Atenção Primária. Porém, as situações em que são detectadas doença materna ou condição sociobiológica que possa trazer prejuízo ao feto são encaminhadas para este ambulatório, tendo em vista a disponibilidade de instrumentos de apoio diagnóstico, como ultrassom. Desta forma, este serviço é parte integrante da Rede Ninar.

Coadjuvante ao processo de acompanhamento de crianças e adolescentes, o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) assume a responsabilidade pelo atendimento especializado do público de 0 a 18 anos, por meio da oferta de atendimento ambulatorial nas diferentes especialidades (Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Odontologia).

As UBS/USF são a porta de entrada deste serviço, com exceção dos encaminhamentos para a odontologia e oftalmologia, que podem ser acessados pelas escolas municipais, em articulação com a Secretaria de Educação.

2.10 Vigilância em saúde

O diagnóstico e a intervenção sobre as condições de saúde de uma população é realizado por meio da vigilância em saúde. Este trabalho tem como instrumento norteador o processo de territorialização, considerando que a análise permanente da situação de saúde da população produz um conjunto de informações que subsidiam o planejamento de ações para o controle dos determinantes, riscos e agravos em um determinado território, resguardando ao usuário e sua família e à coletividade o direito de acesso e integralidade da atenção à saúde.

Neste sentido, a implementação da vigilância em saúde promove a arti-

culação

de conhecimentos e técnicas necessárias para a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Concernente ao planejamento estratégico, as ações de vigilância perpassa todos os níveis de atenção, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde, de forma que o processo de trabalho, principalmente da atenção primária (visualizando a formação de redes de atenção) seja condizente com a realidade social e epidemiológica e com as tecnologias disponíveis para o monitoramento e avaliação. A atuação conjunta entre os setores de vigilância em saúde e atenção primaria possibilita o estabelecimento de práticas de prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clinica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros (BRASIL, 2010).

2.11 Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica pode ser definida como um "conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (BRASIL, 2010).

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

O banco de dados de responsabilidade da vigilância epidemiológica pode ser acessado por consulta ou através da divulgação dos boletins epidemiológicos, destacando-se a ocorrência dos agravos – tanto pela incidência ou pela prevalência – e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde.

A fim de dimensionar e monitorar os acidentes e violências, o Ministério da Saúde implantou em 2006 a Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (VIVA), com o propósito de conhecer as características, a distribuição e a magnitude das violências e acidentes, buscando

subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz.

Para monitoramento das situações de violência, foi instituída a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, de forma a criar um banco de dados que permita tipificar as características e o grupo social vulnerabilizado. Quarenta e oito estabelecimentos – entre UBS/USF, serviços especializados e de urgência e hospitais – realizam a notificação, concomitante ao acionamento da rede de proteção.

2.12 Vigilância ambiental em saúde

A vigilância em saúde ambiental visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana (BRASIL, 2010).

A incorporação da vigilância ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. Os determinantes e condicionantes ambientais causadas pela urbanização e que alteram as condições de saúde de uma população são objetos de estudo desta vigilância, principalmente, aqueles que interferem na qualidade do ar, do solo e da água para consumo humano, podendo estar relacionados a desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho.

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

O sistema de informação utilizado é a **Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIÁGUA), que consiste no monitoramento da qualidade da** água, de acordo com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, e dos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. A SESAU possui uma equipe responsável pela coleta de amostra, encaminhamento para análise e registro no sistema. Também são utilizados espaços em eventos para divulgação dos trabalhos e educação em saúde.

Os demais sistemas de vigilância são a **Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO) e a Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Contaminação do Ar (VIGIAR), os quais serão implantados com a ampliação da equipe.**

2.13 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde (Lei Federal 8.080/90, art. 6º, inciso I).

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

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

Desenvolve ações de caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e, em última instância, punitivo. São de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal e ocorrem de forma hierarquizada (Lei 8.080/90). A Portaria 1565, de 26 de agosto de 1994, institui o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Lei Federal 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A VISA é uma atividade de caráter intersetorial, pois a qualidade do seu trabalho depende:

- Da integração entre vários setores (saneamento, abastecimento de água, agricultura, polícia, Ministério Público, defesa do consumidor, etc.).
- Do envolvimento de diferentes esferas de governo (Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário).

- Da cooperação de organizações da sociedade civil (organizações de defesa do consumidor ou de portadores de enfermidades, etc.).

Além disso, precisa da parceria da sociedade, tanto para desenvolver suas tarefas cotidianas de fiscalização e controle quanto para alcançar junto aos gestores municipais, estaduais e nacionais a atenção correspondente à sua importância.

São atribuições da VISA:

1) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA;

2) Instauração de processos administrativos de VISA;

3) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA;

4) atividades educativas para população;

5) atividades educativas para o setor regulado;

6) recebimento de denúncias;

7) atendimento de denúncias.

A análise de cada atributo tem como pressuposto a avaliação, gerenciamento e a comunicação do risco. A avaliação do risco estabelece a relação entre o risco e os benefícios de produtos e serviços de saúde ou de interesse da saúde. É uma atividade de caráter estatístico, realizada em diversas etapas, de alto custo e que envolve pessoal altamente qualificado, metodologias específicas e equipamentos sofisticados. A gerência do risco, etapa posterior à avaliação, compreende a administração e o monitoramento, onde a tomada de decisão objetiva o controle do risco, confrontando-se os dados técnicos da avaliação com inúmeros fatores conjunturais de ordem cultural, econômica e política. A comunicação do risco é tarefa obrigatória dos órgãos de VISA, no sentido de divulgar informações que melhorem a consciência sanitária do setor regulado e da população. O principal instrumento de trabalho são as Normas Regulamentadora (NR) e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC).

A vigilância em saúde do trabalhador está atualmente incorporada à Divisão de Vigilância Sanitária**.** A Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi instituída em 2004, apresentando sua revisão com a publicação da Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012, e visa atenção integral à saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção e à proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos

modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

2.14 Rede hospitalar

Cascavel pode ser considerada um importante polo de medicina, com a presença de nove hospitais, três universidades com cursos na área da saúde, sendo que duas delas ofertam o graduação em Medicina. A quantidade de estabelecimentos, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguem abaixo:

Quadro 20 – Estabelecimentos e tipo de prestador, segundo dados do CNES – Paraná no ano de 2012.

Tipo de estabelecimento	Público	Privado	Filantrópico	Total
Policlínica	0	3	0	3
Unidade Básica de Saúde	36	0	0	36
Posto de Saúde	1	0	0	1
Clinica especializada/ ambulatório especializado	0	0	0	114
Consultório isolado	0	316	0	316
Hospital geral	1	6	0	7
Hospital especializado	0	1	5	6
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	1	32	0	33
Unidade de vigilância em saúde	1	0	0	1

Fonte: CNES

Segundo o CNES, existem no município 1.046 leitos, o que equivale a um coeficiente de 3,57 leitos por 1.000 habitantes. No entanto, estão conveniados ao SUS somente seis hospitais, com oferta de 387 leitos, diminuindo o valor da equação para 1,32 leitos/1.000 habitantes. Para efeito do cálculo, utilizou-se a população estimada para 2012 pelo DataSUS.

Segundo dados do SIH, houve 20.854 internações em 2012, correspondendo a 7,13% de internação da população geral, sendo que os principais motivos foram os procedimentos de parto e puerpério, neoplasias, causas externas e doenças cardiovasculares. Em comparação ao Paraná, o número de leitos existentes no Estado por 1.000 habitantes é de 2,7 e o de leitos SUS é de 2,0.

Porém, há distribuição desigual nas regiões do Estado. Por exemplo, a 1ª Regional de Saúde (Paranaguá) tem a relação de 1,3 leitos/1.000 habitantes

e 0,9 leitos SUS/1.000 habitantes. Considerando a população de 10.492.050 habitantes e o total de 776.640 internações em 2011, o Estado do Paraná internou 7,4% da população no ano de 2011 (PARANÁ, 2013).

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), vinculado à Unioeste, é o único hospital público que está credenciado no Ministério da Saúde para alta complexidade em ortopedia, obstetrícia, neurologia e cirurgia vascular.

Cascavel possui dois grandes hospitais para o tratamento de oncologia, sendo referência regional, estadual e interestadual. A presença destes prestadores no município possibilita que os casos detectados nas unidades de saúde sejam encaminhados diretamente para avaliação e tratamento.

Quadro 21 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, dados do CNES – Paraná no ano de 2012

Especialidade	Público		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgico	52	52	437	246
Clínico	69	69	277	177
Obstétrico	14	14	78	37
Pediátrico	25	25	65	44
Outras especialidades	1	1	1	1
Hospital-dia	7	7	9	7
UTI	34	34	179	75

Fonte: CNES

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da ESF, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico (BRASIL, 2013b).

2.15 Consórcio Intermunicipal de Saúde

O Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná (CISOP) foi criado em 1995 e é formado pelos 25 municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde, com sede em Cascavel.

O CISOP possui duas fontes de financiamento:

1) Recursos do Piso de Atenção Básica Fundo a Fundo (PAB/FAF), provenientes da União, dispensado com base no planejamento e atividades ligados ao SUS

2) Para complementar os demais orçamentos do **CISOP**, os municípios associados contribuem através de mensalidade, proporcional à população de cada município e estes, por sua vez, recebem em troca os serviços oferecidos pelo **consórcio.**

Os serviços prestados são de caráter eminentemente ambulatorial, relacionados á atenção especializada, sendo estes: consultas médicas, exames de patologia clínica, anatomopatológico, por imagem e pequenas cirurgias. Os procedimentos são distribuídos por cotas, deliberados em assembleia, sendo que o número de cotas é determinado pela população residente de cada município. Ressaltamos que o Município de Cascavel é responsável por 56% das cotas.

