PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIBAGI 2022- 2025

SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIBAGI

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Artur Ricardo Nolte
Prefeito

Jorge Cardoso
Vice Prefeito

Natasha Karine Dutko
Secretária Municipal de Saúde

COLABORADORES

Rafaela Mariana do Prado - Coordenadora da Atenção Básica

Aline L. Melco de Souza. Farmacêutica Bioquímica

Ana Claudia Mercer. Coordenadora da Epidemiologia

Ana Mery Naconezi. Assistente Administrativo

Carolina Santos. Médica Veterinária

Claudia Regina Brandão de Pinho. Médica Pediatra

Grazielly Bobato Regailo. Nutricionista

Karen Renate Puhl Lapkouski. Enfermeira

Lilian Lorena S. Scheraiber. Assistente Social

Luis Felipe Mercer. Farmacêutico Bioquímico

Luiz Fernando Pereira do Prado. Assistente Administrativo

Milena Silveira Zapzalka. Fisioterapeuta

Pedro Irineu Junior. Médico Veterinário

Poliana Aparecida Hencks. Técnica em higiene bucal

Rosana Schiffer Cury. Psicóloga

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Glezimar Henrique Rodrigues Warken
Gerente de Saúde Comunitária

Dinarte de Lima Coelho
Assistente Administrativo

Luiz Fernando Pereira do Prado

Assistente Administrativo

SUMÁRIO

COLABORADORES 3
COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO 4
SUMÁRIO 5

1. APRESENTAÇÃO 10

2. MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 13

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO 15
3.1. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO 16
3.2. TABELA 1 – INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 20
3.3. GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 20
3.4. MAPAS COM DESTAQUES DO MUNICÍPIO DE TIBAGI – PR 21
3.4.1. Mapa 1. Identificação do Município no Mapa do Estado do Paraná 21
3.4.2. Mapa 2. Limites, Localização, Divisões Territoriais 22
3.4.3. Tabela 2 - Distância Média dos Municípios vizinhos, do Centro de Referência da Região e da Capital 22
3.4.4. Tabela 3 – Área Territorial e distância à Capital 23
3.4.5. Mapa 3. Mapa municipal de Tibagi e distritos pertencentes a 21ª Regional de Saúde. Localização de Tibagi entre os Municípios pertencentes à 21ª Regional de Saúde. 23
3.4.6. Mapa 4 - Vista da Sede Município de Tibagi 24

4. PERFIL DEMOGRÁFICO 24
4.1. DADOS POPULACIONAIS 24
4.2. TABELA 4 – SÉRIE HISTÓRICA DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM TIBAGI-PR 25
4.3. TABELA 5 – POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA RURAL E URBANIZADA POR GÊNERO EM 2010 25
4.4. TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA, POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA EM 2010 26
4.5. TABELA 7 – RANKING DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS E DO MUNICÍPIO, PELA TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL-2015 26
4.6. GRÁFICO 2 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR GÊNERO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE 27
4.7. GRÁFICO 3 – TAXA DE FECUNDIDADE 28
4.8. TABELA 8 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE 29

4.9. TABELA 9 – ESPERANÇAS DE VIDA AO NASCER 30
4.10. TABELA 10 - TAXA DE MORTALIDADE (COEFICIENTE DE MORTALIDADE) – 2019 30
5. ANÁLISE SITUACIONAL 31
5.1. DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 31
5.2. TABELA 11 – MORBIDADES HOSPITALAR DE RESIDENTES DE TIBAGI, SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10 31
5.3. TABELA 12 – MORTALIDADE DE RESIDENTES DE TIBAGI, SEGUNDO CAPÍTULO CID-10 33
5.4. TABELA 13 – DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO 34
5.5. COBERTURA VACINAL - BCG 36
5.6. COBERTURA VACINAL – FEBRE AMARELA 36
5.7. COBERTURA VACINAL - PENTAVALENTE 37
5.8. COBERTURA VACINAL – HEPATITE B 37
5.9. COBERTURA VACINAL – POLIOMIELITE 37
5.10. COBERTURA VACINAL – TRÍPLICE VIRAL 38
5.11. COBERTURA VACINAL – TRÍPLICE VIRAL 38
5.12. COBERTURA VACINAL – ROTAVÍRUS HUMANO 38
5.13. GRÁFICO 4 – NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS COVID-19 39
5.14. GRÁFICO 5 - ÓBITOS POR COVID-19 (TOTAL DE ÓBITOS 85, ATÉ JUNHO DE 2021.) 39
6. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE: ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE 40
6.1. TABELA 14 – DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2020 40
6.2. IDENTIFICAÇÃO DE POPULAÇÃO 40
6.2.1. Tabela 15 – Taxa de crescimento geométrico populacional segundo tipo de domicílio – 2010 40
6.2.2. Assentamento Rural 41
6.3. TABELA 16 – ESTABELECIMENTOS AGROPECUÁRIOS E ÁREA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS – 2017 41
6.4. TABELA 17 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E EMPREGOS (RAIS) SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS – 2019 42
6.5. ÍNDICE DE DESEMPREGO E TAXA DE DESEMPREGO 44
6.6. TABELA 18 – PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB), PREÇOS CORRENTES SEGUNDO OS RAMOS DE ATIVIDADES – 2018 44
6.7. TABELA 19 - ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR PER CAPITA – 2010 45
6.8. TABELA 20 – PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) PER CAPITA – 2018 45
6.9. TABELA 21 – RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA – 2010 46

6.10. TABELA 22 – TAXA DE DESEMPREGO 16 ANOS E MAIS NO MUNICÍPIO DE TIBAGI, PERÍODO: 2010 46

7. EDUCAÇÃO 47
7.1. MATRÍCULAS NA EDUCAÇÃO BÁSICA SEGUNDO A MODALIDADE DE ENSINO E DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA – 2020 47
7.2. TAXA DE ANALFABETISMO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – 2010 47
7.3. TAXAS DE RENDIMENTO EDUCACIONAIS NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO – 2020 48

8. HABITAÇÃO 49
8.1. ABASTECIMENTO DE ÁGUA 49
8.2. ESGOTAMENTO SANITÁRIO POR REDE COLETORA 49
8.3. PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DO LIXO 50

9. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA 51

10. ATENÇÃO BÁSICA 53
10.1. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 18 DE MARÇO 56
10.2. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ 57
10.3. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DO AMPARO 58
10.4. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO 58
10.5. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAETANO MENDES 58
10.6. SAÚDE BUCAL DE TIBAGI PR 59
10.6.1. A importância da primeira consulta 60
10.6.2. Ações nos pontos de Atenção à Saúde 61
10.6.3. A Estratificação de Risco em Saúde Bucal 61
10.6.4. Atendimento de Emergência e Urgência na Odontologia 62
10.6.5. Atendimento à gestante 62
10.6.6. Atenção de média e alta Complexidade 63
10.7. VIGILÂNCIA ALIMENTAR NUTRICIONAL 64
10.7.1. Nutrição 64

11. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA 66

12. LABORATÓRIO MUNICIPAL DE TIBAGI 67
12.1. TABELA 23 - EXAMES REALIZADOS PELO LABORATÓRIO 67

13. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 68
13.1 TRANSPORTE SANITÁRIO 72

14. ATENÇÃO ESPECIALIZADA 73
14.1. CLÍNICA DA MULHER E DA CRIANÇA DE TIBAGI 76
14.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) 77
14.3. CENTRO DE FISIOTERAPIA TIBAGIANA 80
15. VIGILÂNCIA EM SAÚDE 82
16. ESTRUTURA DO SISTEMA 87
16.2. VALORES 89
16.4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO 90
16.5. TABELA 24 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2021 (SISPACTO) 90
17. FINANCIAMENTO 92
17.1. TABELA 25 - RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE REPASSADOS AOS ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL 93
17.2. TABELA 26 - RECEITAS RECEBIDAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO NO ANO DE 2020 CUSTEIO. 97
17.3. TABELA 27 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2022 97
17.4. TABELA 28 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2023 98
17.5. TABELA 29 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2024 99
17.6. TABELA 30 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2025 100
17.7. TABELA 31 - PREVISÃO DAS DESPESAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÃO 2022 - 2025 101
18. RECURSOS HUMANOS 102
18.1. TABELA 32 - REDE FÍSICA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POR NATUREZA JURÍDICA. 103
18.2. TABELA 33 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS 104
19.GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE 106
20. CIÊNCIAS, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO 107
21. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2022 - 2025 108
22. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES/PROBLEMAS 109
22.1. DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE 110
22.2. DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 110

22.3. DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE 112
22.4. DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 112
22.5. DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS 113
23. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 113
23.1. DIRETRIZ 1 - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE 114
23.1.1. Tabela 34 - Objetivo 1.1 - Qualificar ações do Planejamento em Gestão, Financiamento, Tratamento Fora do Domicílio e Transporte Sanitário 114
23.1.2. Tabela 35 - Objetivo 1.2 - Fortalecer e Ampliar os Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação 115
23.2. DIRETRIZ 2 - QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE 116
23.2.1. Tabela 36 - Objetivo 2.1 - Ampliar Ações de Promoção e Prevenção à Saúde 117
23.2.2. Tabela 37 - Objetivo 2.2 - Fortalecer ações da Vigilância Epidemiológica 118
23.2.3. Tabela 38 - Objetivo 2.3 - Fortalecer ações da Vigilância Sanitária, Ambiental e Trabalhador 121
23.3. DIRETRIZ 3 - FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 123
23.3.1. Tabela 39 - Objetivo 3.1 - Ampliar Ações de Promoção e Prevenção à Saúde 123
23.3.2. Tabela 40 - Objetivo 3.2 - Fortalecer a Atenção Primária, com ênfase no ESF, propiciando ampliação do acesso, visando melhoria 125
23.3.3. Tabela 41 - Objetivo 3.3 - Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Bucal, ampliando oferta de atendimento 127
23.3.4. Tabela 42 - Objetivo 3.4 - Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Bucal, ampliando oferta de atendimento 128
23.3.5. Tabela 43 - Objetivo 3.5 - Qualificar e Organizar a Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade 131
23.3.6. Tabela 44 - Objetivo 3.6 - Ampliar o acesso à Linha de Cuidado em Saúde Mental, de forma articulada com demais pontos 132
23.3.7. Tabela 45 - Objetivo 3.7 - Fortalecer a Linha de Cuidado à pessoa com deficiência 133
23.3.8. Tabela 46 - Objetivo 3.8 - Fortalecer a Linha de Cuidado ao Idoso 134
23.3.9. Tabela 47 - Objetivo 3.9 - Qualificar o cuidado à Criança e ao Adolescente 135
23.3.10. Tabela 48 - Objetivo 3.10 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica, Garantindo Medicamento da Atenção Básica 136

23.3.11. Tabela 49 - Objetivo 3.11 - Fortalecimento da Porta de Urgência/ Emergência e SAMU 137

23.3.12. Tabela 50 - Objetivo 3.12 - Fortalecimento do Serviço de Fisioterapia e Consórcio Intermunicipal, Visando Garantir acesso aos serviços de média complexidade. 138

23.4. DIRETRIZ 4 - Fortalecimento Da Gestão Do Trabalho E Educação Permanente Em Saúde 141

23.4.1. Tabela 51 - Objetivo 4.1 - Fortalecer a Educação Permanente, adotando gestão participativa, monitorando e avaliando o efetivo cumprimento dos objetivos e metas 141

23.5. DIRETRIZ 5 - Fortalecimento Do Controle Social no SUS 142

23.5.1. Tabela 52 - Objetivo 5.1 - Fortalecer e melhorar a qualificação dos Conselheiros de Saúde estabelecendo um canal de comunicação da SMS e CMS com a população, garantindo transparência e participação social 142

23.5.2. Tabela 53 - Objetivo 5.2 - Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão da Saúde 144

24. CONSIDERAÇÕES FINAIS 146

BIBLIOGRAFIA 148

1. APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Tibagi, documento que explicita os compromissos do governo municipal para o setor da saúde no período de 2022 - 2025. Principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde, seu processo de construção foi organizado em diversas etapas, desde a definição da comissão responsável pela condução dos trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde e definição da metodologia, passando pela realização de oficinas de trabalho nos âmbitos central e distrital, até sua submissão à sociedade civil por meio desta consulta pública. Inicialmente é

apresentado um panorama da situação de saúde da população, com a descrição do perfil demográfico, socioeconômico, ambiental e epidemiológico, além da caracterização da rede de serviços de saúde do município e da gestão do SUS municipal.

Os objetivos, linhas de ação e ações encontram-se sistematizadas nos Módulos Operacionais, e os recursos disponíveis são explicitados no plano plurianual. Por fim, reservou-se um capítulo para o monitoramento e avaliação. Importante ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi inova ao constituir o Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025 com os elementos tradicionais de um Plano, e também dedicado aos Distritos Sanitários. Espera-se que o debate permanente deste Plano Municipal de Saúde e seus ajustes anuais, por meio da Programação Anual de Saúde, possam dar vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso cotidiano, capaz de orientar o trabalho das equipes de saúde, sendo aprimorado à luz das mudanças da realidade municipal, garantindo desta forma a efetividade das ações e dos serviços de saúde.

O Plano Municipal de Saúde, Gestão 2022 – 2025, norteia os rumos da política pública de saúde a ser implementada e monitorada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Tibagi nos próximos anos. Além de ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e ser uma exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela SMS para alcançar sua missão. Para o processo de planejamento destaca-se importantes documentos pertencentes a legislação do SUS:

A Lei Nº 8080/1990, no Capítulo III, trata especificamente do planejamento, estabelecendo que o processo deve ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (Art. 36).

A Lei Nº. 8.142/1990, no Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde.”

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

O Decreto Federal 7.508/2011 e a Lei Complementar 141/2012 colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado. O

planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde e, consequentemente, ampliar o acesso aos serviços e melhorar o perfil de saúde da população. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde (PMS) configura-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados são, também, estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

O Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025 foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de Tibagi acerca do caminho que o setor saúde percorrerá neste período. Sendo assim, o Plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social. Foi realizado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário e em instrumentos de gestão, tais como:

Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estratégico da SMS, Indicadores de Saúde. Foi construído de forma ascendente, visando contemplar todos os anseios da comunidade e dos trabalhadores da saúde. Para isso, foram utilizadas as informações de gestores e trabalhadores de saúde para discussão e elaboração das propostas. Após esta primeira etapa o documento preliminar com as propostas foi enviado aos Conselhos Distritais de Saúde para apreciação, discussão e contribuições. O grupo de relatoria do Plano avaliou todas as propostas apresentadas, sendo que algumas foram incluídas no presente documento e outras foram encaminhadas para as áreas técnicas para providências por se tratarem de fluxos de trabalho.

2. MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nossa principal missão e objetivos estão pautados em, formular e desenvolver uma política municipal de saúde e integração regional das redes de atenção, com participação da sociedade, promovendo cuidado eficiente, efetivo, oportuno e com equidade para a população.

Em nossa missão, está incluso também o desenvolvimento de uma cidade com população saudável e feliz onde o SUS seja reconhecido por sua excelência, tornando-se uma referência nacional.

A ética entendida como um conjunto de valores morais e princípios, deve orientar a instituição na sua

atuação para criar um ambiente social e político justo, solidário e pacífico. Nesse sentido, nos guiaremos a partir dos pilares éticos de valores e princípios morais.

A Secretaria Municipal de Saúde atuará com respeito, um valor institucional que nos permitirá reconhecer, aceitar, apreciar e valorizar as qualidades do próximo e os seus direitos. Portanto, pressupõe um comportamento institucional disponível e receptivo, para expressar e ouvir o contraditório, para conviver e relacionar-se com as diferenças mais variadas e com as preferências da maioria e das minorias.

A transparência entendida como: “tornar de domínio público os atos do governo, dar pleno conhecimento ao cidadão das políticas públicas.” Ou seja, é cultivar a noção de interdependência e de que a história de uma organização se constrói junto com todos, em um modelo no qual a confiança é protagonista. Dessa forma, construiremos nossas políticas e edificaremos essa gestão de maneira transparente, com apoio e participação de agentes externos.

O compromisso, entendido como a capacidade da instituição de sustentar uma escolha em razão da sua missão e visão e o comprometimento com os resultados desejados para a sociedade está infinitamente ligado com nossa maneira de trabalhar, honraremos nossos compromissos e nos comprometemos com a sociedade para fazer o nosso melhor.

O sistema de saúde de Tibagi tem vários desafios a serem enfrentados, seja operacionais, estruturais e de gestão para garantir a proteção de todos. Buscaremos diminuir as iniquidades, qualificar o acesso, e diminuir os óbitos por causas evitáveis.

Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoeçam e não apenas cuidar das doenças. De uma forma geral, os sistemas de saúde foram organizados ao longo do tempo para atender às condições agudas, resposta importante para dar conta da situação de saúde vigente no século passado. Porém, Tibagi vive uma nova realidade tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do ponto de vista demográfico. Essa nova realidade se configura por uma tripla carga de doença (aumento das condições crônicas, a persistência das condições agudas, e os eventos agudos causados pela violência interpessoal e os acidentes).

Tibagi tem hoje muitos dos seus habitantes vivendo com mais de 80 anos, evidenciando o envelhecimento da população.

Diante deste novo cenário, o aumento da prevalência de doenças crônicas coloca consideráveis desafios para o sistema de saúde. As condições crônicas requerem modelos complexos, que envolvem

colaboração entre profissionais de saúde e instituições que tradicionalmente não trabalham de forma integrada e articulada. A atenção à saúde baseada no modelo do cuidado ao evento agudo é pouco efetiva para atender as necessidades daqueles com condições crônicas.

É necessário quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, do paradigma da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde e o envolvimento do cidadão no cuidado de sua saúde e dos seus fatores de risco. É preciso mudar radicalmente de um sistema reativo de atenção à saúde para um sistema proativo.

Há que se operar mudanças na gestão do sistema para a tomada de decisão fundamentada em evidências e não com base em opiniões, e para isso os sistemas de saúde precisam operar de acordo com diretrizes clínicas e protocolos, parâmetros epidemiológicos, e incorporar os conceitos do campo da economia na saúde para ganhar escala e qualidade no planejamento de serviços de saúde necessários e de qualidade.

Essas mudanças requerem gestores capacitados e equipes proativas. Não obstante todas as dificuldades da gestão do sistema de saúde, soma-se ainda ao desafio dos recursos humanos suficientes e preparados para atender essa nova realidade, trabalhar com diferentes profissionais, de forma integrada atuando proativamente durante todo o ciclo de uma condição ou doença com coordenação do cuidado exercido pelas equipes da atenção primária à saúde.

Fortalecer a atenção primária à saúde e tornar as equipes coordenadoras do cuidado do cidadão, incorporar indicadores de vulnerabilidade das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, e implantar um sistema de monitoramento e avaliação são elementos fundamentais para a consolidação das Redes de Atenção em Tibagi.

O Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 contempla as ações com vistas a essas mudanças no modelo de atenção, um dos grandes desafios que temos a enfrentar nos anos futuros para responder adequadamente às necessidades de saúde da população de Tibagi, melhorar a qualidade e os resultados do sistema.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO

Os “sertões de Tibagi” antes de ser desbravado e povoado, era palco de expedições feitas por bandeirantes, as mesmas, eram levadas até as proximidades do rio que levava o mesmo nome, as inserções abrangiam quase todas as direções do vasto perímetro do Tibagi. O local era conhecido desde tempos mais remotos pelas notícias que circulavam de que o Rio possuía um acúmulo de pedras preciosas e ouro, sobretudo, o diamante. Isso gerou uma expectativa tão grande que explica as numerosas expedições até a bacia do Rio Tibagi[1] desde as primeiras incursões feitas pelos bandeirantes paulistas e mais tarde, curitibanos. (IBGE)[2].

Pesquisas arqueológicas[3] evidenciam a presença de indígenas como os primeiros moradores a ocupar o território de Tibagi a cerca de 10.000 mil anos atrás, denominados como “nômades paleoíndios” e posteriormente grupos conhecidos como “Jês meridionais e tupis-guarani”, que paulatinamente foram ocupando o segundo planalto paranaense no período pré-colonial. A base alimentar desses grupos era composta pela caça de animais e sobretudo pela coleta de frutos e mel. (PARELLADA, 2007, p. 164)[4].

Os povos originários da região dos sertões do Tibagi demonstram sua presença por meio de pinturas rupestres nos arenitos. Com a chegada dos expedicionários em busca de riquezas, os nativos travaram inúmeros conflitos e muito “derramamento de sangue”, onde, “muitos índios foram dizimados, massacrados e expulsos de suas terras ou escravizados pelos europeus.” [5] (SANTOS, p. 3). Segundo Manoel (2013. p.3), no século XVII, Fernão Dias Paes Lemes, “o governador das esmeraldas” foi o primeiro expedicionário, que se tem notícia que fez a travessia no Rio Tibagi, próximo a foz do Rio Iapó e procurou fazer as primeiras explorações sistematicamente.

---

[1] “Os territórios da bacia do Rio Tibagi foram ocupados desde tempos remotos por populações indígenas, que sempre defenderam suas matas, campos e rios dos invasores. Em especial, as comunidades indígenas Guarani e Kaingang formaram um povo numeroso, que sempre acreditou nas forças da natureza. Estes povos foram responsáveis pelo nome do Rio Tibagi, que significa Rio do Pouso.” “No século XVIII iniciou-se a incorporação da bacia do Tibagi na esfera econômica do país. A partir de 1840, as iniciativas de ocupação das terras da bacia do Tibagi foram levadas adiante pelo Barão de Antonina. Em 1859, possivelmente devido ao levante Kaingang na região, foi criado o Aldeamento indígena de São Jerônimo da Serra e em 1875 efetivou-se a ocupação das terras por populações não indígenas.” (Disponível em: http://www.iat.pr.gov.br/sites/agua-terra/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/tibagi.pdf)

[2] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/tibagi/historico

[3] “A Arqueologia é a ciência que busca o resgate e a interpretação do passado através de vestígios da cultura material, como instrumentos em pedra e cerâmica, pinturas e gravuras em abrigos e cavernas, além de traços de casas, aldeias, fogueiras e sepultamentos dos mais diversos povos.” (PARELLADA, I. Arqueologia. In: Arqueologia dos Campos Gerais. Patrimônio Natural dos Campos Gerais do Paraná. Cap. 17, pág 163. Editora UEPG. 2007)

[4] Claudia Inês Parellada (2007). «Arqueologia dos Campos Gerais. Patrimônio Natural dos Campos Gerais do Paraná» . Editora UEPG.

[5] SANTOS, M, S dos.; MOREIRA, J, C. I**TAMBÉ DO GUARTELÁ ECOTURISMO:** SUSTENTABILIDADE E VALORIZAÇÃO DA HISTÓRIA E CULTURA DOS GUARTELANOS. VII Fórum Internacional de Turismo do Iguassu, 12 a 14 de junho de 2013. Foz do Iguaçu - Paraná- Brasil.

É inerente falar do processo de formação de Tibagi, sem antes comentar a respeito das explorações e expedições feitas no território, sobretudo, à região que hoje conhecemos como *Canyon do Guartelá,* nesse sentido, traremos uma breve abordagem sobre esse tema e, ao longo, nossa pretensão é compreender as permanências e rupturas de um território que largamente foi explorado e transformado.

Anteriormente à sistematização de Fernão Dias, os exploradores atravessavam de leste para oeste em solos tibagianos. As jornadas atravessavam o atual Estado do Paraná por meio do Caminho do Peabiru,[6] entre esses peregrinos, Santos (2013, p. 3) destaca, Aleixo Garcia (1520), Alvar Nunez Cabeza de Vaca (1541-1542) como importantes encabeçadores das expedições.

Segundo o mapa histórico e geográfico da "Província de Misiones", entre 1585 a 1896, padres jesuítas, implantaram inúmeras reduções na então República de Guairá, conhecido atualmente como Estado do Paraná, território pertencente à Espanha por conta do Tratado de Tordesilhas. (Wikipédia)[7]. Em 1628, foi instaurada a Redução de São Miguel à margem esquerda do *Canyon* da Igreja Velha com a intenção de cristianizar os "selvagens".(Santos, 2013, p.3). É nesse sentido que os europeus foram se adaptando conforme as necessidades e dificuldades do "choque cultural" com os indígenas. Aprenderam a caçar, pescar, adquiriram conhecimento das línguas indígenas e embrenharam no sertão de Tibagi em busca do "tesouro imaginário" que os "selvagens" falavam, onde os exploradores acreditavam que encontrariam ouro e diamantes em abundância.

Antônio Machado Ribeiro, foi o precursor do núcleo que desencadeou no que conhecemos como o município de Tibagi, paulistano que chegou à região com sua família. Antônio foi compadre e capataz do proprietário de terras da região, o senhor José Félix da Silva Passos que estendia suas posses territoriais além do Rio Alegre, região que passava pelo rio Tibagi até a cidade de Castro. Também era dono das fazendas Monte Alegre, Fortaleza, Bela Vista e outras. O fazendeiro José Félix exerceu diversas funções em sua vida, em Castro, atuou como juiz ordinário, juiz de conselho, ajudante de milícias e capitão de ordenanças em Piraí e Furnas. (Ibdem). Em meados do ano de 1796, um conhecido de José Félix foi visitá-lo na Fazenda Fortaleza, a 17 KM da atual cidade de Tibagi. Seu amigo, Brígido Álvares, recusou que fosse escoltado no retorno para Castro e no dia seguinte, foi encontrado com duas flechas, uma em cada olho e sua cabeça espetada em um

[6] É denominado "Caminho do Peabiru" uma antiga trilha de cerca de três mil quilômetros existente desde tempos longínquos, anterior à colonização europeia, de utilização dos povos nativos americanos que viviam no continente. Em língua tupi, "pea" significa caminho e "abiru", gramado amassado, e servia de ligação entre a cidade de Cusco, no Peru, e a região da antiga Capitania de São Vicente, onde hoje se localiza a cidade de São Vicente, no estado de São Paulo, Brasil. (Disponível em: https://www.infoescola.com/historia-do-brasil/caminho-do-peabiru-2/)

[7] Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Tibagi

dos portões da Fazenda de José Félix. (Ibdem).

Em contrapartida a esta ação, José Félix ordena que seu capataz, Antônio Machado Ribeiro fosse em busca dos “índios Caingangues”, nativos daquela região. Contudo, isso gerou um conflito entre os povos indígenas e os “homens brancos".

> Uma carta do século XVIII, cita o ocorrido como a “Chacina do Tibagi”. A matança generalizada dos índios ocorreu nas margens do mesmo Rio Tibagi, uns 50 km mais ao Norte. Aquela colina ficaria conhecida nos séculos seguintes como "Mortandade” até que Luba Klabin mudasse o nome do local, em 1941. Ali foram construídos um hospital e um hotel, muito próximos de onde hoje se encontra a maior fabricante de papel da América Latina e uma das 7 maiores do mundo: a Klabin do Paraná. Desde então, a sede da Fazenda Monte Alegre do Tibagi, deixou de ser a Fazenda Velha de José Félix da Silva para se transformar na localidade de Harmonia. (Ibidem).

Como recompensa deste feito, Antônio Machado recebeu de José Félix, uma extensa porção de terras localizada desde o Rio Pinheiro Seco até a Barra do Rio Santa Rosa. Já com idade avançada, Antônio faleceu e deixou de herança a propriedade para seus filhos, Manoel das Dores Machado e Ana Beja Machado. A família que iniciou o povoamento, doou uma área de 12 mil m² à Paróquia Nossa Senhora dos Remédios com o intuito de construir a capela e também doou a casa onde morava o Antônio Machado Ribeiro. Após um tempo desde a construção da capela, a Câmara de Castro, que tinha jurisdição sobre a Vila de Tibagi, autoriza a vinda do frei capuchinho, Gaudêncio, italiano de Gênova, que ficou como pároco até a data do seu falecimento.

O povoado de Tibagi foi elevado à categoria de freguesia através da Lei Provincial n° 15, de 6 de março de 1846. Pela Lei Provincial n° 302, de 18 de março de 1872 foi criada a Vila de Tibagi, com território desmembrado do município de Castro, sendo instalada no dia 10 de janeiro do ano seguinte, tomando posse o primeiro prefeito, Antonio Barbosa de Macedo, então vereador mais votado da formação da primeira Câmara Municipal. A sede de Tibagi foi elevada à categoria de cidade através da Lei Estadual nº 259, de 27 de dezembro de 1897, cuja instalação deu-se nesta mesma data. (Ibdem).

Analisamos que o processo de formação da cidade, envolve uma gama de acontecimentos desde as incursões dos bandeirantes. Tibagi, enquanto cidade, nasceu de uma sociedade escravagista e também da descaracterização da cultura local que não envolveu os indígenas na sua construção, mas sim, na dizimação dos mesmos e a vinda de pessoas de diversas localidades e também, da mão de obra escrava para a sua construção. Sua formação econômica se deu também pelo ciclo do diamante e pelo tropeirismo.

Atualmente, o município tem uma população de 20 mil habitantes, encontra-se na Região dos Campos Gerais do Paraná e tem destaque pelas belezas naturais: morros, rios, *canyons* e uma história envolvente. (Prefeitura Municipal de Tibagi)[8]

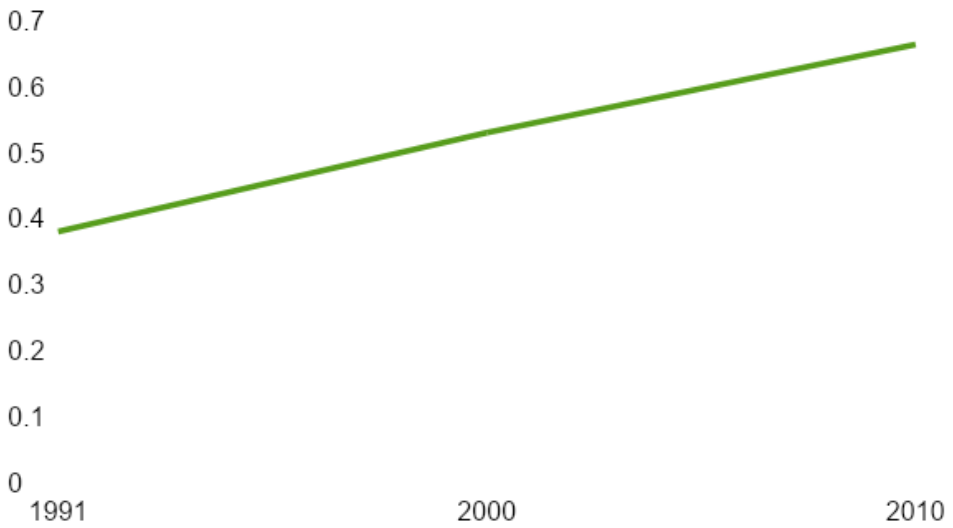
3.2. TABELA 1 – INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,66	
IDHM – Longevidade	0,83	
Esperança de vida ao nascer	74,93	Anos
IDHM - Educação	0,52	
Escolaridade da população adulta	0,35	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,62	
IDHM – Renda	0,68	
Renda per capita	543,05	R$ 1,00
Classificação na unidade da federação	338	
Classificação nacional	2802	

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - PNUD, IPEA, FJP.

3.3. GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

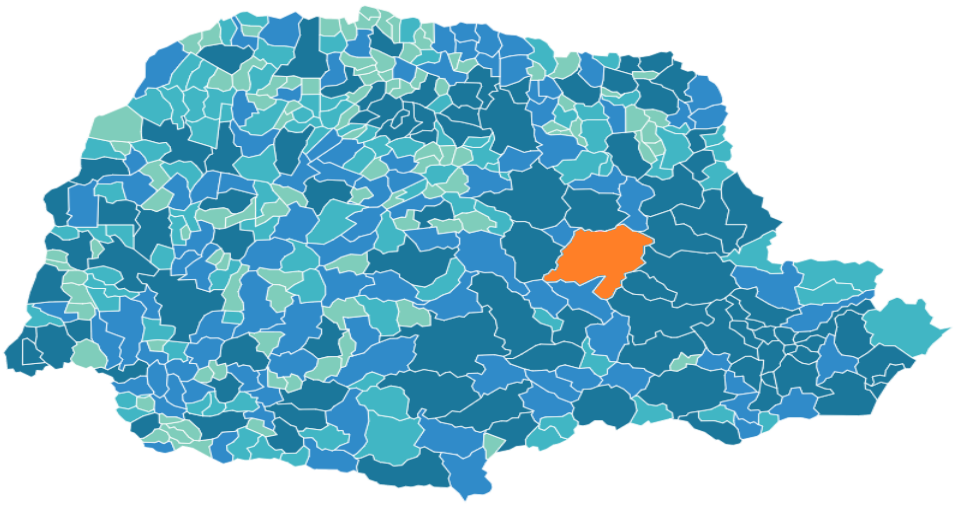
[8] Disponível em: https://tibagi.pr.gov.br/cidade



NOTA: Os dados utilizados foram extraídos dos Censos Demográficos do IBGE. O índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 – muito baixo; 0,500 a 0,599 – baixo; 0,600 a 0,699 – médio; 0,700 a 0,799 – alto e 0,800 e mais – muito alto.

3.4. MAPAS COM DESTAQUES DO MUNICÍPIO DE TIBAGI – PR

3.4.1. Mapa 1. Identificação do Município no Mapa do Estado do Paraná



Fonte: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/tibagi/

O município de Tibagi localiza-se a 216,53 km de Curitiba, com área territorial de 2.951,567 km². Devido à grande extensão territorial, apresenta muitos municípios limítrofes, sendo eles, conforme o mapa: Telêmaco Borba e Ventania ao Norte; Piraí do Sul, Castro e Carambeí a Leste; Ponta Grossa e Ipiranga a Sul e Ivaí Reserva e Imbaú a Oeste.