O processo de pactuação dos programas e cotas para Cascavel, da parte correspondente ao CISOP, é acompanhado pela Divisão de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde e os procedimentos liberados pela Central de Regulação.

3 GESTÃO EM SAÚDE

O planejamento é a ferramenta pela qual a partir da análise indicamos os meios para alcançar um objetivo, é o instrumento de ação governamental para a produção de políticas. A SESAU, considerando que esta construção política e de organização deve acontecer de forma coletiva, busca, por meio dos diretores dos departamentos, criar espaços para discussão dos instrumentos de gestão, com a finalidade de instigar o conhecimento, a análise e formulação das diretrizes, metas e objetivos, com vistas a fortalecer o processo decisório, reforçando principalmente o compromisso dos departamentos e divisões em articular as ações necessárias, em conjunto com os serviços, para o alcance das metas.

A valorização desta etapa contribui significativamente para a melhoria do processo de trabalho, visto que o planejamento interfere quantitativa e qualitativamente na produção dos serviços, na forma e distribuição dos equipamentos e no delineamento dos fluxos de atendimento, aumentando a efetividade e a resolutividade das práticas assistenciais, assegurando com qualidade o acesso ao sistema.

Neste sentido, é possível desenvolver um trabalho em torno dos indicadores de saúde, devido à mobilização para o monitoramento e avaliação dos parâmetros, ao passo que a redefinição da estrutura e organização cooperam para a diminuição dos índices de morbimortalidade e para a elevação percentual de controle e prevenção de doenças.

Ressalta-se que o movimento politico desencadeado pela transição do Pacto pela Saúde para o COAP acelerou o processo de descentralização administrativa do SUS para os municípios, ampliando a responsabilidade sobre o gerenciamento do sistema nos três níveis de atenção.

Cabe ressaltar que na atual conjuntura existente há uma mobilização das secretarias municipais de saúde para que a concretização do COAP seja mediada por uma ampla discussão, principalmente na quantidade de recursos financeiros que serão repassado aos municípios.

A contratualização do COAP é baseada na pactuação de serviços por região de saúde, outorgadas pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Os CGR são espaços democráticos de cooperação dos gestores do SUS. Criados em 2007, tem como atribuição a discussão da organização da região de saúde, com base na rede de serviços existente e na programação das ações e práticas correspondentes à necessidade local e regional de saúde desta população, em observância às transferências federais de financiamento. No Estado do Paraná, é utilizado a denominação de Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Regional, com participação de representantes da SESAU e os secretários de Saúde ligados a uma Regional de Saúde (macrorregional).

Observamos a existência de outra instância, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o qual promove a discussão das diretrizes intermunicipais ligadas às secretarias de Saúde, com base na criação e manutenção de núcleos temáticos. São espaços onde secretários municipais de Saúde e assessores reúnem-se para realizar estudos e preparar informações, visando fortalecer a decisão dos colegiados a que cada um está inserido. Ocorre com periodicidade mensal antecedendo as discussões da CIB. Esta é uma instância regionalizada do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com realização de congresso anual e eleição de diretoria a cada dois anos.

3.1 Financiamento

O financiamento da área da saúde é realizado por meio de recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares, conforme disposições presentes na Constituição Federal, no capitulo correspondente à Seguridade Social e discriminado na Lei 8.080/90. A Emenda Constitucional (EC) 29/2000 definiu os percentuais mínimos de aplicação de recursos de cada ente federativo, sendo posteriormente regulamentada pela Lei Complementar 141/2012.

O repasse de recurso é feito por meio de transferência fundo a fundo, do fundo Nacional para os Estados e do fundo estadual para os municípios, condicionada à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). O montante de recursos é definido com base na população adstrita e na pactuação inerente aos programas descentralizados do Ministério da Saúde, explicitados nos instrumentos de gestão.

Os instrumentos de gestão constituem-se como pilares na organização do processo de trabalho, sendo o elo entre o caráter de governança e a prática assistencial. O orçamento em saúde evoca as diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde, discriminado anualmente pela Programação Anual de Saúde.

Cabe ressaltar que as ações e programas estão contidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, onde cada recurso é restrito e específico a uma determinada atividade,

No município, o emprego destes recursos ocorre mediante processo licitatório, realizados de forma geral e macro, com duração de 12 meses, utilizando para tal o pregão eletrônico na modalidade de registro de preços, no qual são previstas as diversas fontes contábeis, levando em consideração o direcionamento das ações de cada uma das subfunções existentes (Atenção Básica – 301, Atendimento de Média e Alta Complexidade – 302, Suporte Profilático e Terapêutico – 303, Vigilância Sanitária – 304, Vigilância Epidemiológica e Ambiental – 305 e Alimentação e Nutrição-306).

A análise das contas públicas é realizada pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE/PR), que, no entanto, predispõe de metodologias diferentes da organização da LDO, avaliando a administração no contexto da contabilidade geral.

Em 2012, 78% das receitas alocadas no Fundo Municipal de Saúde foram provenientes da arrecadação municipal, 18% do governo federal e 4% do governo estadual. Do total de proventos, 82% foram aplicados na atenção básica, 9% em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, 2% em vigilância em saúde, 5% em assistência farmacêutica, 1% na alimentação e nutrição).

Para o exercício financeiro de 2012, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde atingiram o percentual de 27,56%, percentual muito superior ao delimitado pela EC 29/2000 e a Lei Complementar 141/2012, que é de 15%. A despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante, foi de R$ 348,35, indicando um aumento gradativo do expediente em saúde, considerando que este valor em 2009 chegou a R$ 209,85, R$ 259,11 em 2010 e R$ 296,32 no ano de 2011.

Em 2008, o gasto público em saúde nas três esferas de governo correspondeu a cerca de R$ 559,02 por habitante/ano para custear o acesso universal e o atendimento integral a cerca de 189,6 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2011b). De acordo com a pesquisa Conta Satélite de Saúde - Brasil, realizada pelo IBGE em 2009, o gasto per capita em saúde pelo governo alcançou a cifra de R$ 645,27.

3.2 Participação social

A participação social, conforme a Constituição Federal, é um dos princípios organizativos do SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (8142/90). É uma inovação no processo de gestão, no tocante à formulação e controle da politica pública de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Cascavel foi criado em 1991 e é composto por 24 conselheiros, sendo 12 (50%) representantes do segmento dos usuários, seis (25%) do segmento dos trabalhadores da saúde, três (12,5%) do segmento dos prestadores de saúde e três (12,5%) do segmento da administração pública. As reuniões ordinárias acontecem na 3ª segunda-feira de cada mês e têm o objetivo de discutir e deliberar, além de realizar os trabalhos das comissões temáticas permanentes: Comissão de Orçamento e Finanças (COF), Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), Comissão de Acompanhamento da Saúde Mental (CSM), Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde (CCLS), Comissão de Informação em Saúde e Educação no Controle Social do Sistema Único de Saúde (CIED) e Comissão de Atenção à Saúde e Avaliação de Projetos (Casp).

Em 2013 foi realizada a 10ª edição da Conferência Municipal de Saúde. As propostas aprovadas pela plenária estão anexas ao final deste documento.

O principal desafio para a instância de controle social convém para o fortalecimento da participação da população, visando à efetivação desses espaços, bem como à necessidade do compromisso da gestão do SUS, o que envolve a sustentabilidade financeira e estrutural, além do fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa (PARANÁ, 2013)

O levantamento das necessidades da população, por meio do diagnóstico situacional, contribui para a gestão estratégica dos recursos das estruturas física e humana do SUS. A logística de distribuição dos recursos permeia a equação da descentralização administrativa de gerenciamento das três esferas e o empoderamento do controle social na construção da politica assistencial e na fiscalização da aplicação destes recursos, dado sua operacionalização e aplicação. Na prática, a auditoria social acontece pela visualização dos gastos públicos através do Portal da Transparência, conforme os instrumentos legais que obrigam o gestor a fazer esta prestação de contas e aos observatórios sociais, entidades não governamentais que promovem o monitoramento.

Como ferramenta de comunicação entre o usuário e gestão do sistema, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 8, de 25 de maio de 2007, criando o Ouvidor SUS, sistema informatizado que visa estabelecer um canal democrático de estímulo à participação social.

O processo de implantação do sistema Ouvidor SUS ocorreu em meados de 2009, entrando em operação em agosto de 2012. Após um ano de trabalho, foram registradas 2.744 demandas, as quais são direcionadas para os setores competentes para resposta aos cidadãos.

3.3 Gestão do trabalho

A gestão de pessoas é a área da instituição destinada a cuidar das políticas e métodos que dizem respeito às pessoas na organização. Algumas variáveis têm influência na gestão de pessoas, como características ambientais, aspectos situacionais ligados à cultura (do indivíduo e da organização), a tecnologia, os processos internos e as relações entre trabalhadores, entre outras. Também pode ser entendida como o conjunto de políticas e práticas definidas por uma organização para orientar o comportamento humano e as relações interpessoais no ambiente de trabalho (CHIAVENATTO, 1999).

A Divisão Gestão de Pessoas oferece serviços voltados ao atendimento das necessidades dos servidores públicos da área da saúde, atuando na discussão e sugestão de propostas para as ações a serem implantadas na melhoria das atividades das unidades e serviços de Saúde.

As principais atividades desenvolvidas pela divisão são:

1) Capacitações e oficinas, incluindo a liberação de servidores para a participação em cursos e congressos;

2) Programação de férias;

3) Licenças-prêmio e outras licenças: Licença sem vencimento, acompanhamento de pessoa da família, doação de sangue, tratamento de saúde, etc.;

4) Cadastro de auxílio transporte – Vale transporte extra;

5) Movimentações a pedido da gerência, com o aval da diretoria correspondente, do secretário ou a pedido do próprio servidor;

6) Lotações de servidores com o acolhimento dos mesmos, realizando uma orientação e integração de novos funcionários e aplicação do Manual do Servidor, atualmente em sua 6ª edição, publicação que descreve as normas e rotinas pré-estabelecidas tanto pela Secretaria de Saúde quanto pela administração municipal, tendo como base o Estatuto do Servidor Público;

7) Controle e orientações de cartões-ponto;

7) Controle, cálculos e autorizações de horas extras;

8) Controle e encaminhamento de processos em geral, solicitações de transferências, Programa de Readaptação Ocupacional (PRO), especializações que serão autorizadas mediante protocolo e de acordo com as exigências do Decreto 11.169/2013, de 11 de março de 2013;

9) Liberação para cursos/especialização com reposição, de acordo com a Lei 5.839, de 05 de agosto de 2011, a qual institui o Programa de Capacitação do Servidor Público;

10) Orientação e acompanhamento, quando couber, nas avaliações de desempenho do servidor;

11) Alteração de horário quando necessário, mediante parecer de

sua chefia imediata;

12) Controle de falta abonada solicitada pelo servidor, caso não tenha banco de horas;

13) Controle de banco de horas para futuras compensações, entre outros serviços relacionados a rotinas de pessoal.

Pode-se citar também, as seguintes atribuições da Divisão de Gestão de Pessoas:

1) Elaboração, juntamente com os diretores e gerentes de divisão, do planejamento global das atividades de Gestão, tendo como parâmetro os instrumentos jurídicos legais;

2) Coordenação do funcionamento, orientação e acompanhamento do desenvolvimento das atividades dos serviços oferecidos pela divisão, procurando promover sempre a sua integração administrativa e operacional;

3) Acompanhamento da adequação e atualização das instruções normativas direcionadas aos trabalhadores da área da saúde, propondo, se necessárias, alterações mediante os casos de mudança e/ou atualização da legislação;

4) Buscar uma interlocução com as gerências e coordenações dos serviços de saúde que compõem a rede, visando o entrosamento e favorecendo o intercâmbio para discussões dos interesses e necessidades do servidor público;

5) Apoiar a direção da Secretaria de Saúde na organização de reuniões de trabalho e comissões, na discussão de projetos, atos normativos e/ou interesses da SESAU;

6) Responsabilidade pelo agendamento da utilização do auditório e seus equipamentos;

7) Divulgação do acontecimento de cursos e oficinas realizados em parceria com a Secretaria de Saúde, incentivando a participação dos servidores.

As políticas de gestão de pessoas devem ser integradas ao planejamento estratégico e usadas para reforçar uma cultura organizacional apropriada uma vez que os recursos humanos são valiosos e devem ser usados como vantagem para a organização.

Com base nos planos de carreiras e análise da atual capacidade técnica

dos profissionais, um dos objetivos da Divisão Gestão de Pessoas é proporcionar a capacitação das coordenações de unidades e serviços, visando à maior amplitude de conhecimentos administrativos.

A Divisão Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde trabalha concomitantemente com a Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho, e tem suas ações direcionadas para:

a) **Acompanhamento do Programa de Readaptação Ocupacional (PRO) -** A Readaptação Funcional;

b) **Acompanhamento do Programa de Readaptação Ocupacional na Restrição Funcional;**

c) **Envio de solicitação de avaliação de atividade insalubre,** conforme regulamentado pelas NRs 15 e 16 as atividades insalubres e/ou perigosas;

d) **Solicitação e entrega de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**;

e) **Esclarecimentos sobre Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)** após a ocorrência de um acidente de trabalho ou de trajeto.

A educação continuada tem como objetivo a atualização dos profissionais de saúde sobre as práticas assistenciais, visando à melhoria do atendimento. A educação permanente é considerada como a educação no, pelo e para o trabalho nos diferentes serviços.

Atualmente são promovidos cursos, treinamentos, capacitações internas, ações educativas voltadas aos profissionais da Secretaria. Ainda existe liberação de carga horária para participação de eventos externos de capacitação (congressos, seminários) ligados às atribuições desempenhadas; especialização ou pós-graduação, com ou sem reposição, quando solicitado pela instituição e liberações para realização de estágios com posterior reposição de horas. Todas estas situações têm o objetivo de promover a capacitação, a atualização, o aprimoramento e o desenvolvimento de potencial e de competências essenciais para o desempenho profissional de excelência.

3.4 Informação em Saúde

A maioria dos sistemas de informação do Ministério da Saúde na

Secretaria Municipal de Saúde estão alocados na Divisão de Informação em Saúde, sendo estes: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Bolsa Família na Saúde, Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Controle e Monitoramento do Pacto pela Saúde (SISPACTO) e o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Alguns sistemas passarão por alteração ou substituição, como o SISCOLO/SISMAMA serão convertidos em Sistema de Informação do Câncer da Mulher (SISCAM).

A alimentação desses sistemas se dá, em sua grande maioria, por meio da digitação dos formulários de coleta de dados e relatórios nas unidades de saúde e que posteriormente são encaminhados à Divisão de Informação em Saúde para proceder à digitação nos respectivos sistemas. Quanto à qualidade desses dados, é um trabalho contínuo em busca de melhoria para se obter informações corretas no processo de tomada de decisões.

Houve um progresso no aspecto de melhoria da qualidade de acesso aos dados dos sistemas, porém, ainda é possível evoluir muito mais na busca de qualificação e seus descritores. Esse é um dos maiores desafios da divisão, tanto no quesito de melhoria de qualidade das informações quanto na agilidade na coleta dos dados.

Os dados são utilizados de forma rotineira pelas pessoas envolvidas diretamente ou indiretamente com os sistemas e programas, ou seja, diretores, gerentes, coordenadores de unidades, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros que tenham interesse em utilizá-los. Os dados disponibilizados são utilizadas por essas pessoas para controle e avaliação de indicadores, monitoramento de agravos, planejamento de ações, campanhas, etc. Para a gestão, os mesmos contribuem para o planejamento estratégico, tático e operacional da SESAU, fornecendo subsídios para a elaboração dos instrumento de gestão, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Uma das maiores dificuldades no que tange à compatibilização dos sistemas vincula-se à necessidade de cadastrar o paciente em cada banco de dados, pois eles não são interligados, gerando, dessa forma, retrabalho. Em breve, com a implantação do sistema e-SUS, será possível avançar na

solução deste problema, visto que a proposta do Ministério da Saúde é a interligação dos programas de atenção à saúde. Assim sendo, se formará um cadastro único para todos os sistemas que o usuário possa utilizar, com base no cadweb.

3.5 Infraestrutura

O SUS utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros. São áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder. Os distritos sanitários constituem-se como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde.

Cascavel possui três distritos sanitários que, a priori, são divididos pelo contingente de equipamentos de atenção primária, com a presença dos seguintes serviços por área de abrangência dos distritos:

Quadro 22 – Divisão dos Distritos Sanitários do município de Cascavel

Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3
Aclimação	Cascavel Velho	Espigão Azul
Canadá	Faculdade	Juvinópolis
Cancelli	Guarujá	Morumbi
Cataratas	Pacaembu	Navegantes
Claudete	Palmeiras	Rio do Salto
Colmeia	Parque São Paulo	Santa Bárbara
Floresta	Santa Cruz	São Francisco
Interlagos	Santa Felicidade	São João
Los Angeles	Santo Onofre	São Salvador
Parque Verde	Santos Dumont	Sede Alvorada
Periollo	Vila Tolentino	
São Cristóvão	XIV de Novembro	

UNIDADES ESPECIAIS
Ambulatório Gestação de Alto Risco
CAPS-AD
CAPS III
CAPS-i

CASM
CEDIP
Farmácia Básica I
Farmácia Básica II
Farmácia Popular I
Laboratório Municipal
PAID
SAMU
UPA Brasília
UPA Pediatria
UPA Tancredo Neves

Em relação à programação de investimentos e a execução de projetos de infraestrutura, no período de quatro anos (2009 à 2012), foram construídas duas USF, 01 CAPS-AD, 04 reformas de UBS/USF. Em andamento estão a construção de mais três UBS/USF e uma UPA, a reforma de uma USF e a reforma/adequação de espaço para instalação do Centro de Tratamento de Álcool e Drogas (CETRAD).

Outros dez projetos aguardam liberação de verbas para a construção de novas USF e UPA. Ressaltamos que neste período a SESAU inscreveu suas unidades no Programa de Requalificação das Unidades de Saúde, porém, três dependem de acordos com o Governo do Estado.