3.4.2. Mapa 2. Limites, Localização, Divisões Territoriais

IPARDES Fonte: Base Cartográfica do ITCG

3.4.3. Tabela 2 - Distância Média dos Municípios vizinhos, do Centro de Referência da Região e da Capital

Cidade	Distância em Km
Castro	61,4 km
Curitiba	216,53 km
Ponta Grossa	98,6 km
Reserva	92,4 km

Telêmaco Borba	42,6 km
Ventania	46,2 km

Fonte: http://pt.db-city.com/Brasil--Paraná

3.4.4. Tabela 3 – Área Territorial e distância à Capital

Área territorial	Km²	
Distância da sede municipal à capital	216.53	km
Área territorial	2951.57	Km²

Fonte: ITCG (Área), SETR (Distância)

3.4.5. Mapa 3. Mapa municipal de Tibagi e distritos pertencentes a 21ª Regional de Saúde. Localização de Tibagi entre os Municípios pertencentes à 21ª Regional de Saúde.

3.4.6. Mapa 4 - Vista da Sede Município de Tibagi

4. PERFIL DEMOGRÁFICO

4.1. DADOS POPULACIONAIS

Segundo o último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, o Município de Tibagi tem uma população de 19.344 mil habitantes e estimou para 2020, 20.607 mil habitantes. Fazendo uma comparação populacional e tomando por base o ano de 1996, quando a população voltou a crescer tivemos um acréscimo de 3.275 mil habitantes. Mesmo assim, se compararmos com os outros municípios do estado do Paraná que tem uma taxa de 0,89%, verificamos que o município está abaixo da média dos municípios que compõem a bacia do Tibagi.

Segundo o último censo realizado em 2010 o município possui cerca de 11.668 mil moradores na zona urbana e 7.676 mil na zona rural, ocupando assim a posição de nº 91 no ranking estadual e o nº 1.705 no ranking nacional.

E observando a densidade demográfica de 6,22 habitantes por km², o município ocupa o ranking estadual nº 395 e no nacional nº 4.785.

4.2. TABELA 4 – SÉRIE HISTÓRICA DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM TIBAGI-PR

Ano	População	Método
2020	20,607	Estimada
2017	20,562	Estimada
2016	20,470	Estimada
2014	20,377	Estimada
2015	20,283	Estimada
2013	20,184	Estimada
2012	19,482	Estimada
2011	19,414	Estimada
2010	19,344	Censitária

Fonte: IBGE, 2016

4.3. TABELA 5 – POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA RURAL E URBANIZADA POR GÊNERO EM 2010

Tipo de domicílio	Masculino	Feminino	Total
Urbano	5,736	5,932	11,667
Rural	4,068	3,608	7,676
Total	**9,804**	**9,540**	**19,344**

Fonte: IBGE

4.4. TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA, POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA EM 2010

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	166	165	331
1 a 4 anos	668	654	1,322
5 a 9 anos	974	854	1,838
10 a 14 anos	1,084	1,021	2,105
15 a 19 anos	975	909	1,884
20 a 29 anos	1,438	1,511	2,949
30 a 39 anos	1,393	1,367	2,760
40 a 49 anos	1,216	1,220	2,436
50 a 59 anos	869	875	1,744
60 a 69 anos	599	536	1,135
70 a 79 anos	218	303	511
80 anos e mais	114	125	239
Total	**9,804**	**9,540**	**19,344**

Fonte: IBGE /IPARDES, 2010

4.5. TABELA 7 – RANKING DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS E DO MUNICÍPIO, PELA TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL-2015

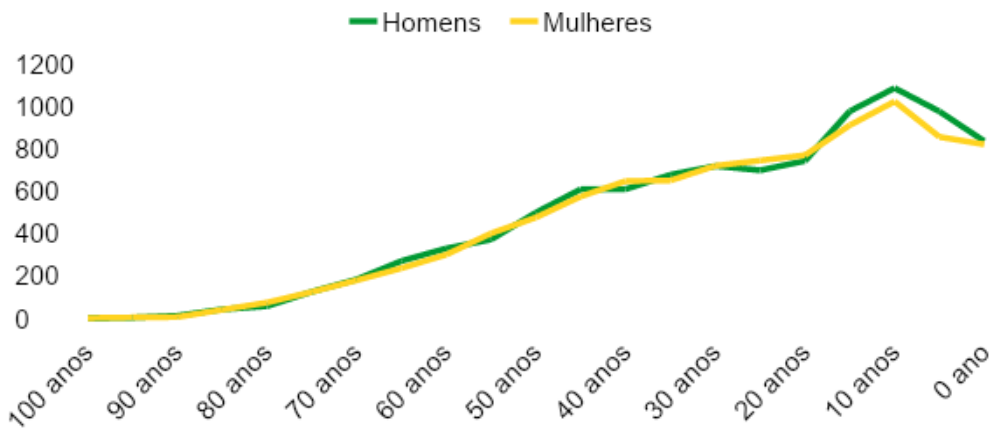
Ranking	Nome do Município	Taxa de crescimento
1º	Carambeí	1.68%
2º	Ventania	1.45%
3º	Imbaú	1.25%
4º	Telêmaco Borba	1.00%

5º	Ponta Grossa	0.99%
6º	Piraí do Sul	0.67%
7º	Ivaí	0.64%
8º	Ipiranga	0.55%
9º	Castro	0.55%
10º	Reserva	0.47%
11º	Tibagi	0.46%

Fonte: IBGE

4.6. GRÁFICO 2 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR GÊNERO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

Índice de Envelhecimento:

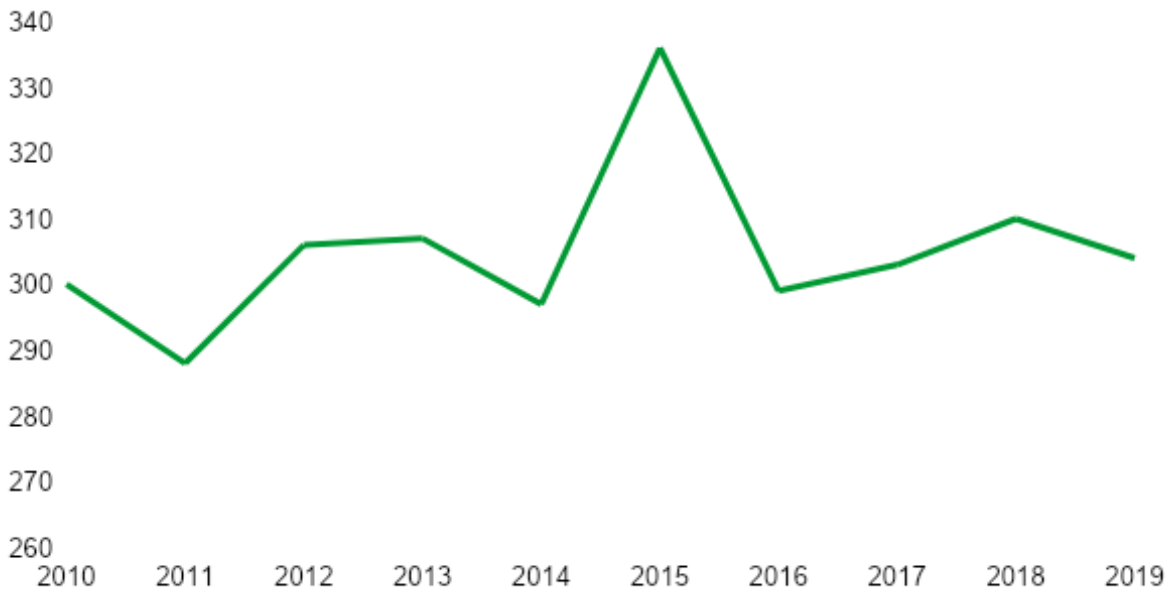


NOTA: Em relação ao índice de envelhecimento, os dois últimos censos realizados apresentam tendência de crescimento da população idosa, a qual cresce 2,7% em média ao ano, segundo o IBGE, enquanto se nota decréscimo da população mais jovem, que em 2000 representava 34,1% do contingente populacional e em 2010, 28,9%.

4.7. GRÁFICO 3 – TAXA DE FECUNDIDADE

Segundo os dados do IBGE, a taxa de fecundidade em 2010 era de 2,54 filhos por mulher. Natalidade representa o número de crianças que nascem por ano. A taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo ou, em outras palavras, o número médio de filhos por mulher com idade de 10 a 49 anos.

A taxa de fecundidade é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetada pela estrutura etária da população. Percebe-se que, em Tibagi, os números de natalidade mostram tendências de estabilidade populacional conforme mostrado no gráfico abaixo:



Fonte: IBGE

4.8. TABELA 8 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE

Mortalidade geral – Óbitos por Faixa Etária, período de 2017 a 2020:

Faixa Etária	Masculino	Feminino
Menor 1 ano	9	9
1 a 4 anos	1	1
5 a 9 anos	1	1
10 a 14 anos	1	1
15 a 19 anos	12	3
20 a 29 anos	30	2
30 a 39 anos	17	9
40 a 49 anos	29	11
50 a 59 anos	47	32
60 a 69 anos	61	34
70 a 79 anos	78	59
80 anos e mais	82	70
Subtotal	365	232
Total	**600**	

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

NOTA: Este é um indicador que aponta o percentual de óbitos por faixa etária num período determinado no ano considerado e na população residente.

4.9. TABELA 9 – ESPERANÇAS DE VIDA AO NASCER

Em 2010, a esperança de vida ao nascer do tibagiano era de 74,93 anos. Este é um indicador que aponta o percentual de óbitos por faixa etária num período determinado no ano

considerado, e na população residente.

TAXA BRUTA DE NATALIDADE - 2019		
Taxa Bruta de Natalidade	14.81	Mil habitantes

FONTE: IBGE, MS/Datasus, SESA e IPARDES (Tabulações especiais) NOTA: Dados de nascidos vivos sujeitos a revisão pela fonte. Posição no site (MS/Datasus) em 06 de abril de 2021.

4.10. TABELA 10 - TAXA DE MORTALIDADE (COEFICIENTE DE MORTALIDADE) – 2019

Taxa de Mortalidade	Taxa	Unidade
Infantil	23.03	Mil nascidos vivos
Menores de 5 anos	23.03	Mil nascidos vivos
Materna	---	100 mil nascidos vivos
Geral	7.16	Mil habitantes

FONTE: MS/Datasus, SESA NOTA: Não incluído os casos de local ignorado. Dados sujeitos a revisão pela fonte. Posição no site (MS/Datasus), 06 de abril de 2021.

5. ANÁLISE SITUACIONAL

5.1. DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos. Velhos e novos problemas em saúde coexistem, com predominância das doenças crônico-degenerativas, as doenças transmissíveis ainda desempenham um papel importante. Na população brasileira o processo engloba mudanças básicas como, substituição entre as primeiras causas de

morte das doenças transmissíveis e infecciosas por doenças não transmissíveis, deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra, onde a morbidade de doenças crônicas é dominante.

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De um modo geral a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população, ao invés de, processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. (www.ibge.gov.br).

5.2. TABELA 11 – MORBIDADES HOSPITALAR DE RESIDENTES DE TIBAGI, SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	40	44	39	48	69
II. Neoplasias (tumores)	96	80	134	113	101
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitária	18	19	20	14	21
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	31	44	31	17	15
V. Transtornos mentais e comportamentais	30	40	51	56	61
VI. Doenças do sistema nervoso	31	43	29	28	19
VII. Doenças do olho e anexos	10	16	8	56	27

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	1	2	3	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	160	202	203	137	154
X. Doenças do aparelho respiratório	163	262	324	135	154
XI. Doenças do aparelho digestivo	159	161	250	152	121
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	40	25	39	18	36
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	87	94	120	122	115
XV. Gravidez parto e puerpério	228	241	301	268	271
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	84	111	127	125	129
XXI. Contatos com serviços de saúde	5	14	14	17	9
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	**1254**	**1490**	**1828**	**1411**	**1441**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Data da consulta: 09/03/2021.

5.3. TABELA 12 – MORTALIDADE DE RESIDENTES DE TIBAGI, SEGUNDO CAPÍTULO CID-10

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	7	7	6
II. Neoplasias (tumores)	28	20	27	24
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt.	-	2	1	1

imunitária				
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	5	13	15
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	1	2	4
VI. Doenças do sistema nervoso	4	2	5	5
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	44	40	27	38
X. Doenças do aparelho respiratório	23	16	23	16
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	7	3	9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	2	4	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	1	2	2
XVII. Malf. cong. deformidades e anomalias cromossômicas	-	2	2	1
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	9	8	10	3
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	21	16	21	20
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-
Total	**157**	**129**	**148**	**147**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET) - Data da consulta: 09/03/2021.

5.4. TABELA 13 – DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO

	2017	2018	2019	2020
Acidente de trabalho grave	10	18	17	31
Acidente por animais peçonhentos	33	53	46	28
Acidente de trabalho com exposição.	10	11	15	4
AIDS. (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)	4	3	3	1
Atendimento antirrábico	48	34	54	27
Caxumba		6	9	
Coqueluche		1	1	
Conjuntivite aguda não especificada	112	126	1	1
Criança exposta HIV	2		4	1
Doenças causadas por protozoários	1	2	2	
Doença de Lyme		1		
Doenças agudas pelo vírus zika	4		1	2
Doenças exantemáticas	7	4	9	1
Esquistossomose			3	
Gestante HIV		3	4	
Hanseníase	3	3		1
Hepatites virais	1	5	1	
Intoxicação exógena	6	15	16	19

Leishmaniose visceral	1			
Leptospirose	1		1	
Meningite	2	2		
Paralisia flácida aguda Poliomielite				1
Sífilis Congênita	1		4	
Sífilis em gestante	4		3	1
Sífilis não especificada	5	12	12	1
Varicela			9	2
Varicela sem complicações	106	1		
Violência interpessoal autoprovocada	7	4	22	26
Tétano acidental			1	
Toxoplasmose não especificada			1	
Tuberculose	2	17	2	3

Fonte:SINAN

5.5. COBERTURA VACINAL - BCG

População	Doses	Cobertura	Ano
297	318	107,07	2017
299	302	101	2018
303	302	99,67	2019
303	199	65,68	2020

5.6. COBERTURA VACINAL – FEBRE AMARELA

(< 1 ano) População	(< 1 ano) Doses	(< 1 ano) Cobertura	Ano
297	300	101,01	2017
299	300	100,33	2018
303	270	89,11	2019
303	279	92,8	2020

5.7. COBERTURA VACINAL - PENTAVALENTE

(< 1 ano) População	(< 1 ano) Doses	(< 1 ano) Cobertura	Ano
297	322	108,42	2017
299	299	100	2018
303	267	88,12	2019
303	268	88,45	2020

5.8. COBERTURA VACINAL – HEPATITE B

(< 1 ano) População	(< 1 ano) Doses	(< 1 ano) Cobertura	Ano
297	322	108,42	2017

299	299	100	2018
303	267	88,12	2019
303	243	88,45	2020

5.9. COBERTURA VACINAL – POLIOMIELITE

(< 1 ano) População	(< 1 ano) Doses	(< 1 ano) Cobertura	Ano
297	329	110,77	2017
299	302	101	2018
303	282	93,07	2019
303	265	87,46	2020

5.10. COBERTURA VACINAL – TRÍPLICE VIRAL

Primeira Dose População	Primeira Dose Doses	Primeira Dose Cobertura	Ano
297	288	96,97	2017
299	307	102,68	2018
303	297	99,02	2019
303	298	88,35	2020

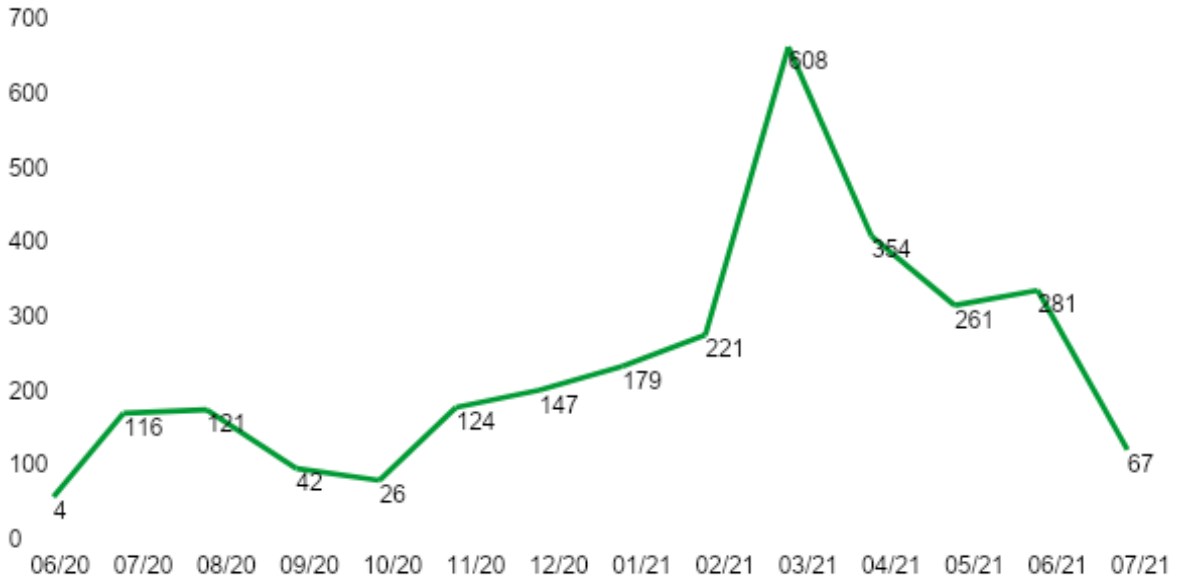
5.11. COBERTURA VACINAL – TRÍPLICE VIRAL

Segunda Dose População	Segunda Dose Doses	Segunda Dose Cobertura	Ano
297	316	106,4	2017
299	290	96,99	2018
303	312	102,97	2019
303	226	74,59	2020

5.12. COBERTURA VACINAL – ROTAVÍRUS HUMANO

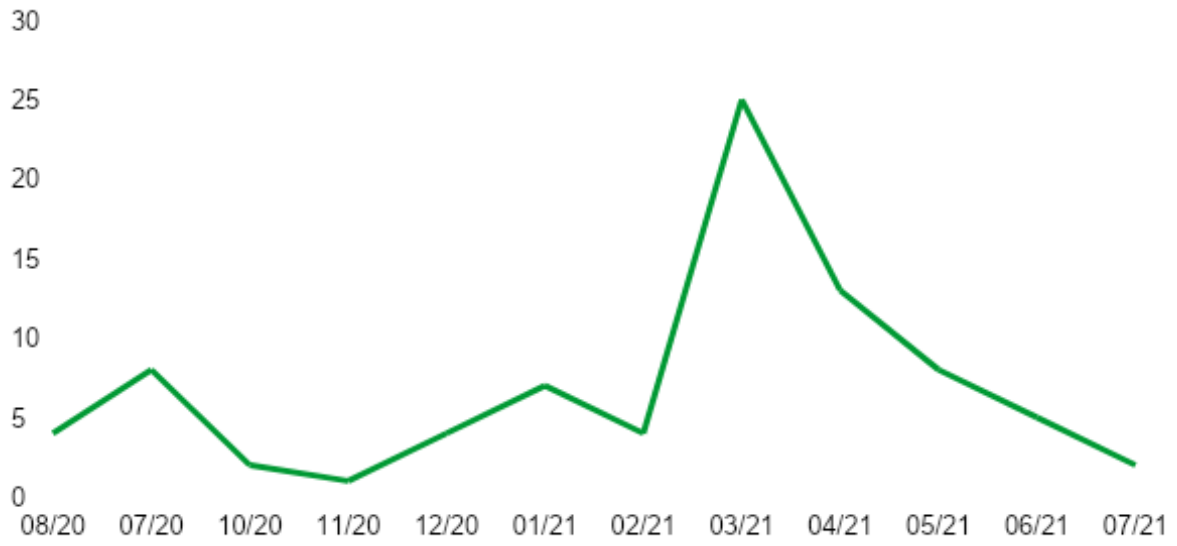
População	Doses	Cobertura	Ano
297	331	111,45	2017
299	303	101,34	2018
303	278	91,75	2019
303	283	93,4	2020

5.13. GRÁFICO 4 – NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS COVID-19



Fonte: Vigilância Epidemiológica.

5.14. GRÁFICO 5 - ÓBITOS POR COVID-19 (TOTAL DE ÓBITOS 85, ATÉ JUNHO DE 2021.)



6. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE: ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE

6.1. TABELA 14 – DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2020

Parâmetro	%
Densidade demográfica – Habitantes por Km²	6.93

FONTE: IPARDES. NOTA: É calculada em função das populações do IBGE e das áreas territoriais calculadas pelo ITCG.

6.2. IDENTIFICAÇÃO DE POPULAÇÃO

6.2.1. Tabela 15 – Taxa de crescimento geométrico populacional segundo tipo de domicílio – 2010

TIPO DE DOMICÍLIO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)
Urbano	1.28
Rural	-0.6
TOTAL	**0.48**

FONTE: IBGE – Censo Demográfico

6.2.2. Assentamento Rural

O Município possui assentamentos rurais sendo o assentamento Rancho Alegre, Assentamento Rincão, Assentamento Vasto Horizonte, Assentamento Iapará, Assentamento Menino Jesus e não apresenta nenhuma comunidade quilombola.

6.3. TABELA 16 – ESTABELECIMENTOS AGROPECUÁRIOS E ÁREA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS – 2017

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	ÁREA (ha)
Lavoura temporária	557	150,120
Horticultura e floricultura	29	200
Lavoura permanente	21	x
Produção de sementes, mudas e outras formas de propagação vegetal	-	-
Pecuária e criação de outros animais	366	33,101
Produção florestal de florestas plantadas	64	43,826
Produção florestal de florestas nativas	3	x
Pesca	-	-
Aquicultura	-	-
TOTAL	**1,040**	**228,252**

FONTE: IBGE – Censo Agropecuário. NOTA: A soma das parcelas da área, não corresponde ao total porque existem unidades territoriais com valores inibidos para não identificar o informante. Esses valores estão desidentificados com o carácter 'x'. Dados revisados e alterados após a divulgação dos resultados definitivos em 25 de outubro de 2019.

6.4. TABELA 17 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E EMPREGOS (RAIS) SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS – 2019

ATIVIDADES ECONÔMICAS (SETORES E SUBSETORES DO IBGE(1))	ESTABELECI MENTOS	EMPREGOS

Extração de Minerais	4	5
Indústria de transformação	31	183
Produtos minerais não metálicos	2	6
Metalúrgica	4	6
Mecânica.	4	4
Material elétrico e de comunicações	-	-
Material de transporte	-	-
Madeira e do mobiliário	9	83
Papel, papelão, editorial e gráfica	2	48
Borracha, fumo, couros, peles e produtos similares e indústria diversa	-	-
Química, de produtos farmacêuticos, veterinários, de perfumaria, sabões, velas e matérias plásticas	-	-
Têxtil, vestuário e artefatos de tecidos	2	2
Calçados	1	1
Produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	7	33
Serviços Industriais de Utilidade Pública	-	-
Construção Civil	29	120
Comércio	133	705
Comércio varejista	122	610
Comércio atacadista	11	95
Serviços	109	510

Instituições de crédito, seguros e de capitalização	7	43
Administradoras de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos profissionais, auxiliar de atividade econômica	26	70
Transporte e comunicações	18	49
Serviços de alojamento, alimentação, reparo, manutenção, radiodifusão e televisão	48	272
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	7	23
Ensino	3	53
Administração Pública	3	652
Agropecuária (agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca)	246	1205
Atividade não especificada ou classificada	-	-
TOTAL	**555**	**3380**

FONTE: ME/TRABALHO. NOTA: Posição em 31 de dezembro.

O total das atividades econômicas refere-se à soma dos setores: Extração de Minerais; Indústria de Transformação; Serviços Industriais de Utilidade Pública; Construção Civil; Comércio; Serviços; Administração Pública; Agropecuária; e Atividade não Especificada ou Classificada. INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO: minerais não metálicos; metalúrgica; mecânica; elétrico, comunicações; material transporte; madeira, mobiliário; papel, papelão, editorial, gráfica; borracha, fumo, couros, peles, similares, indústria diversa; química, farmacêuticos, veterinários, perfumaria, sabões, velas, matérias plásticas; têxtil, vestuário, artefatos tecidos; calçados, produtos alimentícios, bebidas, álcool etílico. COMÉRCIO: varejista; atacadista. SERVIÇOS: instituições de crédito, seguros, administradoras de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos profissionais, auxiliar atividade econômica; transporte e comunicações; serviços alojamento, alimentação, reparo, manutenção, radiodifusão, televisão; serviços médicos, odontológicos e veterinários; ensino.

6.5. ÍNDICE DE DESEMPREGO E TAXA DE DESEMPREGO

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 65,14% em 2000 para 62,64% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 10,20% em 2000 para 5,01% em 2010. (IBGE)

6.6. TABELA 18 – PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB), PREÇOS CORRENTES SEGUNDO OS RAMOS DE ATIVIDADES – 2018

RAMOS DE ATIVIDADES	VALOR	UNIDADE
PIB a preços correntes	896623	R$ 1,000.00
PIB – Valor adicionado bruto (VAB) a preços básicos - total	845009	R$ 1,000.00
PIB – VAB a preços básicos na agropecuária	457094	R$ 1,000.00
PIB - VAB a preços básicos na indústria	43161	R$ 1,000.00
PIB – VAB a preços básicos no comércio e serviços	238202	R$ 1,000.00
PIB – VAB a preços básicos na administração pública	106551	R$ 1,000.00
PIB – Impostos	51614	R$ 1,000.00

FONTE: IBGE, IPARDES. NOTA: Nova metodologia. Referência 2010. Os dados do último ano disponível estarão sujeitos à revisão quando da próxima divulgação. Diferenças encontradas são em razão dos arredondamentos.

6.7. TABELA 19 - ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR PER CAPITA – 2010

Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita	0.56

FONTE: IBGE - Censo Demográfico ; Tabulações especiais do IPEA

NOTA: Mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capita de uma determinada população em um determinado espaço geográfico. Interpretação: Quando o índice tem valor igual a um (1), existe perfeita desigualdade, isto é, a renda domiciliar per capita é totalmente

apropriada por um único indivíduo. Quando ele tem valor igual a zero (0), tem-se perfeita igualdade, isto é, a renda é distribuída na mesma proporção para todos os domicílios. Quanto mais próximo da unidade, maior a desigualdade na distribuição de renda.

6.8. TABELA 20 – PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) PER CAPITA – 2018

PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA	43875	R$ 1.00

FONTE: IBGE, IPARDES

NOTA: Nova metodologia. Referência 2010. Os dados do último ano disponível estarão sujeitos à revisão quando da próxima divulgação. Diferenças encontradas são em razão dos arredondamentos.

6.9. TABELA 21 – RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA – 2010

Renda Média Domiciliar per Capita	535.27	R$ 1.00

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

NOTA: Média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Considerou-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores. O salário-mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. O valor de referência, salário-mínimo de 2010, é de R$ 510,00.

6.10. TABELA 22 – TAXA DE DESEMPREGO 16 ANOS E MAIS NO MUNICÍPIO DE TIBAGI, PERÍODO: 2010

Total	5,33

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

Notas: Taxa de desemprego: Percentual da população de 16 anos e mais, economicamente ativa, desocupada. Consulte o sítio da Secretaria Estadual de Saúde e do IBGE para mais informações.

7. EDUCAÇÃO

7.1. MATRÍCULAS NA EDUCAÇÃO BÁSICA SEGUNDO A MODALIDADE DE ENSINO E DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA – 2020

Modalidade de ensino	Federal	Estadual	Municipal	Particular	Total
Educação infantil	-	-	678	41	719
Creche	-	-	250	14	264
Pré-escolar	-	-	428	27	455
Ensino fundamental	-	1286	1622	170	3078
Ensino médio	-	851	-	21	872
Educação profissional	-	86	-	-	86
Educação especial – classes exclusivas	-	-	-	78	78
Educação de jovens e adultos (EJA)	-	104	18	30	152
Ensino fundamental	-	80	18	30	128
Ensino médio	-	24	-	-	24
TOTAL		**2241**	**2318**	**262**	**4821**

FONTE:MEC/INEP

NOTA: A soma das parcelas pode divergir do total do Estado em razão de que um aluno pode estar matriculado em mais de uma modalidade de ensino, conforme a Sinopse Estatística da Educação Básica, divulgada pela fonte (INEP).

7.2. TAXA DE ANALFABETISMO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – 2010

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	12.13
De 15 a 19	1.54
De 20 a 24	1.19
De 25 a 29	3.33
De 30 a 39	6.92
De 40 a 49	11.86
De 50 e mais	29.34

FONTE: IBGE – Censo Demográfico

NOTA: Foi considerado como analfabeto as pessoas maiores de 15 anos que declararam não serem capazes de ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinam o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram.

7.3. TAXAS DE RENDIMENTO EDUCACIONAIS NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO – 2020

TIPO DE ENSINO	Aprovação	Reprovação	Abandono
Fundamental	97.1	2.2	0.7
Anos iniciais (1ª a 4ª série e/ou 1º a 5º ano)	97.7	2.3	-
Anos finais (5ª a 8ª série e/ou 6º a 9º ano)	96.4	2.2	1.4
Médio	92.1	3.2	4.7

FONTE: MEC/INEP

8. HABITAÇÃO

8.1. ABASTECIMENTO DE ÁGUA

ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Número De Economias Abastecidas	5.112	unidades
Número De Economias Ativas Abastecidas Residenciais	4.684	unidades
Extensão Total Da Rede De Distribuição De Água	93	km
Convencional	739	m³
Simples Desinfecção (Cloração E Outros)	1464	m³
Volume De Água Consumido Por Dia	1.630	m³
Volume De Água Consumido Por Dia Por Economia	318,9	litros
Índice De Perdas Calculado	26,0	%

8.2. ESGOTAMENTO SANITÁRIO POR REDE COLETORA

ESGOTAMENTO SANITÁRIO POR REDE COLETORA		
Número De Economias Esgotadas	3.681	Unidades
Número De Economias Ativas Esgotadas Residenciais	3.374	Unidades
Com Rede De Esgotamento Sanitário	Sim	Unidades
Extensão Total Da Rede Coletora De Esgoto	64	Km
	300	M³

Volume De Esgoto Tratado Por Dia

ENERGIA ELÉTRICA	
Número de domicílios atendidos em 2014	5665

FONTE: IBGE, IPARDES

8.3. PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DO LIXO

COLETA DE LIXO	1991	2000
Coletado	6088	10913
Queimado (na propriedade)	5211	4875
Enterrado (na propriedade)	1344	1.12
Jogado	9138	1078
Coleta de lixo	1991	2000
Total	**22551**	**18125**

FONTE: IBGE, IPARDES

Quando se trata de tratamento e destinação correta do lixo, a produção de resíduos de Tibagi gira em torno de nove toneladas que são coletados em mais de 4.500 domicílios segundo o Ipardes 2014. Destes resíduos 28% são recicláveis, 56% correspondem a compostos orgânicos, o restante é destinado ao aterro como rejeitos. O centro de triagem e compostagem e a Associação de Catadores de Materiais Recicláveis de Tibagi ficam responsáveis por este processamento.

9. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010).

Assim, em 2006 foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS aponta seis diretrizes, que tratam de reconhecer a promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; procura estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

Fundamentado nestas diretrizes, o município de Tibagi vem investindo há alguns anos em ações voltadas à promoção e prevenção em saúde. Para isto, a Secretaria de Saúde tem buscado diversas parcerias da esfera pública e privada para dar continuidade ao fortalecimento desta política, que se constitui em uma das prioridades da gestão. Tibagi tem como foco o controle do tabagismo, da obesidade, a prevenção das violências, acidentes, alcoolismo, drogadição, o investimento em hábitos alimentares saudáveis e o incentivo à prática de atividade física.

A Prefeitura de Tibagi oferece equipamentos públicos para prática de atividades saudáveis, entre eles podemos salientar: Academias da Terceira Idade (ATI), Centros Esportivos e Polos Academia da Saúde, que são espaços destinados à população para praticar atividades física saudáveis, orientação à alimentação adequada, entre outros. Foram implantadas Hortas Comunitárias que além de proporcionar acesso aos produtores a uma alimentação mais saudável, constituem-se como fonte de renda, garantindo sua sustentabilidade. Além disso, o tibagiano conta com espaços públicos voltados para o esporte, pistas de caminhadas nos parques, no horto florestal e outros, os quais têm atraído a população cada dia mais para a realização de atividades físicas.

Nos últimos anos houve a inserção de ações de promoção de saúde na programação de todas as

UBS de Tibagi. As ações programadas para incentivar hábitos saudáveis na população foram realizadas na sua totalidade, de forma intra e intersetorial. Foram decisivas as ações voltadas para atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e principalmente na prevenção de violências e cultura da paz. Foram mantidas as hortas comunitárias e ampliação das ATI. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, são formados por profissionais de diversas categorias: psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, educação física, farmácia, nutrição e terapia ocupacional. Hoje o município conta com nove equipes do NASF, que apoiam as atividades realizadas pelas ESF, desenvolvendo atividades de orientação e educação aos usuários e profissionais, organizam e apoiam grupos de mudança de hábitos de vida, de controle de peso, atividade física, saúde da coluna, controle do tabaco, desenvolvimento infantil e realizam atividades e eventos educativos entre outras atividades.

10. ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança do modelo de saúde, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que o recurso federal compõe o Bloco de Financeiro da AB. A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu um novo modelo de financiamento para a APS, o Programa Previne Brasil, o novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação
do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes

na APS, entre outros tantos programas.

A primeira definição de APS surgiu após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. Eis o que diz o documento emitido ao final do evento, conhecido como Declaração de Alma-Ata:

> *"*Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação."