4 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS DO PMS

As diretrizes, objetivos e metas/ações descritas neste capítulo têm como base textual o Caderno de Subsídios do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Devido à diversidade de conteúdos e à tendência política que permeia a construção dos instrumentos de gestão, em relação às reformulações na organização do processo de trabalho em saúde e os aditivos para a transferência de recursos, procuramos ao estabelecer os objetivos e metas da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU), contemplar as pretensões e direcionamentos da política federal e estadual, ao mesmo tempo aproximar e/ou adaptar a realidade social do município. Ressalta-se que a construção insere temas relacionados aos sistemas de gestão, estando em consonância com a proposta de indicadores pactuados pelas três esferas de gestão.

A aplicação e o desenvolvimento deste instrumento é atribuição inerente a todos os profissionais de saúde que compõem o quadro funcional da SESAU, cabendo ao secretário e aos diretores e gerentes a coordenação do processo. O desdobramento do Programa Municipal de Saúde (PMS) culmina na elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) que, via de regra, permite melhor detalhamento das metas por meio de referenciais técnicos, compelindo a progressão das diretrizes em uma agenda anual, possibilitando o monitoramento e a avalição dos indicadores do pacto de gestão e o cumprimento dos objetivos elencados no PMS.

As metas e ações expostas nos quadros abaixo estão convencionadas para quatro anos, conforme prerrogativas da legislação vigente. Entretanto, a supressão, reformulação ou manutenção destes no Relatório de Gestão, dependerá do resultado obtido e da análise do contexto sociopolítico e das condições de saúde da população, observando a disponibilidade de recursos físicos e humanos.

4.1 Diretriz 1

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

Objetivo da diretriz

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

METAS	PERÍODO
Aumentar a taxa de cobertura de atenção básica com a implantação de novas Estratégias Saúde da Família (ESF).	2014-2017
Construir e reformar Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) utilizando recursos do RequalificaSUS e outras fontes de financiamento que surgirem, contemplando as necessidades dos serviços e em cumprimento à legislação sanitária vigente.	2014-2017
Estruturar e qualificar as equipes de atenção domiciliar (AD).	2014-2017
Implantar o Programa Academia da Saúde, mediante aprovação de convênio com o Ministério da Saúde.	2014-2017
Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme critérios da Política Nacional de Atenção Primária da Saúde (APS).	2014-2017
Implantar novos Centros Municipais de Especialidades, com estrutura física e recursos humanos adequados.	2014-2017
Construir a sede própria do Laboratório Municipal de Análises Clínicas, conforme normas técnicas e sanitárias vigentes, disponibilizando estrutura adequada para realização de exames demandados pela rede básica, com a readequação da coleta de material para exames de forma descentralizada.	2014-2017

4.2 Diretriz 2

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

Objetivo da diretriz

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

- Garantir acesso com qualidade do programa "Saúde na Escola" na atenção básica, o acompanhamento das condicionalidades da saúde nos programas "Bolsa Família" e "Rede Cegonha", e o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza.

- Fortalecer as práticas integrativas e complementares nas redes de atenção, incluindo a sua organização, a qualificação/capacitação de profissionais nestas práticas, informação e promoção de estudos e pesquisas;

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

- Promover e implementar ações de promoção da aaúde nas equipes de APS e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

- Implantar educação permanente para as equipes da APS.

METAS	PERÍODO
Definir unidades de referência, com vistas a implantar redes loco-regionais de serviços de reabilitação e garantir acesso a exames e procedimentos, por intermédio de equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada para o atendimento das pessoas com mobilidade reduzida e outras deficiências.	2014-2017
Implantar as redes de atenção à saúde, tendo como pressuposto a APS como ordenadora do sistema.	2014-2017

Fomentar ações de incentivo à prática da atividade física, à alimentação saudável, à prevenção e controle do tabagismo – cujas medidas serão mantidas e expandidas – e à construção da cultura de paz, entre as quais campanhas e projetos sistemáticos de comunicação e educação.	2014-2017
Organizar, coordenar o planejamento e implementar o programa "Saúde na Escola" e acompanhar as condicionalidades da saúde nos programas "Bolsa Família" e "Rede Cegonha", assim como davigilância alimentar e nutricional.	2014-2017
Elaborar plano intersetorial para a inserção de medidas promotoras da alimentação saudável, articulado com o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.	2014-2017
Organizar e articular a operacionalização de grupos operativos, em todas as unidades de saúde, a respeito de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo, terapia familiar, gravidez na adolescência, entre outros temas, conforme delineamento de rotinas previstas em programas do Ministério da Saúde.	2014-2017

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Implementar ações de saúde bucal na APS.	2014-2017
Implementar ações de saúde bucal preconizadas no Programa Ninar/Rede Mãe Paranaense.	2014-2017
Fortalecer as ações intersetoriais de promoção à saúde e à prevenção de doenças bucais, com ênfase na escovação supervisionada e bochechos com flúor.	2014-2017
Incrementar ações para o diagnóstico e detecção do câncer bucal.	2014-2017
Desenvolver estudo para construção de clínicas odontológicas, contemplando 100% das unidades.	2014-2017

AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

Capacitar e qualificar profissionais da atenção primária em saúde para atenção integral à mulher durante o ciclo reprodutivo, o climatério e a menopausa;	2014-2017
Implementar educação em saúde e campanhas para a população, que visem à promoção e à prevenção em saúde da mulher em todos os ciclos de vida.	2014-2017

Organizar a atenção materno-infantil por meio da Rede Ninar/Rede Mãe Paranaense.	2014-2017
Disponibilizar kit de atenção pré-natal para as unidades de saúde.	2014-2017
Fortalecer a vigilância de mulheres em idade fértil, assim como do óbito materno, infantil e fetal, incluindo os comitês de mortalidade e os núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica;	2014-2017
Ofertar triagem sorológica para hepatite B às gestantes que realizam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como vacinação e adoção de medidas profiláticas em recém-nascidos de mães diagnosticadas com a doença;	2014-2017
Promover o aleitamento materno até os 2 anos de idade (exclusivo até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno) e o fortalecimento da rede "Amamenta Brasil" e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável;	2014-2017
Garantir o acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção das doenças por carência nutricional específica, como a anemia e a hipovitaminose A;	2014-2017
Desenvolver protocolos unificados na área jurídica, da saúde e da assistência social para o atendimento integrado de vítimas de violência sexual;	2014-2017
Atingir o percentual de 80% de mamografias bilaterais de ½ da população feminina, conforme indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde.	2014-2017
Atingir o percentual de 75% de exames de colpocitologia oncótica de da população feminina, conforme parâmetro previsto pelo Ministério da Saúde.	2014-2017
Realizar teste rápido de sífilis e HIV em 100% das gestantes usuárias do SUS e nos seus parceiros quando o exame tiver resultado alterado.	2014-2017
Constituir as referências e os fluxos para o atendimento hospitalar e ambulatorial para as gestantes e crianças de risco habitual, intermediário e alto risco.	2014-2017
Definir apoio técnico para que as equipes da PAS desenvolvam atividades de promoção à saúde da mulher, abordando assuntos pertinentes à gestação (incluindo a captação precoce), parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.	2014-2017

Implantar a classificação de risco, com garantia da referência ambulatorial e hospitalar para atendimento das gestantes e crianças de risco.	2014-2017
Implantar protocolo de atendimento às gestantes e crianças.	2014-2017
Regulamentar a oferta e o uso de método anticoncepção de emergência, oferta de todos os métodos contraceptivos na rede de saúde e monitoramento da sua disponibilização nos serviços de saúde;	2014-2017

AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM

Implantar e/ou estimular os serviços de saúde para ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade.	2014-2017
Formar e qualificar os profissionais de saúde da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.	2014-2017
Promover ações integradas com outras áreas governamentais.	2014-2017
Estabelecer parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a promoção da saúde do homem.	2014-2017
Ampliar ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde.	2014-2017

AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Organizar os serviços de atenção primária para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança;	2014-2017
Oferecer atendimento especializado e diferenciado para as crianças de maior risco, bem como busca ativa dos faltosos;	2014-2017
Garantir o acesso às vacinas disponíveis no SUS e acatar a ampliação do elenco de imunobiológicos do Programa Nacional de Imunização;	2014-2017
Articular, em conjunto com a área da Educação, o planejamento de estratégias para acompanhamento da saúde da criança e do adolescente em idade escolar, baseado na aplicação dos componentes do Programa Saúde na Escola.	2014-2017
Implantar a Caderneta de Saúde do Adolescente.	2014-2017
Capacitar as equipes de APS em tecnologias de abordagens significativas para a população adolescente.	2014-2017

Estimular o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente, de caráter intersetorial, incluindo aspectos sobre: sexualidade, gravidez precoce, prática de atividade física, prevenção de DST/AIDS, nutrição, violência, uso de álcool e drogas.	2014-2017
Implementar estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;	2014-2017

AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Capacitar às equipes da atenção básica nas ações da área de alimentação e nutrição.	2014-2017
Elaborar e distribuir materiais educativos sobre promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis para utilização em ações de educação, promoção e prevenção em saúde.	2014-2017

AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO

Monitorar e acompanhar os ambulatórios que oferecem o tratamento ao fumante.	2014-2017
Elaborar e distribuir materiais educativos aplicados na promoção da saúde, voltados ao controle do tabagismo.	2014-2017
Participar das ações educativas de promoção da saúde e prevenção, assim como na aplicação da Lei Antifumo (Lei Federal 9.294/96 e Lei Estadual 16.239/09), em parceria com a área de Vigilância em Saúde.	2014-2017
Sensibilizar a população sobre o risco cardiovascular proporcionado pelo tabagismo por meio de campanhas, elaboração de material educativo, palestras e divulgação na mídia falada e escrita.	2014-2017
Distribuir materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade.	2014-2017