A Atenção Primária tem a Estratégia Saúde da Família como estruturante para sua organização, tendo como principal desafio promover a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, e reabilitação das doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Dentro da estrutura da Atenção Básica hoje o município é dividido em 5 (cinco) regiões que dispõem de 5 ESFs: 2 (dois) na zona urbana e 3 (três) na rural, 04 equipe de saúde bucal. E ainda foram contemplados com EAP e 1 ESF, em vias de implantação. As equipes em Tibagi citadas abaixo, têm a responsabilidade sanitária por um território de referência e o processo de trabalho de cada uma é organizado de modo que garanta o maior acesso possível, promovendo o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção.

10.1. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 18 DE MARÇO

A agente comunitária de Saúde Cláudia Machado, relata: "A Unidade da 18 de Março, é para mim uma extensão da minha família, é minha motivação diária, me proporciona levantar todos os dias para fazer o que

amo. Consigo ajudar a assistir, alegrar os meus pacientes nas visitas, tenho um carinho muito especial com os pacientes da Beira Rio, área que atuo”.

10.2. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ

A Técnica de Enfermagem Clotilde afirma que a Equipe tem dificuldades, como qualquer outra, mas é uma equipe que está sempre pronta a oferecer o melhor para os cidadãos que ali são assistidos por ela. Somos uma equipe unida, que não mede esforços para oferecer o melhor atendimento a nossa população”.

10.3. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DO AMPARO

10.4. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO

"Aqui cada um representa uma parcela do resultado final, pois trabalho em equipe e melhoria contínua são chaves para o bem estar e a saúde de nossos pacientes". Enfermeira Paula Fernanda do Valle Gomes 2021.

10.5. EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAETANO MENDES

10.6. SAÚDE BUCAL DE TIBAGI PR

A Rede de Atenção à Saúde Bucal é um conjunto de ações que envolve o controle das doenças bucais, através da promoção de saúde, prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente.

Esse conjunto de ações é balizado pela Estratificação de Risco, que em relação `a saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de atenção primária, nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas, e o atendimento terciário, em Unidades Hospitalares.

O Setor Odontológico Público Municipal de Tibagi possui 04 Equipes de Saúde Bucal atuando nas Estratégia Saúde da Família, sendo 01 Equipe na ESF São José, 01 Equipe na ESF 18 de Março, 01 Equipe na ESF São Bento (a equipe de saúde bucal do São Bento realiza atendimento quinzenal na UBS Alto do Amparo) e 01 Equipe na ESF Caetano Mendes.

Na Clínica da Mulher e da Criança temos uma Equipe que realiza acompanhamento de crianças de 0 a 10 anos e também realiza atendimento às crianças da rede de ensino particular. Contamos também com atendimento odontológico em três escolas municipais na sede do município e duas no interior, as equipes realizam trabalho de prevenção da doença cárie, escovação supervisionada, orientação e bochechos com flúor. Com relação a capacidade instalada, estão disponíveis 9 Equipamentos odontológicos. Com relação aos

recursos humanos, contamos com 3 cirurgiões dentistas com carga horária de 20 horas/semanais (01 está afastado para tratamento de saúde), 04 cirurgiões dentistas 40 horas semanais. Estes efetivos (concursados). Temos 4 profissionais TSB's efetivos 40 horas semanais, 01 TSB em desvio de função , 01 ASB 40 horas semanais (Terceirizada) e 02 Estagiários.

A organização da demanda é realizada através de agendamentos de consultas, as consultas de urgências são realizadas pela equipe sem agendamento prévio, mesmo que oriundas de outras áreas de cobertura. A organização da atenção odontológica se faz por meio de atendimento realizado nas ESF´s, respeitando - se a territorialização.

10.6.1. A importância da primeira consulta

A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, aproveitando - se a consulta do puerpério, programada para até 7 dias após o parto, quando deve ser dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para a avaliação da higidez dos rodetes gengivais e a detecção de alguma anomalia.

Na condução do exame clínico, os detalhes do exame extrabucal (simetria da face, nódulos, lesões cutâneas) devem ser considerados.

10.6.2. Ações nos pontos de Atenção à Saúde

As Unidades de Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família devem ser as ordenadoras do cuidado da saúde bucal dos usuários, enfatizando a busca ativa, responsabilizando - se pelo seu cadastramento e assumindo a responsabilidade pelo atendimento em seu território de atuação, garantindo o cuidado e a resolubilidade da atenção em saúde bucal.

Na educação em saúde, devem ser enfatizados o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários, instrumentando - os para a mudança de hábitos e controle de manutenção de sua saúde. O objetivo maior da educação em saúde é a mudança de comportamento do usuário, transformando - o em ator ativo do

processo saúde e doença.

10.6.3. A Estratificação de Risco em Saúde Bucal

A estratificação de risco deve ser sempre considerada, devendo ser realizada rotineiramente pelos profissionais dos serviços.

É importante que o risco seja documentado na ficha do paciente e utilizado como fator de influência sobre o plano de tratamento. Na estratificação de risco, os pacientes serão considerados como de Baixo, Médio e Alto Risco, com base nos critérios de estratificação, utilizando escores cuja somatória definirá o risco individual do paciente.

10.6.4. Atendimento de Emergência e Urgência na Odontologia

Emergências: Define-se emergências como situações críticas, as quais potencializam o risco de morte. Na odontologia, quando comparadas às urgências, os casos de emergências são menos frequentes e segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO) englobam as seguintes situações:

Sangramentos não controlados, como celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intra ou extraoral, e potencial risco de comprometimento das vias aéreas, traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento das vias aéreas.

Urgências: As urgências são definidas como situações de desconforto, as quais determinam prioridade no atendimento, mas não potencializam risco de morte. Estes casos são muito comuns na odontologia, principalmente as situações que afetam a polpa dentária e podem provocar dor intensa, entre outras.

10.6.5. Atendimento à gestante

Nas consultas do pré - natal, a gestante deve receber orientações sobre higiene bucal, com ênfase no controle da placa bacteriana, dieta cariogênica e a necessidade do controle de suas doenças bucais. É importante considerar uma avaliação da saúde bucal da paciente pela equipe de saúde bucal já na primeira consulta do pré - natal e os problemas detectados resolvidos gradualmente.

10.6.6. Atenção de média e alta Complexidade

Os pacientes são encaminhados da seguinte forma:

Radiologia - radiografias periapicais, interproximais e oclusais são referenciadas à Clínica de Saúde da mulher e da Criança na sede do município, recentemente foi instalado 1 aparelho de RX no interior na ESF São Bento e ESF Caetano Mendes.

Anatomopatologia - nossa referência é a UEPG (Universidade Estadual de Ponta Grossa), que realiza atendimento clínico, coleta de material e encaminhamento para biópsia. Endodontia - nossa referência é ABO (Associação Brasileira de Odontologia), porém tem. Um custo no procedimento (abaixo) esse custo é para cobertura dos materiais que são utilizados. Periodontia Avançada, Prótese - não há rede de referência.

> "Tratamento do câncer bucal - hospitais de referência já utilizados para pacientes de Oncologia no município. Cirurgia buco-maxilo-facial e atenção aos fissurados lábio-palatinos CAIF/Curitiba**.** O setor odontológico tem como objetivo melhorar cada vez mais a condição de saúde bucal da população, a redução de prevalência de cárie dental em crianças de 0 a 14 anos, a redução de exodontia desnecessária em jovens e adultos."

Remover o foco das doenças, dando ênfase na melhora da qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações voltadas principalmente ao cuidado e promoção da saúde bucal, ofertando serviços odontológicos clínicos preventivos.

10.7. VIGILÂNCIA ALIMENTAR NUTRICIONAL

A Vigilância Alimentar e Nutricional tem como um de seus objetivos, fornecer subsídios para as decisões políticas e auxiliar no planejamento e no gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

10.7.1. Nutrição

Em Tibagi contamos com uma nutricionista na atenção primária, que vem contribuindo em consonância com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família e com a área/setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no município, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolubilidade, de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para a segurança alimentar e nutricional da população atendida.

- Atividades do Nutricionista na Atenção Básica;
- Atenção Nutricional À Saúde Da Gestante E Puérpera;
- Acompanhamento nutricional de gestantes em risco intermediário e alto, em relação à obesidade, diabetes gestacional, hipertensão e anemias carenciais; promoção e proteção ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; atividade de educação nutricional para introdução de alimentação complementar saudável;
- Atenção Nutricional À Saúde Da Criança;
- Acompanhamento nutricional de crianças menores de 6 meses, quando por problemas maternos ou doenças da criança, precisam ser alimentadas por fórmulas lácteas ou fórmulas especiais; crianças em uso de nutrição enteral; crianças com alergias alimentares; obesidade infantil; autismo; diabetes juvenil;
- Atenção Nutricional Nas Doenças Crônicas;
- Acompanhamento nutricional individual ou em grupos aos indivíduos com diabetes, hipertensão arterial, obesidade; atendimento individualizado para pacientes com doença renal, hepática, reumatológica; cardíacas, doenças crônicas do pulmão, etc.;
- Atenção Nutricional Em Cuidado Paliativo;
- Atendimento individualizado em ambulatório ou domiciliar; terapia nutricional oral ou enteral;
- Atenção Nutricional Do Idoso;
- Atenção Nutricional Em Domicílio;
- Suporte De Orientação Nutricional Pós Alta Hospitalar Imediata Em Domicílio Ou Ambulatório;

11. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Município tem apoio do NASF, sua equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios, fazem parte dessa equipe fisioterapia, nutrição, psicologia e assistente social.

12. LABORATÓRIO MUNICIPAL DE TIBAGI

SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL

Os exames laboratoriais são coletados no laboratório (HLBC) e no interior nas UBS. Os exames são realizados no laboratório municipal, dentro do HLBC. São coletados conforme agendamento e no caso de urgência a coleta é feita no mesmo dia ou no dia seguinte (jejum).

Os resultados são entregues aos pacientes em aproximadamente 3 dias da coleta, mediante retirada no laboratório e nas UBS do interior.

Quando a coleta é feita nas UBS do interior do município (Alto de Amparo, São Bento e Caetanos Mendes) o motorista da UBS transporta o material até o laboratório para a realização dos exames.

Os exames que não são ofertados pelo laboratório municipal são destinados aos serviços contratados (mediante saldo disponível) e os resultados são encaminhados para as UBS e diretamente ao paciente no caso da sede do município.

12.1. TABELA 23 - EXAMES REALIZADOS PELO LABORATÓRIO

EXAMES REALIZADOS PELO LABORATÓRIO

Glicose Jejum	Gama Gt	Tipagem Abo+ Rh
Glicose Pós Prandial	Fosfatase Alcalina	Proteínas Total E Frações
Colesterol Total	Tgo	Fator Reumatoide
Colesterol Hdl	Tgp	Aslo
Triglicerídeos	Bilirrubinas	Pcr
Ácido Úrico	Amilase	Pcr Quantitativo
Ureia	Albumina	Hb Glicosilada
Creatinina	Hemograma	Vdrl
Parcial De Urina	Bacterioscopia De Urina	Parasitológico De Fezes
Vhs	Bacterioscopia De Fezes	Sangue Oculto Nas Fezes
Hcg No Sangue	Bact. Secreção Uretral	Pesquisa De B.A.A.R. Linfa
Hcg Na Urina	Bact. Secreção Vaginal	Pesquisa De B.A.A.R. Escarro
Teste Rápido Dengue	Teste Rápido Ag Covid	Teste Rápido Hiv
Teste Rápido Hepatite B	Teste Rápido Hepatite C	Teste Rápido Sífilis

13. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Tem caráter sistêmico e multidisciplinar e representa atividade de grande impacto financeiro no âmbito do SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos. Em 1990, A Lei nº 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como obrigação do sistema.

Em 1998, nasceu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), procurando romper com o foco exclusivo na aquisição e distribuição de medicamentos que se mostrava insuficiente. Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS). A PNAF explicitou a necessidade de qualificação dos serviços e dos recursos humanos, a descentralização das ações, o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos como seus principais eixos estratégicos. A Assistência Farmacêutica é financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de dispensação especializada. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS. O componente Básico é composto pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde para assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido para os Municípios, Distrito Federal e Estados. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina, asma e rinite. Saúde mental, saúde da mulher, alimentação, nutrição e combate ao tabagismo.

O componente Estratégico da assistência farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica em programas estratégicos. O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- Controle de endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional e regional;
- Programa de IST/AIDS (antirretrovirais);

- Programa nacional de sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos;
- Insulina.

O Ministério da Saúde repassa aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos estados. O componente de medicamentos de Dispensação Excepcional é readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

A Assistência Farmacêutica é componente fundamental na execução da promoção e assistência de saúde a população, o seu principal objetivo é promover o acesso aos medicamentos essenciais de forma racional, com segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos.

A política Nacional de medicamentos, definida por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) No 3.916/98, assim como algumas novas diretrizes de Assistência Farmacêutica apresentada e referendada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 338/04, remetem e orientam para a prática de uma assistência farmacêutica descentralizada, pactuada entre as esferas de Governo e com ações centradas no usuário, comunidade e profissionais de saúde.

A Assistência Farmacêutica é programada por meio da relação municipal de medicamentos - REMUME e das ações e serviços do SUS, considerando um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde. O elenco é baseado em critérios epidemiológicos visando contemplar prioritariamente o tratamento dos indivíduos atendidos na atenção básica.

Os medicamentos da Atenção Básica previstos na REMUME são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população. Os medicamentos estratégicos direcionados ao tratamento de um grupo de agravos agudos ou crônicos específicos contemplados em programas do Ministério da Saúde, como os tratamentos para IST/ AIDS, tuberculose e Hanseníase.

A Assistência Farmacêutica, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação com o intuito de estabelecer políticas municipais para o uso racional de medicamentos, estabelece, entre outras ações, a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, com base na Portaria 155 de 30 de Julho de 2013, que Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde –

SUS, sendo os medicamentos previstos na REMUME de fornecimento obrigatório e regular através da farmácia do município, e sua revisão pela CFT de período anual ou quando necessário.

A Farmácia Municipal de Tibagi está localizada na região central do Município anexa ao CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) e é a responsável por toda a atenção farmacêutica do município. A Farmácia realiza a dispensação de medicamentos da atenção básica para todos os pacientes da sede que são atendidos nos postos de saúde e hospital, entre estes medicamentos estão os do programa Hiper-Dia, que distribui medicamentos para hipertensão e diabetes, além de insulinas e insumos para diabetes.

Além dos medicamentos da atenção básica também são dispensados pela Farmácia medicamentos do Componente Especializados da Assistência Farmacêutica e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, que são adquiridos pelo Governo Estadual e Federal e são recebidos, conferidos, armazenados e distribuídos pela farmácia para pacientes cadastrados, tanto da sede quanto do interior.

A Farmácia também dispensa material médico-Hospitalar, para pacientes acamados e que fazem pequenos curativos domiciliares que não requerem a presença de técnicos de enfermagem.

O CAF é responsável por todo o ciclo da assistência farmacêutica no município, que inclui: - Seleção de medicamentos e material-médico que será distribuído pelo município;

- Programação através de estimativa de consumo;
- Aquisição através de processo licitatório e qualificação do fornecedor;
- Armazenamento de itens atendendo às boas práticas de armazenamento para garantir a estabilidade dos medicamentos armazenados;
- Distribuição para os postos de saúde;
- Dispensação para os pacientes mediante apresentação de prescrição médica válida.

Atualmente a farmácia conta com 6 funcionários, sendo 1 farmacêutico e 1 estagiário.

13.1 TRANSPORTE SANITÁRIO

O serviço de Transporte Sanitário Público, é destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência.

O Transporte Sanitário, modalidade ligada à Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ambulâncias, visa transportar usuários da residência para as unidades de saúde do município ou de outras cidades.

A Secretaria Municipal de Saúde consta com os seguintes carros listados a abaixo:

VEÍCULOS	PLACA	COR
AMB. PEUGEOT	BEV-OF36	Branca
AMB. PEUGEOT	BEV-OF39	Branca
AMB. S10	BBQ-9734	Branca
AMB. S10	BBQ-9733	Branca
AMB. MONTANA	BCU-8F21	Branca
AMB. UTI renault	BDP-5B41	Branca
AMB. DUCATO	BDR-9I31	Branca
AMB. RENAULT	AYI-2502	Branca
AMB. RENAULT	BAL-4928	Branca
AMB. RENAULT	AZE-8A96	Branca
AMB. CITROEN	AYM-8932	Branca
AMB. CITROEN	AYM-8933	Branca
FIAT STRADA	BBL-7734	Branca
RENAULT SANDERO	BBO-0698	Branca
SPIN CHEVROLET	BBS-7941	Branca
SPIN CHEVROLET	BDQ-9I28	Branca
SPIN CHEVROLET	BAE-1822	Branca

VAN SPRINT	BCN-5538	Branca
VAN SPRINT	BCN-5539	Branca
VAN SPRINT	BAJ-1847	Branca
VAN RENAULT	BBX-5727	Branca
VAN CITROEN	AYM-5661	Branca
M. ÔNIBUS VOLKS	BDN-9B87	Branca
AMB. RENAULT	ASQ-4431	Branca
ONIX CHEVROLET	BCO-3914	Branca
L200 TRITON	BCW-5G76	Branca
LOGAN renault	ECZ-3E13	Branca
FORD KA 1.0	BER-7G24	Branca
FORD KA 1.0	BER-7G27	Branca
FORD KA 1.0	BER-7G28	Branca
FORD KA 1.5	BEB-8D28	Branca
FORD KA 1,5	BEB-8D29	Branca
FORD KA 1.5	BEB-8D30	Branca
FORD KA 1.5	BEB-8D31	Branca
FORD KA 1.5	BEB-8D32	Branca
VW GOL 1.0	RHB-3E81	Branca
VW GOL 1.0	RHB-3H29	Branca
VW GOL 1.0	BEX-8F74	Branca

14. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Média Complexidade Ambulatorial envolve a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação que pelo seu caráter complementar e suplementar à Atenção Básica são de extrema relevância na redução da demanda para a alta complexidade. As ações de urgência, emergência, partos, alguns procedimentos cirúrgicos e internação hospitalar são realizados pelo Hospital Luiza Borba Carneiro de Tibagi, que é um Hospital de pequeno porte que não faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Buritis, sendo o mesmo de gestão da Secretaria Estadual de Saúde PR.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é o instrumento legal que visa tornar possível o tratamento, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos cidadãos portadores de enfermidades não tratáveis em seu município de origem.

São encaminhados via Sistema GSUS, onde são cadastrados para as especialidades conforme solicitação médica e assim entram para fila.

Os agendamentos através do GSUS, em sua maioria são atendidos no Hospital do Rocio em Campo Largo, que é uma unidade de atenção especializada a assistência ambulatorial em consultas médicas e exames para os usuários do Sistema Único de Saúde. O Ambulatório do Rocio conta com uma recepção ampla e consultórios exclusivos para o atendimento conveniado, além das salas para a realização de exames e biópsias, com profissionais capacitados e especializados em diversas áreas da saúde.

Após agendadas consultas, o município fornece transporte, geralmente com Van, Microônibus e dependendo do caso em ambulância, fornecendo também alimentação e casas de apoio quando necessitam

de tratamento longo. Entre as especialidades, algumas têm maior tempo de espera devido número reduzido de profissionais credenciados para atendimento SUS.

Oncologia sempre tem oferta no sistema, dificilmente paciente vai para fila de espera, geralmente quando cadastrado já é agendada consulta na mesma semana, cardiologia e nefrologia também sempre tem ofertas, alguns exames como ressonância magnética e Tomografia, tem menor tempo de espera, outras especialidades como oftalmologia, cirurgia geral e pediátrica, cirurgia vascular, ortopedia, otorrinolaringologia, neurologia, urologia, dermatologia, ginecologia, ´pneumologia, infectologia, tem maior tempo de espera, endocrinologia e reumatologia dificilmente abre vaga no sistema.

Os casos mais urgentes, geralmente de ortopedia, são agendados via Consórcio, quando necessitam de cirurgia vão para fila no sistema (ortopedia ombro, joelho, coluna, mão) são cadastrados e direcionados para a especialidade.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais – CIMSAÚDE, foi criado e constituído no de 2001. É formado por 18 (dezoito) municípios, da área de abrangência da 3ª Regional de Saúde com sede no município de Ponta Grossa e da 21ª Regional de Saúde com sede no município de Telêmaco Borba.

O CIMSAÚDE é formado pelos municípios da região dos Campos Gerais, sendo eles: Arapoti, Carambeí, Castro, Curiúva, Imbaú, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Ortigueira, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, Reserva, São João do Triunfo, Sengés, Telêmaco Borba, Tibagi, Ventania.

Atualmente o CIMSAÚDE beneficia mais de 470.000 de usuários do Sistema Único de Saúde.

O consórcio é um modelo de parceria entre os Municípios para consecução de objetivos de melhora da qualidade de vida de sua população. A implementação do SUS, de forma descentralizada, impõe a necessidade de se criar propostas alternativas de gestão, em especial no nível municipal, com respostas objetivas e eficientes.

Dentre os serviços e ações que o CIMSAÚDE realiza destacam-se:

- Contratação de exames de auxílio diagnóstico de média e alta complexidade ex: (ultra- sonografias, mamografia bilateral, cintilografia, ressonância magnética, densitometria óssea, endoscopia digestiva, tomografia computadorizada, colonoscopia, avaliação urodinâmica, radiodiagnóstico, exames de auxílio diagnóstico em oftalmologia e otorrinolaringologia, entre outros).

- Contratação de consultas especializadas (oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, urologia, mastologia, ortopedia, cardiologia, cirurgia vascular, endocrinologia, dermatologia, especialidades pediátricas, fonoaudiologia, psicologia, nutrição);

- Programa Qualicis – Convênio entre a SESA e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

A Missão é buscar a integração entre os municípios consorciados, planejando, adotando e executando com maior eficiência às ações e serviços necessários à população assistida pelos serviços complementares de assistência à saúde, conforme preceitua o Sistema Único de Saúde – SUS. Atuar com resolutividade e eficiência na atenção especializada.

O município de Tibagi ainda tem contrato com o Hospital Moura de Telêmaco Borba, que atende em serviços de ortopedia. Centro médico de Ibaiti e Cicastro, que realizam exames de imagens diversas. Laboratório Salut, que faz exames de rotina que não são feitos pelo laboratório Municipal. Call Ecg para realizar eletrocardiograma.

Casa de apoio em Curitiba e Campo Largo que realiza serviços de hospedagem de pacientes que necessitem de tratamento, e acompanhantes dos mesmos.

14.1. CLÍNICA DA MULHER E DA CRIANÇA DE TIBAGI

A Clínica da Mulher e da Criança de Tibagi foi fundada em 12 de Março de 2008, como Unidade de Saúde para a Atenção Integral à Saúde da Mulher e à Criança. Durante todos esses anos buscou oferecer assistência de qualidade às mulheres e crianças tibagianas, tanto na sede como no interior. Atualmente a Clínica oferece também serviços especializados, como odontologia, nutrição, psicologia,

fonoaudiologia, pediatria, ginecologia, cardiologia e neuropediatria.Os atendimentos são realizados mediante agendamento e em casos de emergência são realizados pré-triagem e de acordo com a necessidade, atendidos no mesmo dia.

14.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os trabalhos de estudo, construção e elaboração do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) em Tibagi tiveram início no final de 2013, onde sentimos a necessidade de ter um local que fosse destinado apenas à Saúde Mental, levando em consideração as inúmeras demandas e a inexistência de serviços de prevenção e tratamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses Centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário, onde a utilização dos serviços ainda é considerada baixa.

É um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, ou seja, um lugar de

referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência que justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida, funciona como a porta de entrada na rede assistencial, oferecendo assim acesso ao melhor tratamento, de acordo com as necessidades do paciente, realizando acompanhamento e possibilitando a reinserção social dos pacientes pelo excesso de trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecendo os laços familiares e comunitários, espaço de educação permanente e troca de saberes e experiência.

É oferecido tratamento ambulatorial, o CAPS não trabalha somente a doença, mas também com a saúde mental trabalhando o bem estar do paciente como um todo, através do atendimento multiprofissional, terapias individuais e em grupo. No enfoque da saúde mental, devemos considerar como objeto de trabalho o sofrimento das pessoas e como propósito a promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a inclusão dos pacientes na sociedade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde 8% da população brasileira sofre com transtorno mental grave e persistente, e 6% apresentam doenças psiquiátricas graves resultantes do uso de álcool e drogas, e 12% necessitam de atendimento contínuo. No município de Tibagi o levantamento em novembro de 2019 foi:

13% são pacientes crônicos;

70% sexo masculino;

30% pacientes sexo feminino;

3% conseguem fazer tratamento.

Lembrando que algumas doenças não tem cura, mas tem controle e são tratáveis. O atendimento acontece de segunda a sexta – feira das 08h às 12h e das 13h às 17h.

A Sede está instalada em um imóvel residencial no centro da cidade, situada na rua Fábio Fannuchi N°1709, locado e adaptado para esta finalidade com aproximadamente 200 metros, com 9 cômodos e nos fundos um anexo de 80 metros onde são realizados as oficinas e material do almoxarifado geral da Secretaria de Saúde.

A Rede de Saúde Mental no Município realiza atendimento nos seguintes locais:

Sede composta por 471 pacientes.

Caetano Mendes composta por 200 pacientes

São Bento é composto por 186 pacientes.

Alto do Amparo composto por 150 pacientes.

A premissa do Caps é a reabilitação psicossocial, pois são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar e apoiando iniciativas de busca da autonomia, oferecendo atendimento diário e contínuo para os pacientes indicados.

14.3. CENTRO DE FISIOTERAPIA TIBAGIANA

A fisioterapia apresenta objetivos profiláticos e terapêuticos, visando reduzir o impacto físico e psicossocial das condições incapacitantes e limitantes que acometem o indivíduo, objetivando assim restaurar e aumentar a capacidade funcional, de modo que se obtenha considerável qualidade de vida e do prognóstico.

É de grande importância a inserção do profissional fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde, desenvolvendo suas atividades em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Os atendimentos são realizados na sede e no Interior. Nos internamentos por COVID é comum que os pacientes permaneçam restritos ao leito por um período extenso acarretando inatividade, imobilidade e disfunção severa dos sistemas orgânicos. A fisioterapia presta assistência a pacientes infectados com o novo coronavírus no período de internação, pós-internação e mesmo a pacientes que não foram internados, mas evoluíram com alguma sequela.

Estão sendo realizados atendimentos de pacientes que estão em fase de recuperação pós-COVID. Os atendimentos são realizados a fim de tratar a sequela pulmonar e reduzir a incapacidade funcional do paciente.

O paciente é agendado mediante a apresentação de encaminhamento médico e recebe prioridade no atendimento iniciando o mesmo imediatamente ou num período máximo de 10 dias, conforme disponibilidade de horários.

Primeiramente o paciente passa por uma avaliação fisioterapêutica (anamnese, exame físico) e inicia o tratamento com sessões que variam de 2 a 4 vezes/semana. Essa frequência é definida de acordo com a prescrição do fisioterapeuta e com a disponibilidade do paciente em comparecer à Unidade de Saúde na frequência sugerida. Alguns pacientes realizam apenas a reabilitação respiratória, outros realizam reabilitação respiratória e motora. O número de sessões realizadas são definidas conforme encaminhamento médico e de acordo com a evolução do paciente.

Para auxiliar no tratamento respiratório são utilizados incentivadores respiratórios (uso individual). Até o momento foram utilizados incentivos adquiridos pela Secretaria de Saúde. Uma vez que o estoque esgotou rapidamente foi solicitada a compra de mais 30 aparelhos.

Quando o paciente apresenta dificuldade ou incapacidade de locomoção e a família não tem condições de trazer o paciente à Unidade de Saúde, o transporte é feito com os carros da secretaria de saúde.

As principais intervenções fisioterapêuticas realizadas no processo de reabilitação são manobras e exercícios respiratórios/padrões ventilatórios (visando incrementar a ventilação pulmonar e melhorar a força da musculatura respiratória), cinesioterapia (exercícios aeróbicos, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, treino de mobilidade para transferências, ortostatismo, treino de marcha, etc.

Até o momento, todos os pacientes que realizaram reabilitação fisioterapêutica pós COVID, nesta Unidade de Saúde, apresentaram evolução satisfatória com o tratamento.

15. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

> A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. Entende-se por Vigilância em Saúde

> o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde. (BRASIL 2018)

De acordo com a resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, Art. 6º para efeito desta Política serão utilizadas as seguintes definições:

I – Ações laboratoriais: aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

II – Ações de promoção da saúde: estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.

III – Análise de situação de saúde: ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

IV – Centro de Informação e Assistência Toxicológica: Estabelecimento de saúde ou serviço de referência em Toxicologia Clínica com atuação em regime de plantão permanente, podendo prestar atendimento via teleatendimento exclusivo ou via teleatendimento e presencial, provendo informações toxicológicas aos profissionais da saúde, à população e a instituições, relativas a intoxicações agudas e crônicas e acidentes com animais peçonhentos.

V – Emergência em saúde pública: situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

VI – Integralidade da atenção: um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve compreender o acesso às ações, serviços e produtos seguros e eficazes, indispensáveis para as necessidades de saúde da população, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

VII – Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

VIII – Modelo de Atenção à Saúde: sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

IX – Rede de Atenção à Saúde: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

X – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde. XI – Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

XII – Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.

XIII – Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

XIV – Vulnerabilidade: designa tanto os processos geradores quanto às características das populações e territórios que possuem maiores dificuldades em absorver os impactos decorrentes de diferentes e variados graus de eventos de risco

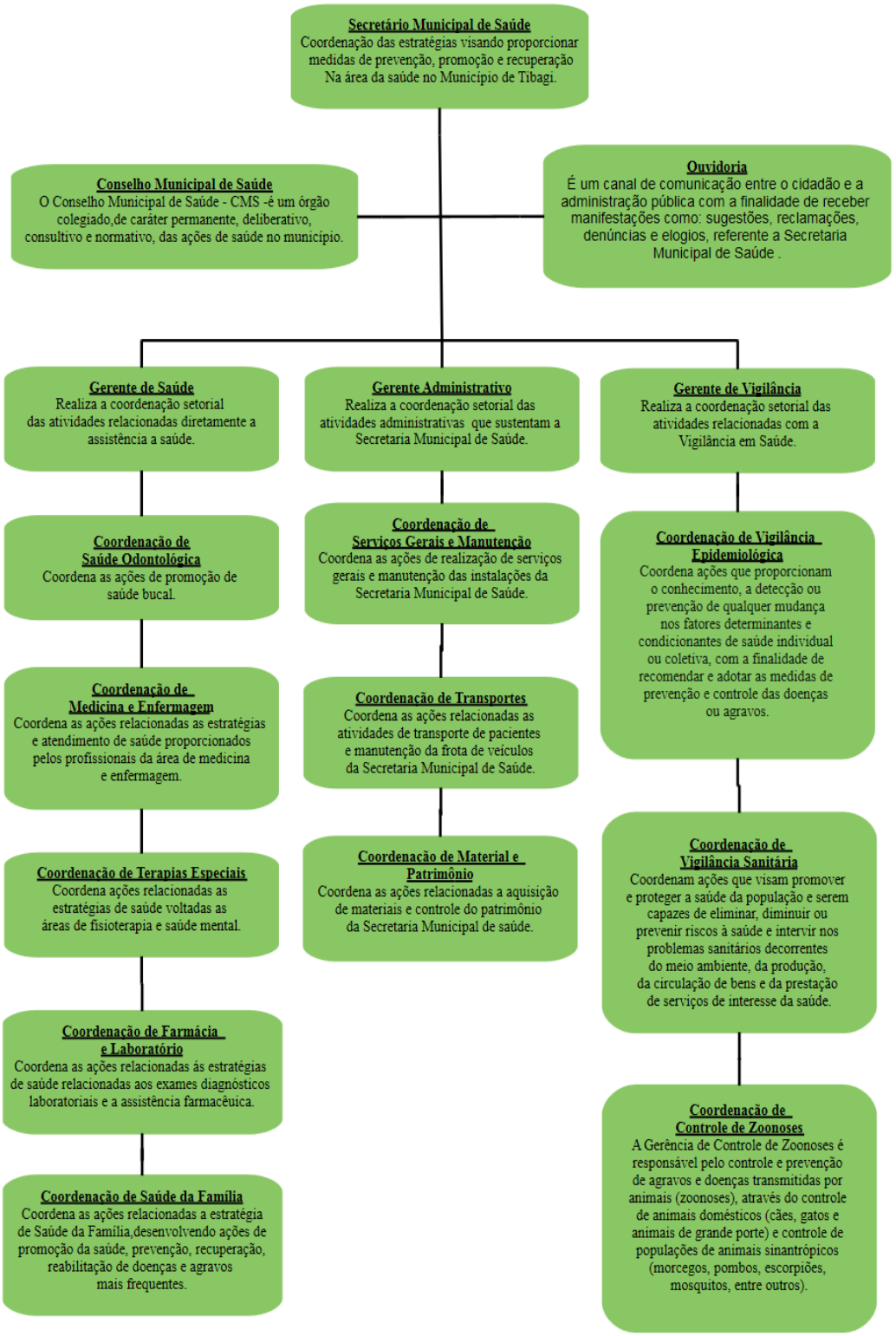
XV – Risco: Compreende a probabilidade de ocorrência de evento adverso ou inesperado, que cause doença, danos à saúde ou morte em um ou mais membros da população, em determinado lugar, num dado período de tempo.

Fazem parte da vigilância em saúde de Tibagi, alguns planos de contingências, exemplos:

- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL PARA EPIDEMIAS DE DENGUE, ZIKA VÍRUS, FEBRE CHIKUNGUNYA DO MUNICÍPIO DE TIBAGI;
- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIBAGI;
- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ILPIS TIBAGI;
- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL DE REDE DE FRIO TIBAGI;

16. ESTRUTURA DO SISTEMA

Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.



Missão: Garantir o direito universal à saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada no município de Tibagi - PR, através da gestão democrática e efetiva das ações e serviços de saúde.

Visão: Ser excelência na atenção à saúde.