SAÚDE DO IDOSO

Implantar a Caderneta de Saúde do Idoso (a ser fornecida à rede de serviços) como instrumento de controle das ações da atenção à saúde da pessoa idosa;	2014-2017
Estabelecer linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa com implantação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);	2014-2017

Fortalecer a assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT.	2014-2017
Elaborar e implantar a linha guia e os protocolos de atenção à saúde da pessoa idosa.	2014-2017
Capacitar a rede SUS em saúde do idoso, com ênfase para aqueles que atuam na APS e nos NASF.	2014-2017
Trabalhar de forma articulada com outras áreas de atuação para atendimento integral das demandas da população idosa.	2014-2017
Desenvolver estratégias para prevenção de quedas na população idosa e para a prevenção, detecção e tratamento precoces da osteoporose.	2014-2017

ATENÇÃO DOMICILIAR

Implantar o protocolo de atendimento do serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), formalizando critérios clínicos e administrativos, assim como atribuir responsabilidades às partes envolvidas no processo para o atendimento dos usuários que necessitam desse atendimento.	2014-2017

4.3 Diretriz 3

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

Objetivo da diretriz

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

METAS	PERÍODO
Implantar o Programa Consultório de Rua, com equipe multidisciplinar volante para atendimento às pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.	2014-2017

Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como implantar a unidade de acolhimento em complementação à Rede de Atenção em Saúde Mental prevista pelo Ministério da Saúde.	2014-2017
Criar protocolos de atendimento e implantar pontos de telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental.	2014-2017
Desenvolver ações de formação e educação permanente sobre saúde mental para toda a rede de atenção.	2014-2017
Desenvolver campanhas de comunicação e educação relacionadas à prevenção da dependência de drogas e ao fortalecimento da rede de saúde mental, com foco para a população adolescente e jovem.	2014-2017
Organizar os serviços para a prevenção de agravos e promoção da saúde mental na APS, respondendo às demandas individuais e coletivas.	2014-2017
Implantar o tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ofertando atividades de esporte, lazer, terapia ocupacional, biblioteca, cultura, em um ambiente que seja acolhedor para o jovem.	2014-2017
Implementar educação permanente e fornecer materiais técnicos para os profissionais de saúde, com ênfase nos profissionais da APS, com vistas à qualificação dos serviços.	2014-2017
Articular com os diversos setores que atuam na atenção em saúde mental (saúde, educação, assistência social, antidrogas, segurança pública e afins), ações das diversas áreas e políticas sociais que garantam proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis.	2014-2017
Avaliar e monitorar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental.	2014-2017

4.4 Diretriz 4

Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo da diretriz

Promover acesso aos medicamentos considerados essenciais.

METAS	PERÍODO
Implementar medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, incluindo plantas medicinais e fitoterápicas.	2014-2017
Atualizar o elenco de medicamentos, visando garantir atendimento dos pacientes portadores de doenças atribuídas como de responsabilidade do gestor municipal no âmbito do SUS, segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.	2014-2017
Ampliar o elenco de medicamentos básicos disponibilizados no âmbito da atenção básica.	2014-2017

4.5 Diretriz 5

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

Objetivo da diretriz

- Fortalecer a vigilância em saúde por meio da articulação com os serviços de saúde, do monitoramento e da coordenação de processo de promoção da saúde, incluindo a vigilância em saúde ambiental e a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador;

- Instituir medidas voltadas ao diagnóstico e ao tratamento precoce, bem como ao controle e à eliminação de agravos, com ênfase na redução do número de óbitos por dengue, na ampliação da taxa de cura da tuberculose, na redução da incidência da malária e da AIDS, na eliminação da hanseníase e no diagnóstico precoce das hepatites virais, sem descuidar das demais enfermidades, sejam aquelas negligenciadas (como esquistossomose, filariose, tracoma), endêmicas, emergentes ou reemergentes;

- Construir estratégias para a implementação e monitoramento do Plano Nacional das Doenças Não Transmissíveis, voltadas à redução da mortalidade decorrente destas enfermidades. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos fatores de risco relacionados a essas doenças.

METAS	PERÍODO
Instituir medidas estruturantes em áreas como a saúde do trabalhador, a vigilância em saúde ambiental e a vigilância das violências e acidentes.	2014-2017
Aperfeiçoar o sistema público de prevenção, diagnóstico, notificação, investigação epidemiológica, atendimento e tratamento das intoxicações de populações expostas a substâncias químicas e na vigilância dos acidentes de trabalho.	2014-2017
Qualificar e expandir as ações de vigilância sanitária, executadas de forma transversal e integrada à Política Nacional de Saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços, mediante o monitoramento do risco sanitário, o controle sanitário, a regulamentação sanitária e a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	2014-2017
Elaborar e executar o Plano de Ação de Vigilância Sanitária, com o envio quadrimestral de planilha específica de ações em estabelecimentos prioritários para a 10ª Regional de Saúde.	2014-2017
Instrumentalizar as equipes locais e municipais com vistas às práticas da vigilância em saúde, com base na epidemiologia clínica e social.	2014-2017
Fortalecer e expandir o controle da qualidade da água para consumo humano em serviços de saneamento.	2014-2017
Ampliar as coberturas vacinais dos calendários básicos de vacinação (crianças, adultos, idosos e pessoas em condições especiais), buscando alcançar pelo menos 70% de homogeneidade de coberturas.	2014-2017
Ampliar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para o percentual ideal de 85%.	2014-2017
Reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase.	2014-2017
Mobilizar, em conjunto com o Comitê da Dengue ações, para o enfrentamento e controle do agravo.	2014-2017
Ampliar as ações de controle de HIV/AIDS, garantindo o uso de recursos especificos.	2014-2017
Implementar medidas para o aumento da taxa de cobertura vacinal do calendário básico de menores de um ano.	2014-2017

Ampliar a triagem sorológica e dos testes rápidos para hepatites virais no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e nas UBS/USF.	2014-2017
Aumentar ou manter em 90% a proporção de óbitos com causa básica definida.	2014-2017
Implantar o modelo de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos.	2014-2017
Ampliar o número de amostras no controle da qualidade da água relativas aos parâmetros "coliforme total" e "turbidez".	2014-2017
Implantar um Núcleo de Zoonoses no Município de Cascavel com a construção de um Centro de Zoonoses.	2014-2017
Divulgar, por meio de boletim epidemiológico bimestral on line, o número de casos de doenças transmissíveis e as medidas necessárias da área governamental à sociedade civil.	2014-2017

4.6 Diretriz 6

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

Objetivo da diretriz

Ampliar, qualificar e reconhecer as diversas portas de entrada de urgências;

Ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços existentes na rede;

Fortalecer o papel da urgência como integrante do cuidado no território e regulador da classificação de risco.

METAS	PERÍODO
Empreender ações para o acolhimento, com classificação de risco e o aumento da capacidade resolutiva dos serviços nas situações de urgência e emergência, principalmente na atenção primária, com regulação e referenciamento dos pacientes.	2014-2017
Expandir e integrar as estratégias de atenção às urgências nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	2014-2017

Construir Unidades de Pronto Atendimento, conforme planejamento sanitário e territorial, e a abertura de fontes de financiamento para prover atendimento oportuno e adequado às necessidades dos cidadãos.	2014-2017
Estabelecer parâmetros de atendimento, com definição de tempo-resposta, segundo critérios técnico-assistenciais contemporâneos.	2014-2017
Estabelecer as competências de cada ponto de atenção, que devem ser garantidas pelos gestores.	2014-2017
Definir o Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatismos.	2014-2017
Adotar Planos de Manejo de Desastres e Catástrofes.	2014-2017
Definir e implantar Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências e Emergências.	2014-2017
Desenvolver e implantar protocolos assistenciais na urgência e emergência baseado em evidências científicas, em todos os pontos de atenção da rede.	2014-2017

4.7 Diretriz 7

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

Objetivo da diretriz

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

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

METAS	PERÍODO
Ampliar a participação social com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde.	2014-2017

Capacitar usuários para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde [ACS], agentes de combate às endemias [ACE], entre outros).	2014-2017
Realizar a 12ª Conferência Municipal de Saúde.	2014-2017
Disponibilizar o Cartão Nacional de Saúde para 100% dos usuários do Município de Cascavel.	2014-2017
Realizar o monitoramento das demandas recebidas pelo sistema integrado das ouvidorias de serviços de saúde.	2014-2017
Institucionalizar a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre as diversas áreas, com ênfase na construção coletiva, no desenvolvimento institucional e no aprimoramento da articulação intersetorial.	2014-2017
Modernizar o processo de gestão de documentos e acesso à informação institucional;	2014-2017
Aperfeiçoar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros, redefinindo a sua alocação conforme planejamento estratégico.	2014-2017
Realizar a prestação de contas de forma transparente da aplicação de recursos orçamentários e financeiros, conforme estabelecido na legislação;	2014-2017
Desenvolver estudo de dimensionamento para inserção de novos profissionais nas equipes de saúde, baseado nas necessidades explicitadas no processo atualizado de territorialização ou em outras.	2014-2017
Elaborar proposta de Plano de Cargos e Carreira dos servidores da SESAU.	2014-2017
Elaborar melhorias dos processos de informatização das unidades e serviços de saúde, incluindo aquisição de equipamentos e de rede logística.	2014-2017

5 PROPOSTAS APROVADAS NA 11ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE PÚBLICA EM CASCAVEL: O QUE TEMOS É O QUE QUEREMOS?