16.2. VALORES

Humanização: Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. É o SUS mais ágil, mais resolutivo e acolhedor.

Qualidade: Garantir a eficiência e eficácia na aplicação de recursos e prestação das ações e serviços de saúde.

Integralidade: Atender as necessidades do indivíduo como um todo incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Universalidade: Todos os cidadãos têm direito de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Equidade: Atenção às pessoas em igualdade de condições de acesso aos serviços, respeitando a singularidade e a diversidade dos seres humanos.

Democratização: Fortalecer a participação da sociedade e dos trabalhadores nas instâncias de gestão e organização dos SUS, respeitando as idéias, os valores, a cultura e as diferentes formas de organização.

Ética: Compromisso com a vida e respeito a crenças e valores.

Federal, Estados e Municípios devem ter Fundo de Saúde.

I16.3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social na formulação e no controle da política de saúde é uma inovação institucionalizada pelo SUS sob a forma de conferências e conselhos de saúde. As conferências e conselhos de saúde são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada. Princípio fundamental do SUS, assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90). As decisões do Conselho Municipal, em sua minoria geram resoluções, ficando na grande maioria das vezes registrada somente nas

atas.

16.4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO

A Secretaria Municipal de Saúde, sempre que possível disponibiliza as condições e ferramentas necessárias para o processo de educação em saúde e gestão do trabalho através do custeio de cursos e capacitações, bem como o pagamento de diárias para o deslocamento de servidores que se ausentam do município para participar de cursos e capacitações ofertados por outras instâncias do SUS e planeja a implementação do setor de Educação em Saúde.

16.5. TABELA 24 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2021 (SISPACTO)

Tipo	Indicador	Meta	Unidade
U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	34	Número
E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100	Percentual
U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	96	Percentual
U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75	Percentual

U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80	Percentual
U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90	Percentual
E	Número de Casos Autóctones de Malária	0	Número
U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1	Número
U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	Número
U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	90	Percentual
U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0.65	Razão
U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0.4	Razão
U	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	45	Percentual
U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	20	Percentual
U	Taxa de mortalidade infantil	3	Número

U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	Número
U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	77	Percentual
U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	80	Percentual
U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	67	Percentual
E	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	100	Percentual
U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	2	Número
U	Proporção de preenchimento do campo de ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100	Percentual

17. FINANCIAMENTO

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:
Repasse fundo a fundo as responsabilidades das três esferas de Gestão - União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS. O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por

desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatizar APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados nos seguintes Blocos de Financiamento, de acordo com a Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020 .

17.1. TABELA 25 - RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE REPASSADOS AOS ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas,	Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS

instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros	
Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.	Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS

Fonte Fundo Nacional de Saúde

a) Financiamento Para Estruturação

Esses recursos devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação. Os projetos de investimentos apresentados para o Ministério da saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde, CIR e CIB, devendo refletir uma prioridade regional. São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos: Estímulo de Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (plano de desenvolvimento integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilize economia da escala e de escopo com equidade no acesso.

b) Financiamento Para Custeio

Existem duas estratégias de transição para dois grupos diferentes de municípios. Para os municípios que têm previsão de manutenção ou aumento de repasses com o novo modelo, a transição será da seguinte forma:

Para a Captação Ponderada: o repasse considerará como se todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária tivessem cadastrado todas as pessoas esperadas de acordo com:

Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, no anexo da portaria do novo financiamento, aplicando os pesos de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Esse cálculo é chamado de valor cheio da captação.

A partir da competência financeira de maio de 2020, o valor considerará o quantitativo real de pessoas cadastradas nas equipes. Para o Pagamento por Desempenho: a partir da competência financeira janeiro de 2020 até a competência financeira agosto de 2020, foi mantido o repasse do PMAQ para as equipes certificadas pelo programa. A partir da competência financeira setembro de 2020, o valor considerará o resultado real dos indicadores alcançados por todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Brasil, desde que credenciadas e cadastradas no SCNES. Isso quer dizer também que equipes que não participaram do PMAQ somente receberão pagamento por desempenho a partir da competência financeira de setembro de 2020. Para o Incentivo para Ações Estratégicas: a partir da competência janeiro de 2020, os repasses desses incentivos seguirão conforme suas portarias específicas.

Além desses três tipos de repasse, para a transição também haverá o incentivo financeiro per capita de transição: será transferido o valor per capita anual de acordo com a população IBGE 2019 do município.

A PORTARIA GM/MS Nº 166, DE 27 DE JANEIRO DE 2021 alterou as regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021, prorrogando por mais 04 competências para captação ponderada, o equivalente a 100% (cem por cento) do potencial de cadastro referente ao incentivo financeiro da captação ponderada do município, e oito competências para pagamento por desempenho - o equivalente ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final do município.

Recurso próprio, EMENDA Constitucional 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos

recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. No decorrer dos últimos anos a evolução do percentual do repasse municipal, tem se mantido acima do mínimo exigido legalmente de 15% para aplicação em saúde, visando atender a programação orçamentária financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentária – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcados nas responsabilidades decorrentes do preceito constitucional e da missão institucional. O sistema de informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) é um sistema de coleta e consolidação de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo, proporcionando à sociedade o conhecimento sobre a aplicação dos recursos públicos nesta área através de um instrumento de acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000. As informações dos gestores são transmitidas eletronicamente para o banco de dados do DATASUS.

17.2. TABELA 26 - RECEITAS RECEBIDAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO NO ANO DE 2020 CUSTEIO.

Grupo	Valor total bruto	Valor desconto	Valor líquido
Atenção básica	R$ 2.413.434,36	R$ 0,00	R$ 2.413.434,36
Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	R$ 339.660,00	R$ 0,00	R$ 339.660,00
Coronavírus (Covid 19)	R$ 1.383.045,03	R$ 0,00	R$ 1.383.045,03
Vigilância em Saúde	R$ 120.533,42	R$ 0,00	R$ 120.533,42
Total Geral	**R$ 4.356.672,81**	**R$ 0,00**	**R$ 4.356.672,81**

17.3. TABELA 27 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2022

Fonte de recursos (bloco de financiamento)	**Transferência fundo a fundo**		**Recursos Próprios**	**Total**
	Federal	**Estadual**		
Atenção básica	R$ 1.569.750,00			R$ 1.569.750,00
Média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial	R$ 236.250,00			R$ 236.250,00
Assistência farmacêutica				
Vigilância em saúde	R$ 134.715,00			R$ 134.715,00
Gestão do SUS				
Próprios Municipal			R$ 3.613.827,73	R$ 3.613.827,73

Total Geral	**R$ 1.940.715,00**		**R$ 3.613.827,73**	**R$ 5.554.542,73**

17.4. TABELA 28 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2023

Fonte de recursos (bloco de financiamento)	**Transferência fundo a fundo**		**Recursos Próprios**	**Total**
	Federal	**Estadual**		
Atenção básica	R$ 1.648.237,50			R$ 1.648.237,50
Média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial	R$ 248.062,50			R$ 248.062,50
Assistência farmacêutica				
Vigilância em saúde	R$ 141.450,75			R$ 141.450,75
Gestão do SUS				
Próprios Municipal			R$ 3.794.519,11	R$ 3.794.519,11
Total Geral	**R$ 2.037.750,75**		**R$ 3.794.519,11**	**R$ 5.832.269,86**

17.5. TABELA 29 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2024

Fonte de recursos (bloco de financiamento)	Transferência fundo a fundo		Recursos Próprios	Total
	Federal	**Estadual**		
Atenção básica	R$ 1.730.649,38			R$ 1.730.649,38
Média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial	R$ 260.465,63			R$ 260.465,63
Assistência farmacêutica				
Vigilância em saúde	R$ 148.523,29			R$ 148.523,29
Gestão do SUS				
Próprios Municipal			R$ 3.948.245,07	R$ 3.948.245,07
Total Geral	**R$ 2.139.638,30**		**R$ 3.948.245,07**	**R$ 6.123.883,37**

17.6. TABELA 30 - RECEITAS PREVISTAS DA SAÚDE 2025

Fonte de recursos (bloco de financiamento)	Transferência fundo a fundo		Recursos Próprios	Total
	Federal	**Estadual**		
Atenção básica	R$ 1,817,181.84			R$ 1,817,181.84
Média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial	R$ 273,488.91			R$ 273,488.91
Assistência farmacêutica				
Vigilância em saúde	R$ 155,949.45			R$ 155,949.45
Gestão do SUS				
Outros				
Próprios Municipal			R$ 4,183,457.32	R$

			4,183,457.32
Total Geral	**R$ 2,246,620.20**	**R$ 4,183,457.32**	**R$ 6,430,077.52**

17.7. TABELA 31 - PREVISÃO DAS DESPESAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÃO 2022 - 2025

Sub função	**Anos**				
	2022	**2023**	**2024**	**2025**	**Total**
Atenção básica	R$ 1.569.750,00	R$ 1.648.237,50	R$ 1.730.649,38	R$ 1.817.181,84	R$ 6.765.818,72
Atenção de Média e alta complexidade - MAC	R$ 236.250,00	R$ 248.062,50	R$ 260.465,63	R$ 273.488,91	R$ 1.018.267,04
Vigilância em saúde	R$ 134.715,00	R$ 141.450,75	R$ 148.523,29	R$ 155.949,45	R$ 580.638,49
Administração Geral	R$ 3.613.827,73	R$ 3.794.519,11	R$ 3.984.245,07	R$ 4.183.457,32	R$ 15.576.049,23
Total Geral	**R$ 5,554,542**	**R$ 5,832,269.86**	**R$ 6,123,883.37**	**R$ 6,430,077.52**	**R$ 23,940,7**

.73	**73.48**

18. RECURSOS HUMANOS

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos				
Tipo de Estabelecimento	**Dupla**	**Estadual**	**Municipal**	**Total**
FARMÁCIA	0	0	1	1
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BASICA	1	0	5	6
HOSPITAL GERAL	0	1	0	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	0	0	1	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	0	0	1	1
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	0	1	0	1
POLICLÍNICA	0	0	1	1

Total	1	2	9	12

Período 04/2021 Fonte DIGISUS.

18.1. TABELA 32 - REDE FÍSICA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POR NATUREZA JURÍDICA.

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	**Municipal**	**Estadual**	**Dupla**	**Total**
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA				
MUNICÍPIO	9	0	1	10
ÓRGÃO PÚBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL	0	1	0	1
ENTIDADES EMPRESARIAIS				
ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS				
ASSOCIAÇÃO PRIVADA	0	1	0	1
Total	9	2	1	12

Observação: Os dados apresentados referem-se ao número de estabelecimentos de saúde públicos ou prestadores de serviços ao SUS

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 10/06/2021.

18.2. TABELA 33 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. do Estabelecimento	**Formas de contratação**	**CBOs médicos**	**CBOs enfermeiro**	**CBOs (outros) nível superior**	**CBOs (outros) nível médio**	**CBOs ACS**
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	7	2	12	30	35
	Intermediados por outra entidade (08)	2	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	2	0	1	1	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0

	Bolsistas (07)	1	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada	0	0	0	0	0

(10)

Período 04/2021

19.GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A gestão do trabalho e da educação na saúde, nas diferentes nuances em que ela se expressa nos dias atuais, no Brasil e no resto do mundo, revelando formas bastante peculiares com que os fenômenos complexos têm sido enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociação e outros colegiados tem sido capaz de produzir políticas que estão sendo implantadas ou debatidas em âmbito nacional, conferindo nitidez ao campo e permeando os mecanismos de caráter executivo com passos regulatórios decisivos, considerados saudáveis na relação entre trabalhadores e governo, o que permite a problematização de pautas importantes em torno das relações de trabalho, favorecendo a melhoria do atendimento à saúde da população.

As Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e às pautas de suas respectivas épocas de realização, mediando avanços e recuos entre governo e trabalhadores.

A gestão do Trabalho no SUS é uma política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação no trabalho é fundamental para a efetivação e eficiência do Sistema Único de Saúde. O trabalhador de saúde neste contexto precisa ser percebido como o agente público dotado da capacidade de transformar o seu ambiente e não simplesmente como recurso humano da SMS. Mantendo este pensamento a Secretaria Municipal de Saúde pautada na Política Nacional de Educação Permanente, tem se programado com o intuito de oferecer capacitações aos profissionais de saúde, oferecendo treinamentos pautados na Política Nacional de Humanização, sensibilizando e desenvolvendo um olhar mais acolhedor às necessidades dos usuários de saúde, sem esquecer-se da premissa de valorização do profissional dando voz e mais autonomia no seu processo de trabalho.

20. CIÊNCIAS, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

Novas tecnologias na área da saúde geralmente são associadas à melhoria da saúde da população, entretanto sinalizam preocupações quanto à ampliação de desigualdades na saúde, já elevadas, tendo em vista que, de um lado, seu consumo é determinado por diversos fatores, dentre eles o status socioeconômico da população ou existência de sistemas públicos que garantam acesso às mesmas.

O município através das ações da Secretaria Municipal de Saúde, busca atender os princípios inovadores do SUS, com implementação de tecnologias que facilitem o acesso do cliente nas Unidades de Saúde da municipalidade. Neste sentido, podemos contar com um controle efetivo da entrada e dispensação de medicamentos, consultas médicas, atendimentos de enfermagem, entre outras diversas possibilidades de gestão, logo, o município ao implementar esta ferramenta de inovação e gestão, passa oferecer mais agilidade e precisão nos serviços prestados aos administrados, tratando-os com dignidade e respeito.

21. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2022 - 2025

O Plano foi elaborado com o principal anseio de uma gestão participativa e visando o amplo desenvolvimento social. Assim, atendendo às reais demandas da população, seguem abaixo as propostas para a Área da Saúde. Reestruturar o sistema de Saúde para FORTALECER A SAÚDE em cinco aspectos essenciais: revitalização das unidades básicas de saúde; criação do programa de atenção à gravidez e pré-natal; promoção da vida saudável com autocuidado e resgate; ampliação de ações preventivas de saúde e ampliação do quadro de médicos e especialistas. De acordo com os indicadores de saúde ligados ao pré-Natal, parto e puerpério, com propósito de melhorar a qualidade do pré-natal, a garantia do acesso às consultas da gestante juntamente com ecografia no momento da consulta para um diagnóstico de avaliação da gestante e de seu bebê à detecção e prevenção das possíveis complicações.

Promover ambientes saudáveis através da Vigilância em Saúde e por meio de políticas transversais em parceria com demais instituições e sociedade; Fortalecer a equipe de profissionais da Saúde e contribuir à

adequada formação, alocação, qualificação e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde, dando ênfase à reestruturação das equipes, disponibilização de espaços terapêuticos, de qualificação e gestão participativa dentro dos ambientes de trabalho. Implantar e implementar programas/projetos voltados: Saúde da mulher, saúde do homem e atendimentos a pessoa com deficiência. Manutenção e ampliação dos programas, projetos e serviços credenciados através do SUS, Governo Federal e Estadual.

Manutenção, ampliação e reestruturação dos serviços/programas/projetos, da rede de atenção básica, média e de alta complexidade, executados e/ou conveniados pelo município. Fortalecimento e construção da rede de Saúde Mental do município, implementação de programas/projetos e serviços.

22. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES/PROBLEMAS

Após análise situacional do município de Tibagi, através do trabalho em conjunto com equipe da Secretaria, foram identificadas as necessidades, conforme as Diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2021-2024, para posterior criação das metas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, das necessidades que receberam maior pontuação na análise dos setores. De um modo geral, pode-se destacar como primordial a ampliação da cobertura populacional da atenção básica, da Estratégia Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde Bucal.

Percebe-se que dos indicadores avaliados durante a Pandemia da Covid-19, dificultou as atividades, assim consequentemente vários estavam abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde, na retomada pós covid-19 será necessário fortalecimento da AB e estratificação da população conforme Linhas de Cuidado. Destaca-se, também como grandes desafios da saúde pública, ações para a Linha de cuidado de Saúde Mental e Pessoas com deficiências, estas que vem aumentando gradativamente. Junto às Consultas e exames especializados, percebe-se que algumas especialidades contam com uma grande demanda, assim de maneira regional necessita fortalecimento e ampliação da oferta. Quanto à área hospitalar, salientamos dificuldades, em contratualização do município com o Hospital Luiza Borba Carneiro.

Necessidades e problemas conforme:

22.1. DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

1) Falta de Sistema para gerenciamento de filas de espera;
2) Necessidade de Concurso Público;
3) Conscientização dos usuários para não faltarem às consultas e exames;
4) Falta de Veículos;
5) Falta de equipamentos.
6) Recursos estaduais/Federais engessados;
7) Dificuldade de informações/consulta de recebimento de Recursos Estaduais;
8) Falta de internet em algumas Unidades de Saúde;
9) Falta de Equipamentos de Informática;
10) Ampliar a utilização do Sistema de Prontuário eletrônico;
11) Dificuldade nas informações através de reuniões online;

22.2. DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

1) Ampliação do Programa de controle do tabagismo;
2) Ampliação das divulgações de temas diversos (Agosto Dourado, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outras de nível estadual e federal);
3) Baixa cobertura da Atenção Básica;
4) Baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família;
5) Baixa cobertura de Agentes comunitários de saúde;
6) Oferecer capacitações/cursos;
7) Estratificação de pacientes em todas linhas de cuidado;
8) Falta de efetivo, profissionais insuficientes (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde);
9) Manter a equipe multidisciplinar ativa;
10) Falta de manutenção preventiva dos equipamentos;
11) Reforma e ampliação de UBS;

12) Falta de veículos;
13) Falta de protocolos para encaminhamento;
14) Baixa cobertura da Saúde bucal;
15) Falta de efetivo, profissionais insuficientes (Dentistas e Técnico em saúde Bucal);
16) Ampliação as ações preventivas;
17) Manter atividades do Programa Saúde na Escola;
18) Estratificação de pacientes da Linha de Cuidado de Saúde Mental;
19) Falta de equipamentos;
20) Falta de material para realização de oficinas terapêuticas;
21) Falta de protocolos;
22) Estratificação de pacientes, em especial Transtorno Espectro Autista (TEA) e outras deficiências;
23) Retomada das atividades do Programa Saúde na escola;
24) Falta de efetivo, profissionais insuficientes (Médico Plantonista);
25) Pronto Atendimento Caetano Mendes;
26) Falta de efetivo, profissionais insuficientes (Fisioterapeutas e Administrativos);
27) Falta de Capacitações;
28) Falta de consultas e exames;
29) Falta de especialidades odontológicas;
30) Falta de Consultas e exames especializados;
31) Dificuldade de primeira consulta;
32) Falta de efetivo, profissionais insuficientes;
33) Falta de arquivo morto;
34) Falta de assistente social;
35) Falta de fortalecimento conselhos municipais;
36) Falta de fonoaudiólogo terapeuta ocupacional;

22.3. DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1) Falta de efetivo, profissionais insuficientes (Agentes de endemias, farmacêutico, administrativo);

2) Falta de capacitações;
3) Dificuldade de busca ativa de Crianças de até um ano;
4) Ampliar campanhas educativas. (Tuberculose, hanseníase, etc);
5) Capacitações rotineiras. (SIM, SINASC, est);
6) Documentação para protocolos pós óbito;
7) Campanhas educativas. (Intoxicações: medicamentos, agrotóxicos, etc)
8) Campanhas para procura de serviços e notificação por acidentes de trabalho;

22.4. DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1) Falta capacitação de Acolhimento;
2) Falta de Plano Municipal de Educação Permanente;
3) Falta de oferta de treinamentos através do município;

22.5. DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

1) Falta de capacitação para 100% dos conselheiros;
2) Falta de pesquisas de satisfação.
3) Falta de Grupo para atualização das ferramentas de gestão;
4) Falta Capacitação para qualificar os ouvidores;

23. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Assim, após toda a análise situacional realizada neste plano, buscou definir metas a serem realizadas, que venham melhorar a qualidade da saúde dos munícipes. Caminho que se deseja seguir. Elas são

instruções para se determinar um plano. Os Objetivos relacionados a cada diretriz representam os resultados esperados, a fim de se reduzir os problemas e necessidades identificados.

A Meta específica a mudança desejada ou o resultado para determinados objetivos, para isso está sendo anualizada e exige ser monitorada e avaliada, assim alcançando as próprias expectativas. O Indicador é a maneira que a meta será mensurada e medida através de um número absoluto, índice, percentual, razão entre outros.

Assim sendo, após todo o processo de construção coletiva da Secretaria Municipal de Saúde e representatividade do Conselho Municipal de Saúde, seguem a definição de 5 diretrizes, 22 objetivos e 76 metas. Apresentam-se a seguir.

23.1. DIRETRIZ 1 - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

23.1.1. Tabela 34 - Objetivo 1.1 - Qualificar ações do Planejamento em Gestão, Financiamento, Tratamento Fora do Domicílio e Transporte Sanitário

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida

1.1.1	Adicionar Veículos para Transporte Sanitário da SMS	Número Absoluto de Veículos Adquiridos	4	-	Número
1.1.2	Ambulatório de Feridas Crônicas e pacientes ostomizados	Cobertura dos pacientes Feridas Crônicas e pacientes ostomizados	1	2021	Número
1.1.3	Centro de Fisioterapia Ampliação/construção	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1,00	2020	Proporção

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
4	Número	-	-	-	-
1	Número	0,00	0,00	0,00	0,00

1	Número	0,00	0,00	0,00	0,00

23.1.2. Tabela 35 - Objetivo 1.2 - Fortalecer e Ampliar os Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
1.2.1	Implantar um sistema de apoio a licitação	Sistema de gerenciamento de licitação	-	-	Número
1.2.2	Implantar prontuário eletrônico em todas as Unidades de Saúde.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	0,00	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	-	-	-	-
50,00	Percentual	-	-	-	-

23.2. DIRETRIZ 2 - QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

23.2.1. Tabela 36 - Objetivo 2.1 - Ampliar Ações de Promoção e Prevenção à Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida

2.1.1	Manter o Plano de Contingência para enfrentamento da pandemia provocada pelo novo Coronavírus – Covid-19, atualizado e funcional contendo as ações para essa demanda	Nº de atualizações do Plano de Contingência para enfrentamento da pandemia Covid-19 realizados de acordo com a realidade	1	-	Número

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	-	-	-	-

23.2.2. Tabela 37 - Objetivo 2.2 - Fortalecer ações da Vigilância Epidemiológica

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)

			Valor	Ano	Unidade de Medida
2.2.1	Ampliar a Homogeneidade das Coberturas Vacinais das Crianças menores de 2 anos de idade	Percentual ampliação coberturas vacinais	0,00	2021	Percentual

2.2.2	Alcançar as coberturas das Vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente 3ª Dose, Pneumocócica 10-valente 2ª Dose, Poliomielite 3ª Dose e Tríplice viral 1ª Dose – Com Cobertura preconizada	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura alcançada	-	-	Percentual
2.2.3	Investigar o número de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Percentual de óbitos MIF investigados	-	2020	Percentual

2.2.4	Encerrar os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	Percentual de casos de DNCI encerrados	80,00	2019	Percentual
2.2.5	Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes	Percentual de cura nos casos novos de Hanseníase	0,00	-	Percentual
2.2.6	Investigar os óbitos maternos	Percentual de investigação de óbitos maternos	-	-	Percentual
2.2.7	Investigar óbitos infantis e fetais	Percentual de óbitos infantis e fetais investigados	0,00	2020	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
96,00	Percentual	-	-	-	-
0,00	Percentual	-	-	-	-
100,00	Percentual	-	-	-	-
80,00	Percentual	-	-	-	-
90,00	Percentual	-	-	-	-
100,00	Percentual	-	-	-	-
100,00	Percentual	-	-	-	-

23.2.3. Tabela 38 - Objetivo 2.3 - Fortalecer ações da Vigilância Sanitária, Ambiental e Trabalhador

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
2.3.1	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2020	Percentual
2.3.2	Realizar ciclos de visitas domiciliares por agentes de endemias para controle vetorial da dengue	Número Absoluto de visitas realizadas por agente de endemias	-	-	Número

2.3.3	Realizar o preenchimento do campo de ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Agravos relacionados ao trabalho	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
90,00	Percentual	-	-	-	-
3	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
100,00	Percentual	-	-	-	-

23.3. DIRETRIZ 3 - FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

23.3.1. Tabela 39 - Objetivo 3.1 - Ampliar Ações de Promoção e Prevenção à Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.1.1	Realizar Campanhas Educativas Conforme o calendário SESA: (meses coloridos da saúdes e datas comemorativas e de conscientização)	Número absoluto de campanhas educativas realizadas	100	2021	Número
3.1.2	Manter o programa de Alimentação saudável e Nutricional e NutriSUS	Número absoluto de programas de alimentação saudável mantidos	-	-	Número
3.1.3	Manter programa de controle ao tabagismo	Números de grupos de programa de	-	-	Número

	tabagismo ofertado				

Meta Plano (2022 -2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
100	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
1	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
1	Número	-	-	-	-

23.3.2. Tabela 40 - Objetivo 3.2 - Fortalecer a Atenção Primária, com ênfase no ESF, propiciando ampliação do acesso, visando melhoria

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida

3.2.1	Promover a ampliação da cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	0,00	2021	Percentual
3.2.2	Promover a ampliação da cobertura populacional estimada pelas Equipes Saúde da Família.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	-	Percentual
3.2.3	Promover a ampliação da cobertura populacional estimada pelos Agentes Comunitários de Saúde.	Percentual de ampliação de cobertura dos ACS	-	2021	Percentual
3.2.4	Reformar Unidades	Número Absoluto de	-	2020	Número

	Básicas de Saúde	reformas realizadas.

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
80,00	Percentual	-	-	-	-
80,00	Percentual	-	-	-	-
50,00	Percentual	-	-	-	-
1,00	Percentual	-	-	-	-

23.3.3. Tabela 41 - Objetivo 3.3 - Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Bucal, ampliando oferta de atendimento

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)

			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.3.1	Promover a ampliação da cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na atenção básica.	Percentual da cobertura saúde bucal.	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
67,00	Percentual	-	-	-	-

23.3.4. Tabela 42 - Objetivo 3.4 - Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Bucal, ampliando oferta de atendimento

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.4.1	Realizar Exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e na população da mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	-	-	Percentual

3.4.2	Realizar exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 60 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
0,65	Percentual	-	-	-	-
0,04	Percentual	-	-	-	-

23.3.5. Tabela 43 - Objetivo 3.5 - Qualificar e Organizar a Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.5.1	Manter a redução do número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Número Absoluto de óbitos maternos em determinado período e local de residência	-	-	-
3.5.2	Adquirir Aparelho de Ultrassom	Número absoluto de aparelhos de ultrassom adquiridos	-	-	Número

Meta Plano	Unidade de Medida	Meta Prevista

(2022 - 2025)		2022	2023	2024	2025
0	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-

23.3.6. Tabela 44 - Objetivo 3.6 - Ampliar o acesso à Linha de Cuidado em Saúde Mental, de forma articulada com demais pontos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.6.1	Implantar a Linha de Cuidado nas unidades de Atenção Básica	Número Absoluto de linhas de cuidado na AB implantado.	-	-	Número
3.6.2	Realizar Ações de	Ações de matriciamento	-	-	Percentual

	matriciamento sistemático no CAPS com Equipes de Atenção Básica.	sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	-	-	-	-
100,00	Percentual	-	-	-	-

23.3.7. Tabela 45 - Objetivo 3.7 - Fortalecer a Linha de Cuidado à pessoa com deficiência

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)

			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.7.1	Implantar a Estratificação de Risco da Linha de Cuidado	Percentual de estratificação de risco e linha de cuidado implantado.	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	0,00	0,00	0,00	0,00

23.3.8. Tabela 46 - Objetivo 3.8 - Fortalecer a Linha de Cuidado ao Idoso

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)

			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.8.1	Ampliar a estratificação de risco	Percentual de Estratificação de risco realizado	-	-	Percentual

23.3.9. Tabela 47 - Objetivo 3.9 - Qualificar o cuidado à Criança e ao Adolescente

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.9.1	Manter as ações do Programa Saúde na Escola	Proporção de ações do Programa Saúde na Escola executadas	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
70,00	Percentual	-	-	-	-

23.3.10. Tabela 48 - Objetivo 3.10 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica, Garantindo Medicamento da Atenção Básica

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.10.1	Disponibilizar todos os medicamentos padronizados na REMUME.	Percentual de medicamentos padronizados REMUME disponibilizados	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
80,00	Percentual	-	-	-	-

23.3.11. Tabela 49 - Objetivo 3.11 - Fortalecimento da Porta de Urgência/ Emergência e SAMU

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
3.11.1	Adquirir Aparelho de Raio-X	Número Absoluto de aparelho de Raio-X adquirido	1	-	Número
3.11.2	Pronto Atendimento Caetano Mendes	Percentual PA	1	-	Número

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-

23.3.12. Tabela 50 - Objetivo 3.12 - Fortalecimento do Serviço de Fisioterapia e Consórcio Intermunicipal, Visando Garantir acesso aos serviços de média complexidade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida

3.12.1	Criar Protocolos de Atendimento para encaminhamento de Consultas Especializadas	Número Absoluto de Protocolos de atendimento para consultas especializadas criados	1	-	Número
3.12.2	Manter em atividade o Serviço de Urgência e Emergência SAMU	Nº absoluto de serviços de urgência e emergência	1	-	Número
3.12.3	Manter contrato com Laboratórios que prestam serviços ao SUS para exames laboratoriais.	Nº absoluto de laboratórios com contratos mantidos.	1	-	Número
3.12.4	Manter em atividade o HLBC, via contrato de gestão.	Número absoluto de Contrato de Gestão com HLBC mantido.	-	-	Número

3.12.5	Contratar uma fisioterapeuta	Número Absoluto de atendimentos fisioterapia.	-	-	Número

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	0,00	0,00	0,00	0,00

23.4. DIRETRIZ 4 - Fortalecimento Da Gestão Do Trabalho E Educação Permanente Em Saúde

23.4.1. Tabela 51 - Objetivo 4.1 - Fortalecer a Educação Permanente, adotando gestão participativa, monitorando e avaliando o efetivo cumprimento dos objetivos e metas

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
4.1.1	Disponibilizar Curso/Capacitação, de aperfeiçoamento em Diversas áreas da Secretaria de Saúde.	Número Absoluto de cursos disponibilizados	1	-	Número
4.1.2	Criar Protocolos de Atendimento nos diversos setores da saúde, entre outros, visando melhorar o fluxo de trabalho.	Número Absoluto de protocolos de atendimento criados.	1	-	Número

Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista

		2022	2023	2024	2025
4	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-

23.5. DIRETRIZ 5 - Fortalecimento Do Controle Social no SUS

23.5.1. Tabela 52 - Objetivo 5.1 - Fortalecer e melhorar a qualificação dos Conselheiros de Saúde estabelecendo um canal de comunicação da SMS e CMS com a população, garantindo transparência e participação social

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
5.1.1	Realizar Conferência	Número Absoluto de conferências realizado	1	-	Número

	Municipal de Saúde				
5.1.2	Realizar Treinamentos para os Conselheiros de Saúde.	Número Absoluto de treinamentos realizados para conselheiros.	1	-	Número

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025
4	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-

3	Número	-	-	-	-

23.5.2. Tabela 53 - Objetivo 5.2 - Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão da Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		
			Valor	Ano	Unidade de Medida
5.2.1	Realizar Reuniões Mensais para Deliberação de Assuntos relacionados à Saúde	Número Absoluto de reuniões realizadas	-	-	Número
5.2.2	Analisar e Aprovar o Plano Municipal de Saúde.	Número Absoluto de PMS analisado e aprovado.	-	-	Número

5.2.3	Analisar e aprovar a Programação Municipal de Saúde.	Número Absoluto de PAS analisada e aprovada.	1	-	Número
5.2.4	Analisar e aprovar o Relatório Anual de Gestão.	Número Absoluto de RAG analisado e aprovado.	-	-	Número
5.2.5	Analisar e aprovar os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior	Número Absoluto de RDQA analisado e aprovado.	-	-	Percentual

Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		2022	2023	2024	2025

4	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
1	Número	-	-	-	-
3	Número	-	-	-	-

24. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025, em busca de informações, dados referentes a todos os setores da saúde, percebe-se que o mesmo vai além de uma ferramenta de gestão no âmbito SUS, nele pode mensurar toda a responsabilidade do município com sua população no que diz respeito à saúde.

A sua importância é nítida, o PMS é instrumento norteador do Gestor de Saúde e toda a sua equipe, assim alcançando seus objetivos e metas com qualidade. Para alcançar esses objetivos, é necessário o comprometimento, articulação intersetorial, presença ativa do CMS e de toda a comunidade.

Assim consequentemente melhorando a saúde e qualidade de vida de todos e a transparência de todo o processo. Que este documento seja consultado com frequência por todos profissionais da saúde, ressaltando-se que as políticas públicas são dinâmicas, assim o processo de reformulações seja constante, baseado em evidências de maneira periódica.

BIBLIOGRAFIA

TIBAGI - Secretaria Municipal de Tibagi – PR. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Secretaria de Saúde, 2017.

Tibagi- Secretaria de Municipal de Finanças de Tibagi - PR, 2021.

CONASEMS –Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS – Diálogos no Cotidiano, 2ª Edição Digital – Revisada e Ampliada, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Planejamento em Saúde: Um potente Instrumento de Gestão / Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná – 1ª Ed. – Curitiba – PR:

COSEMS-PR, 2019. IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Tibagi, 2021. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83900&btOk=ok. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

IPADS – Vigilância em saúde nos municípios: caderno de textos. 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-deTextos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2021

PARANÁ, Secretaria Estado de Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/PES-24_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS,2011, Volume 11.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS,2011, Volume 4.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020 – 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Modulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Constituição Federal 1988. Disponível em: Constituição Federal de 1988 (saude.am.gov.br). Acesso em: 19 de agosto de 2021. https://www.ibge.gov.br/ - Acesso em: 18 de agosto de 2021. http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02 – Acesso em: 18 de agosto de 2021.