ATENÇÃO BÁSICA

PRIORIDADES

1. Implantação de equipes de Unidade de Saúde da Família (USF) em 100% do território de abrangência do município, com cobertura total da população, equipes completas (incluindo saúde bucal, conforme preconiza o Ministério da Saúde) e estrutura física adequada das unidades, garantindo a implantação do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Aclimação, Brasmadeira, Espigão Azul, Floresta, Juvinópolis, Morumbi, 14 de Novembro, Pacaembu, Parque São Paulo, Parque Verde, Santa Cruz e Santo Onofre e pessoas com deficiência - PCD);
2. Fim das filas no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e USF do Município de Cascavel, nas zonas urbana e rural (Brasmadeira e Parque São Paulo);
3. Ampliação do atendimento das UBS, preferencialmente transformando-o em equipes de USF (Cascavel Velho);
4. Garantia de um médico de cada especialidade por período (clinico, pediatra, ginecologia) nas UBS (Cascavel Velho);
5. Ampliação do quadro de funcionários (médico generalista e administrativo) nas segundas-feiras, cobertura de 100% das microáreas com ACS agentes comunitários de saúde (Claudete);
6. Inserção de pediatra e dentista na equipe, conforme legislação do USF. (Cataratas);

7. Estruturação da equipe do Cancelli para cobertura 100% de sua área de abrangência (Cancelli);
8. Implantação da sala e serviço de coleta de exames laboratoriais em todas as unidades que não possuem (Colméia e Neva);
9. Ampliação das campanhas de prevenção para todos os grupos de atenção (Floresta);
10. Garantia de número suficiente de profissionais para atender a área de abrangência, incluindo psicólogo (Faculdade);
11. Aumento no número de médicos nas UBS, conforme necessidade para atendimento a toda a população da área de abrangência (Los Angeles);
12. Implementação e funcionamento do Programa de Alimentação e Nutrição em todas as unidades de saúde (Los Angeles);
13. Continuidade do projeto de territorialização para desenvolver as ações integradas dos ACS e agentes de endemias junto às UBS (Los Angeles);
14. Reativação, implantação e funcionamento dos grupos de hipertensos, diabéticos, fumantes, gestantes, saúde mental (alcoolismo e drogas), cuidadores, dentre outras atividades nas unidades que não possuem, de acordo com as linhas guias do Ministério da Saúde. (Los Angeles);
15. Sala multiuso para reuniões, treinamentos, acolhimentos e grupos, onde não possui, (Pacaembu);
16. Implantação de práticas alternativas e complementares – como fitoterapia, homeopatia, entre outras – pelas equipes da Saúde da Família (Guarujá).
17. Resgate do grupo de terapia familiar na UBS do Aclimação (Aclimação);
18. Implantação do Programa de Prevenção da Gravidez na

Adolescência nas UBS (Cascavel Velho);

19. Agilização a implantação do NASF junto à USF Navegantes e nas demais USF, contemplando outros profissionais como ginecologista e pediatra (Navegantes);

20. Demarcação do território (territorialização) para atender a população do Centro, com construção de uma USF (Neva);

21. Campanhas e palestras mais frequentes sobre prevenção de doenças (Cascavel Velho);

22. Integração das secretarias de Saúde, Assistência Social e de Esportes na prevenção da obesidade por meio de projetos esportivos (com grupos nas UBS/USF) orientados por uma equipe multidisciplinar com educador físico e nutricionista, entre outros profissionais, que viriam a ser contratados (Neva);

23. Implantação do NASF, que contemple toda a área de abrangência dos bairros Neva e Pioneiros Catarinenses, e em todos os bairros e distritos do Município de Cascavel (Neva);

24. Implantação do serviço de coleta de exames laboratoriais nas UBS (Neva);

25. Cobrança de qualidade e resolutividade de ao menos 85% dos problemas da saúde de atenção primária, com apresentação e discussão de plano terapêutico (Pacaembu);

26. Ampliação de atendimento do pediatra para todos os dias da semana (Palmeiras);

27. Disponibilização de profissionais para programas de promoção à saúde (Sede Alvorada);

28. Reabertura das UBS para atendimentos em tempo integral (PCD e Parque São Paulo);

29. Implantação de equipes do NASF, conforme o número de equipes de Saúde da Família e legislação vigente pertinente a essa política

de saúde, com cobertura total do município (Trabalhador, Canadá, Santa Cruz e Neva);

30. Efetivação e ampliação dos grupos assistidos como de hipertensos, diabéticos, gestantes e grupos de planejamento familiar (Interlagos);

31. Promoção da intersetorialidade entre os serviços, visando a integralidade do atendimento à população (Neva);

32. Desenvolvimento de atividades de pesquisas em parceria com as universidades e instituições que possam contribuir com a melhoria de saúde da população e prevenção dos agravos mais incidentes no município (Prestador de Serviço);

33. Ampliação da parceria com as universidades, possibilitando um maior número de estagiários nas unidades, bem como ampliando os programas e projetos conjuntos (Morumbi);

34. Implantação de políticas de promoção à saúde, que englobam a inserção dos profissionais de educação física, nutrição e fisioterapia na prática preventiva nível primário e também em nível terciário com a população com características especiais como hipertensos, diabéticos e obesos (Trabalhador);

35. Implantação de mais um Programa Saúde da Família (PSF) na região de São João do Oeste (São João do Oeste);

36. Intensificação das ações de prevenção de doenças e promoção à saúde e à qualidade de vida para a população, bem como fomentar espaços de debates com os profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade em geral sobre os processos de medicalização e patologização da vida, garantindo o respeito aos direitos humanos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Trabalhador);

37. Prioridade à qualidade dos atendimentos do que a exigência quantitativa de produtividade em detrimento da saúde do

trabalhador e do usuário dos serviços, tendo em vista que cada pessoa possui uma condição própria que deve ser respeitada (Trabalhador).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PRIORIDADES

38. Implantação de um Núcleo de Zoonoses no Município de Cascavel, com a construção de um Centro de Zoonoses (Espigão Azul, Canadá e Parque São Paulo);
39. Parceria com a Secretaria do Meio Ambiente com a finalidade de intervir quanto ao problema de mau cheiro da fábrica de adubo orgânico em frente ao cemitério do distrito (Espigão Azul);
40. Implementação, de forma imediata, da Resolução 003/2012 que trata da ampliação da vigilância em saúde do trabalhador (Parque São Paulo);
41. Ampliação da discussão na comunidade sobre os efeitos da exposição da população a hormônios, agrotóxicos e outros agentes antinaturais, devido à localização do território, próximo ao Distrito Industrial (Guarujá);
42. Realização de ação entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) e a Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos (Seajur) para que firmem um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), proibindo o uso de venenos que não estão sendo mais usados nos Estados Unidos e na Europa, por força da lei;
43. Projeto de um programa municipal de produção orgânica para evitar doenças provindas de agrotóxicos (São Salvador);
44. Diagnóstico e intervenção pela Vigilância Ambiental e Sanitária sobre a grande incidência do mosquito borrachudo em ambientes insalubres no território, propondo formas de combate,

orientando toda a comunidade a respeito do assunto, tornando-a corresponsável (Sede Alvorada).

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

PRIORIDADES

45. Criação de programa municipal de fornecimento de fraldas para as PCD, acamados e idosos (PCD);

46. Viabilização de acesso, agilidade, garantia nos agendamentos das consultas, exames e cirurgias de todas as especialidades para atendimento de adultos e crianças, especialmente em psiquiatria, neurologia, neuropediatria, endocrinologia, cardiologia, cardiopediatria e gastropediatria, com aumento da cota de consultas nas unidades que necessitem, em tempo hábil (com garantia de retornos e continuidade de tratamento) para todas as unidades de saúde do município (Brasmadeira, Claudete, Cataratas, Cancelli, Colmeia, 14 de Novembro, Rio do Salto e Sede Alvorada);

47. Implantação do Centro Municipal de Especialidades, com estrutura física e recursos humanos adequados (Claudete, Canadá e Floresta);

48. Ampliação o quadro de psiquiatras e psicólogos na rede de atenção básica (Cancelli);

49. Revisão do método para obtenção e emissão de laudo de especialista para garantir benefícios permanentes, a fim de ampliar a validade dos laudos médicos para PCD e pessoas com doenças crônicas para um ano (PCD);

50. Aumento nas cotas de exames complementares realizados fora das UBS/USF (Morumbi);

51. Eliminação da fila de espera de todas as especialidades e aumento do número de consultas, exames e cirurgias eletivas para os usuários de todas as UBS/USF (Neva e Santos Dumont);

52. Criação de mecanismos para garantir o agendamento de retorno de especialidades e agilidade na liberação de exames complementares pela SESAU para os usuários de todas as UBS/USF (São João do Oeste);

53. Garantia de um percentual das consultas de especialidades nas UBS/USF para as PCD (PCD);

54. Garantia de profissionais especialistas da área da saúde para concessão prioritária dos laudos médicos para viabilizar passe livre e inscrições em concursos públicos (PCD);

55. Garantia, pelo SUS, de cessão de, no mínimo, duas bengalas anuais para as pessoas cegas (PCD);

56. Efetivação das resoluções que garantem a concessão, pelo SUS, de cadeiras de rodas motorizadas, monobloco e postural para as PCD (PCD);

57. Garantia de atendimento às PCD por equipe multidisciplinar (educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo) nos NASF (PCD);

58. Implantação do fluxo de encaminhamento das PCD para entidades de defesa dos seus direitos em 100% dos casos do SUS (PCD)

59. Ampliação no número de nutricionistas, fonoaudiólogos, neuropediatras e psicólogos na equipe do CEACRI – Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (Aclimação);

60. Ampliação na disponibilização de atendimento psicológico no Programa de Saúde Mental do município (Parque São Paulo);

61. Descentralização do sistema de radiografias, com implantação do serviço em todos os distritos (São João do Oeste).

GESTÃO DE INVESTIMENTOS

PRIORIDADES

62. Construção de unidades de saúde (Cascavel Velho, Centro, Claudete, Esmeralda, Faculdade, Floresta, Interlagos, Los Angeles, Navegantes, Neva, Padovani, Palmeiras, Pioneiros Catarinenses, Presidente, Santos Dumont e Turisparque);

63. Construção em Rio do Salto de uma unidade de saúde nova, dentro das normas de acessibilidade e sanitárias, que ofereça melhor qualidade nos serviços prestados e maior conforto, disponibilizando todo o equipamento para atendimento de urgência e emergência básico e imediato (com desfibrilador, por exemplo) até o encaminhamento do paciente ao serviço de urgência, conforme regulação da rede de urgência (Rio do Salto);

64. Implantação e efetivação de uma farmácia básica no Cascavel Velho para complementar o atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) construída no Jardim Veneza e que atenderá toda a região sul da cidade(Cascavel Velho);

65. Construir uma unidade de saúde nova no Cancelli, utilizando o terreno do Creas/POP Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Cancelli);

66. Reforma e ampliação das unidades de saúde nos bairros Colmeia, Guarujá, Interlagos, Neva, 14 de Novembro e São Cristóvão e nas comunidades de Juvinópolis, Santa Bárbara e São João do Oeste e demais que se fizerem necessárias (Colmeia, Guarujá, Interlagos, Juvinópolis, 14 de Novembro, Santa Bárbara, São Cristóvão e São João do Oeste);

67. Construção de cozinha, sala de reuniões e escovário na USF São Francisco (São Francisco);

68. Ampliação da a estrutura física (construção de sala de espera, sala para funcionamento dos grupos de reuniões e ampliação dos consultórios) da atual UBS Santa Felicidade, de acordo com a

demanda (Santa Felicidade);

69. Construção de uma sala de reuniões em anexo à USF São Salvador (São Salvador);

70. Instalação de uma unidade de saúde no Maria Luiza, com atendimento de clínico geral, pediatra e ginecologia três vezes por semana (Parque São Paulo);

71. Implantação de academias de saúde do Ministério da Saúde monitoradas por profissionais de educação física (Trabalhador, Brasmadeira e Santa Cruz);

72. Adequação nas condições de acessibilidade para PCD na UBS Cancelli e suas áreas externas, assim como em todas as unidades de saúde que não possuam (Cancelli);

73. Adequação no atendimento na recepção para pessoas com baixa visão, cegas e surdas em todas as unidades de saúde (PCD);

74. Informatização em rede para todos os serviços e programas da Secretaria Municipal de Saúde (Cascavel Velho e Guarujá);

75. Construção do Hospital Municipal Geral, com uma ala de atenção específica a mulheres e crianças (Brasmadeira, Floresta, Interlagos e Los Angeles);

76. Aquisição de um veículo exclusivo para equipe Saúde da Família do Canadá, com autorização para permanecer na unidade em tempo integral (Canadá);

77. Aquisição de dois veículos novos para as USF São Francisco e São João do Oeste (USF São Francisco);

78. Aquisição de um veículo para a UBS Cancelli para uso na comunidade (Cancelli);

79. Aquisição de veículos para as unidades (Aclimação e Santa Felicidade);

80. Aquisição de uma ambulância para USF Rio do Salto para plantão

nos finais de semana (Rio do Salto);

81. Garantia de acessibilidade para os surdos e cegos nas campanhas publicitárias na área da saúde, legenda ou intérprete, audiodescrição, Braille, etc (PCD);

82. Aquisição, pela SESAU, de veículos adaptados para transporte para fisioterapia e serviços de saúde (PCD);

83. Construção da sede própria do Laboratório de Análises Clínicas, conforme normas técnicas e sanitárias vigentes, adequando-se à rede municipal de laboratórios para realização de todos os exames demandados pela rede básica, evitando a terceirização dos mesmos (Trabalhador);

84. Construção de um salão anexo à unidade de saúde para atividades de grupos da terceira idade, reuniões de hiperdia e outras atividades (Brasmadeira);

85. Construção do Centro Municipal de Especialidades, com profissionais e exames suficientes para atender a demanda do Município de Cascavel (Brasmadeira, Morumbi e Santa Felicidade);

86. Construção de uma sala apropriada para atendimento da equipe (incluindo consultório médico) da USF Navegantes nas comunidades de Jangadinha e Jangada Taborda (Navegantes);

87. Reforma e ampliação da UBS Neva, com a garantia de equipes de profissionais para atendimento a toda população da área de abrangência (Neva);

88. Construção de sala anexa à USF Sede Alvorada para reuniões (Sede Alvorada);

89. Garantia de número suficiente de ambulâncias para atendimento e transporte do serviço de fisioterapia (Setor de Transporte Eletivo) para todo o município (Cascavel Velho);

GESTÃO DE PESSOAS

PRIORIDADES

90. Garantia de funcionamento de programas existentes específicos de prevenção e promoção à saúde do trabalhador do setor, juntamente com a criação de equipe multidisciplinar dentro da Secretaria Municipal de Saúde. (Cataratas e Trabalhador)

91. Garantia ao trabalhador da emissão de atestado médico com Cid 10, quando realizar consultas médicas (Cataratas e Parque São Paulo);

92. Viabilizar acolhimento adequado na UBS, com capacitação permanente dos profissionais de saúde (Parque Verde);

93. Remuneração dos profissionais de saúde dentro das instituições credenciadas ao SUS em relação aos níveis de formação profissional – como especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado (Prestador de serviço);

94. Capacitação continuada dos funcionários de nível médio e superior em suas áreas, principalmente no que se refere à acolhida e às orientações à população (Cascavel Velho, Espigão Azul e Neva);

95. Reposição de profissionais em período de férias ou de afastamento, evitando descontinuidade do trabalho (Parque Verde);

96. Garantir a equipe completa da USF, com reposição imediata dos profissionais ausentes (Interlagos);

97. Ampliação do número de funcionários da equipe saúde, embasado no número da população pertencente à área de abrangência, com atendimento adequados às necessidades de cada região (Santa Felicidade);

98. Implantar equipe volante para substituição de exonerados e garantir a substituição dos profissionais afastados por licenças - inclusive

licença sem vencimentos pelo período de afastamento, férias, etc (São Salvador);

99. Valorização dos servidores da saúde através de aumento do salário dos mesmos (Morumbi);

100. Ampliação da oferta de profissionais da área multidisciplinar para a demanda da UBS, com a inclusão de profissionais de psicologia, nutrição e farmácia (Neva);

101. Garantia da continuidade do cargo de diretor técnico da área médica na SESAU (Trabalhador);

102. Garantia da quantidade suficiente de uniformes para todos os profissionais de saúde das equipes dentro da Secretaria de Saúde (Trabalhador);

103. Inclusão no adicional de PSF de todos os profissionais lotados e desenvolvendo atividades nas USF (Trabalhador);

104. Instituir insalubridade para as ACS (Trabalhador);

105. Garantia de concurso público e contratação de neuropediatras para Cascavel, conforme demanda (São Salvador);

106. Garantia de adicional de insalubridade para todos os servidores lotados em unidades e serviços de saúde que prestam assistência aos pacientes (Trabalhador);

107. Garantia de exercício de carga horária de concurso dos profissionais concursados com 30 horas semanais (Trabalhador);

108. Revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores municipais, garantindo sua participação (Trabalhador);

109. Garantia de adicional de programas e serviços específicos, como USF, UPA, Serviço de Integrado de Atendimento a Traumas e Emergências (Siate), urgência e emergência, entre outros, para todos os servidores lotados nestes serviços (Trabalhador);

110. Implantação a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Floresta);

111. Garantir o atendimento humanizado, visando melhorar a qualidade do atendimento na saúde (Palmeiras);

112. Ampliação do horário de atendimento dos médicos (clínico geral, ginecologista e pediatra), assim como contratação de mais médicos generalistas nas UBS (Palmeiras);

113. Inserção de intérprete de libras, conforme legislação vigente, com a possibilidade de realizar a capacitação aos servidores que já fazem parte das equipes (PCD);

114. Promoção de cursos de capacitação para profissionais de saúde na área das pessoas com deficiência (PCD);

115. Atendimento prioritário nos serviços de saúde, conforme previsto em legislação para pessoa com deficiência (PCD);

116. Capacitação e educação continuada para as equipes dos serviços de saúde, garantindo acolhimento com resolutividade e humanização para os usuários (Guarujá);

117. Contratação de motoristas para as unidades de saúde, conforme demanda (Trabalhador);

118. Garantia de equipe completa nos serviços de Saúde, conforme territorialização (Trabalhador);

119. Liberação dos servidores para cursos de especialização e extensão, sem necessidade de reposição de carga horária, mediante avaliação das características específicas do curso e correlação deste com as atividades desenvolvidas pelo servidor (Trabalhador);

120. Garantia de que os cargos de nomeação sejam disponibilizados em 100% a funcionários de carreira com formação nas áreas afins (Trabalhador);

121. Garantia do piso salarial dos administradores, conforme base do Conselho Regional de Administração (CRA), com jornada de trabalho de 40 horas semanais(Trabalhador);

122. Garantia de participação do psicólogo na elaboração, manutenção e execução de todas as políticas públicas de saúde, bem como a inclusão deste profissional nas equipes mínimas de atenção básica (USF), com vistas á universalização do acesso aos serviços de psicologia pela população, em especial aos historicamente excluídos(Trabalhador);

123. Implantação de política de saúde do trabalhador na SESAU (Trabalhador);

124. Disponibilização de profissionais do NASF para atender todas as equipes de Saúde da Família (São João do Oeste);

125. Contratação de mais psiquiatras para atender a demanda em saúde mental (São João do Oeste);

126. Criação de programa de saúde específico para o atendimento psicológico às vítimas de acidente de trânsito e situações de emergências e desastres, nas três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e federal).

SAÚDE MENTAL

PRIORIDADES

127. Otimização dos serviços de atenção à saúde mental e dependência química da Rede de Atenção à Saúde, com melhoria e ampliação das estruturas físicas já existentes e ampliação das equipes para atendimento especializado, bem como para o apoio matricial nas UBS/USF (Los Angeles).

128. Implementação do programa de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas e tabaco, com a criação de leis que proíbam a propaganda que incentiva o uso indiscriminado (Prestador de Serviço);

129. Ampliar os recursos, para implementação de programas de prevenção e tratamento do uso de drogas, bem como a capacitação

dos profissionais (Prestador de Serviço);

130. Implantação de mais centros de referência em saúde mental no Município de Cascavel (Santa Cruz);

131. Criação de núcleos de apoio para estruturação e acompanhamento aos familiares e usuários de drogas lícitas e ilícitas, bem como a profissionais do sexo, com ações intersetoriais e o fortalecimento do protagonismo da própria comunidade (Santo Onofre);

132. Extensão das ações dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial/ Álcool-Drogas (CAPS/AD) para os bairros e distritos do Município de Cascavel (Cascavel Velho);

133. Implantação de ambulatório de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes (Trabalhador);

134. Implantação de grupos de orientação e assistência voltados ao alcoolismo, tabagismo, drogadição licita e ilícita (São João do Oeste).

SAÚDE BUCAL

PRIORIDADES

135. Implantação de clínica odontológica para crianças e adultos em todas as UBS/USF que ainda não possuem e de um pronto-socorro odontológico nas UPAs, atendendo emergências no período noturno, finais de semana e feriados, ampliando a equipe e o atendimento onde existe necessidade, buscando atender toda a demanda (Cataratas, Colmeia, Los Angeles, Pacaembu);

136. Aumento no número de centros de especialidades odontológicas (CEO) e laboratórios de prótese, diminuindo, assim, o prazo de atendimento com especialistas (Rio do Salto);

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PRIORIDADES

137. Melhoria no acesso às medicações do protocolo de medicamentos especiais do município e da 10ª Regional de Saúde, agilizando o fornecimento (Cancelli);

138. Garantia de qualidade dos medicamentos fornecidos pelo SUS (Cancelli);

139. Disponibilização de todos os medicamentos padronizados e especiais nas UBS/USF; implantação de farmácias anexas às UPA, com planejamento na aquisição de medicamentos para que não ocorra faltas e, se necessário, aumento na aquisição destes (Rio do Salto e São Cristóvão);

140. Efetivação de práticas interativas e complementares no Município de Cascavel;

141. Efetivação da inscrição de farmácias das unidades de Saúde e demais serviços da assistência farmacêutica (Saúde Mental, Atendimento Domiciliar, etc) no Conselho Regional de Farmácia (CRF/PR), bem como a realização de concurso público para contratação de farmacêuticos, proporcionando à população o acesso ao medicamento com orientações corretas e garantindo a adesão ao tratamento em todas as unidades de saúde que distribuem medicamentos (Trabalhador);

142. Contratação de farmacêuticos para a Divisão de Vigilância Epidemiológica, com vistas à garantia da qualidade dos produtos imunobiológicos (Trabalhador);

143. Estabelecimento de parcerias com o CRF/PR para a realização de cursos de atualização profissional (aperfeiçoamento e especialização) nas áreas de farmácia pública e hospitalar, e nas modalidades presencial e à distância (Trabalhador);

144. Efetivação da estruturação das farmácias, contemplando a estrutura física e gerenciamento de estoque, através de sistema de informatização com maior agilidade no processamento de

informações (Trabalhador);

145. Formalização do Departamento de Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (Trabalhador);

146. Inserção de um farmacêutico no NASF, para que atuem, em conjunto, com os profissionais das equipes de Saúde da Família visando o uso racional de medicamentos e melhoria da qualidade de vida do paciente (Trabalhador);

147. Apoio à inclusão de procedimentos no Sistema SIH/SIA/SUS relativos ao registro da dispensação de medicamentos realizadas pelo município e outras atividades de orientação farmacêutica e acompanhamento farmacoterapêutico, que atualmente são invisíveis para o SUS, em especial pelo Ministério da Saúde e demandam grande esforço do município (Trabalhador);

148. Inserção de protetor solar na dispensação, conforme normatização do protocolo de medicamentos especiais do município, realizando processo educativo no uso do mesmo (São João do Oeste).

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRIORIDADES

149. Otimização no atendimento das UPA, através da readequação das mesmas a fim de efetivar o credenciamento junto ao governo federal; melhorar a agilidade no atendimento; investir na humanização, através de capacitação de servidores e aumento do efetivo (mantendo o investimento municipal, mesmo vindo recursos federais) a fim de melhorar o atendimento prestado (Santos Dumont).

150. Adequar o acesso às PCD auditiva nos serviços de urgência e emergência por meio de SMS, torpedos e painel eletrônico (PCD);

151. Implantação de uma UPA no Sanga Funda, região do Brasmadeira

(Brasmadeira);

152. Entrega da UPA Veneza equipada e com funcionários suficientes (Cascavel Velho);

153. Otimização do atendimento nas UPA (Navegantes).

CONTROLE SOCIAL

PRIORIDADES

154. Custeamento do transporte e da alimentação como um mecanismo para proporcionar maior participação popular nos espaços de controle social, (Morumbi);

155. Criação de Conselhos Locais de Saúde (CLS) em todas as unidades onde ainda não possuem (Parque Verde);

156. Monitoramento e cobrança, através dos Conselhos Municipais e Locais de Saúde, com acompanhamento e informações pelas UBS/ USF para avaliação contínua das propostas apresentadas e seus trâmites (Neva).

SERVIÇOS DE APOIO

PRIORIDADES

157. Ampliação da linha da saúde onde tem necessidade para duas vezes ao dia e instituí-la onde ainda não se tem (Espigão Azul, Juvinópolis, Navegantes, Rio do Salto, Santa Bárbara e São João do Oeste);

158. Melhorias no sistema de comunicação (internet e telefone fixo e móvel) para todas as USF e para a comunidade de toda a área de abrangência (Santa Bárbara);

159. Melhoria e ampliação da rede de internet, providenciando

equipamento de informática conforme necessidade para agilizar o fluxo de atendimento para todos os serviços de saúde. (Cataratas e Palmeiras);

160. Divulgação dos direitos e deveres dos usuários e dos servidores públicos em todos os serviços de saúde em local visível (Colmeia);

161. Estrutura e equipamentos necessários para atendimento de urgência/emergência nas unidades de saúde da zona rural (Juvinópolis);

162. Ampla divulgação dos serviços de saúde através da mídia e confecção e distribuição de material gráfico à população (Cascavel Velho).

CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

PRIORIDADES

163. Implantação de central única de agendamento de consultas eletivas (Aclimação);

164. Inclusão de um campo no prontuário e na ficha de atendimento das unidades, que identifique o local de trabalho do usuário (Parque São Paulo).

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Portal da Saúde. Vigilância em Saúde. Contido em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=-0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fportalsaude.saude.gov.br%2Fportal-saude%2Findex.cfm%3Fportal%3Dpagina.visualizarTexto%26codConteudo%3D10252%26codModuloArea%3D783%26chamada%3Dboletim-epidemiologico-da-malaria-_-2013&ei=iGSLUtWsN9PfkQeLrYDYDQ&usg=AFQjCNGh7pY1mjxjRNYXrCpMmx0eAQHPqw&sig2=jzk7a7YnstaO7ILQVGCv-g. Acessado em: 10/10/2013. C

BRASIL. Portal da Saúde. Analises Epidemiológicas. Contido em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1587. Visitado em: 06/10/2013.

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

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Planejamento. Perfil do Município 2003/2004. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/seplan/pagina.php? Acesso em 26 dez. 2012.

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

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

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

PIAIA, V.. **A Ocupação do Oeste Paranaense e a formação de**

Cascavel: as singularidades de uma cidade comum. Niterói: UFF/Programa de

Pós-Graduação em História - UNIOESTE, 2004. (Tese de Doutorado em História)

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

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

Paraná, Cascavel, 2003.