



CORONEL VIVIDA

Cada vez melhor!



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018-2021

Junho 2017



**Município de
CORONEL VIVIDA - PR**

Departamento Municipal de Saúde

Prefeito

FRANK ARIEL SCHIAVINI

Vice-Prefeito

ANTONIO JOSÉ BAGGIO

Diretora municipal de Saúde

LILIANE GUARREZI FONTANIVE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 - 2021

Elaboração:

Adinéia R. Gubert

Aline R. Cavalheiro

Liliane G. Fontanive

Lisete M. T. Engelmann

Silvia S. de A. Ribeiro

Simone Fernandes

Verusca C. P. Fontanive

EQUIPE TÉCNICA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CAPS

ADMINISTRATIVO

Cristiane Mezzomo

ASSISTENTE SOCIAL

Rosilda Elena Prebianca

ENFERMEIRA

Aline R. Cavalheiro

MÉDICO PSIQUIATRA

Ana Francine S. Marques

PSICÓLOGA

Graciela T. Signor

CEO

AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

Regiane da C. Farias

DENTISTA

Gustavo Alonso De Carli

Renata C. da Silva

Rosi de F. Santos

TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

Vera Lucia Gehlen

ESPECIALISTAS

MÉDICO GINECOLOGISTA

Rosarita S. C. de Oliveira

MÉDICO ORTOPEDISTA

Fabio A. Cavali

MÉDICO PEDIATRA

Rodrigo C. Berlatto

MÉDICO REUMATOLOGISTA

Artêmio J. C. da Silva

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ADMINISTRATIVO

Cleiton S. da Silva

Cleumeri Bertuol

Elaine Bortolotto

Marilza Barbosa

Oeliton Deoclides

Sonia do N. Brum

Tatiana O. Backes

Valter Zago

Veridiana Marta B. Stédile

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Adelina Berlanda

Antonio F. Paes

Bruna S. dos Santos

Cleonice H. de Ramos

Denise M. Moraes

Eliane R. dos Santos

Elisandra C. Santos

Elizandra A. dos Santos

Eloirdes R Borba

Ester Maria Simon

Fabiana Zago

Gislaine Moreira

Ione Lotti

Ivete I. Dresch

Jaine S. Polez

Jessica Spegiorin

Juliana M. Ratin

Kelen A. dos Santos

Kelen Cristina Ribeiro

Laís Meri de Oliveira

Lindacir Q. de Souza

Lilian Aparecida Baifus

Lilian P. C. Ramos

Lucimar Szczepkowski

Maria Chaves

Maria da L. B. Martini

Maria Eduarda Rodrigues

Maria Elisangela Ferrari
Mariazinha Bonfante
Maribela P. dos Santos
Maristela F. de Lima
Marivone V. de Quadros
Marizabel C. Kruger
Mirian Muller
Nedy F. Brum
Nelci A. dos Santos
Pricieli Fogaça
Regiane Beluzzo
Regiane Zeni
Rosa Bee
Rosangela C. Dos Santos
Salette Santana D. Rafain
Sandra L. Duarte
Silvia Aparecida R. Ribeiro
Simone L de Paula
Sonia Pereira
Sonia V. Bombana
Teresinha Dirlene de Sá
Vanderleia Lasta
Vandete Monteiro
Vanessa M. dos Santos
Vitor Mateus Q. A. Teixeira

AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Beatriz Bernieri
Joceli de Lourdes da Rosa
Jocelir Aparecida de Carvalho
Maria B. de Ramos
Terezinha Arenza

AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS

Maria de Lourdes da Silveira

ENFERMEIROS

Dircéia Borges

Ediane dos Santos

Elisangela F. Rodrigues

Filipe Augusto Perizzolo

Ires M. Bigolin

Jaiana Kevilin G. Zakaluka

Juliana D. I. Colferai

Maritza B. dos Santos

Sandra Raquel Marx

Simone Fernandes

FARMACEUTICA

Verusca Cristina P. Fontanive

MÉDICOS

Ana Luiza de A. Colferai

Artemio J. C. da Silva

Bruna Emília N. Facco

Delfinus N. de Almeida

Filipe E. da Silva

Marcos M. Okamura

Paulo Eduardo M. Pimenta

Rodrigo Fernando Preschak

Roque Bigolin

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Clemilda Cavassola

Francisca Iancovski

Lúcia Maria Zamarchi

Luiza Teles

Marizete Dalfovo

Neiva Maria Coletti

Neusa Castro

INSTITUTO NOSSA VIDA

ADMINISTRATIVO

Edielza V. Q. da Silva

Elena S. Andriolo

Fernanda Aline Trombetta

Rosenilda da S. Vaz

Verli Terezinha Kostek

AUXILIARES DE COZINHA

Daici Lurdes Mingoti

Divina P. de Oliveira

Fatima Aparecida dos Santos

AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Ivani C. Racoski

AUXILIARES DE LIMPEZA E SERVIÇOS GERAIS

Ilaídes Mari R. Machado

Veronica Cecilia Pitner

Nelci p. da Costa

ENFERMEIROS

Bartira Zanela

Dalyla Thaylana R. de Almeida

Jocelma Santos

Kelly Cláudia Lampert

Marcelo D. Cardoso

Marcia Richetti

FARMACEUTICO

Marcio Sergio Grando

MÉDICOS

Diogo Luiz Siqueira

Filipe E. da Silva

Marcos de S. Antonialli

Marciano Baldissera

Paulo Eduardo M. Pimenta

Rodrigo Fernando Preschak

Rosarita S. C. de Oliveira

Sidney C. Oliveira Jr.

Valdir Bigolin

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Elena G. Santana

Ione dos Santos

Joceli de Lourdes da Roza

Rosimar R. Andreis

Salette M. Ribeiro

TÉCNICOS EM RAIOS-X

Rozelha J. A. da Rosa

MOTORISTAS

Adriano Stedile

Rui Carlos Frizon

Vanderlei de Farias

Valnei Ferri

Wilson Leal

NASF

FISIOTERAPEUTA

Viviane Munareto

NUTRICIONISTA

Leideliane Kilian

PSICOLOGA

Talita Ribeiro

ODONTOLOGIA

AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

Elisete R. Goldoni

Eloisa P. de O. da Silveira

Jurema do Amaral

ODONTÓLOGOS

Cristina T. Hanashiro

Flávio Perondi

Lúcia Clementina C. de Lannoy

Maria Alice Marini

Muriel S. Pezzini

TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

Lair Loss

Silvia Regina Guarnieri

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ADMINISTRATIVO

Agnaldo F. Paes

Ana Caroline Sedor

Cinara Aline Martinelli

Lenir dos S. Zuchi

Michelle Miri

Sinara Mattei

ENFERMEIROS

Cleonice Aparecida Scabeni

Diogo Picolo

Emerson Cláudio Colombo

Lisete M. T. Engelmann

Monica Calgaroto

Patrícia Dalcim

Silvana Matiollo

Zuleide de Fátima Oldoni

MÉDICOS

Alberto L. Maciel

Casto Geovani P. Pardo

Daniella A. dos Santos

Delfinus N. de Almeida

Diogo Luiz Siqueica

Filipe E. da Silva

Gilberto S. dos Santos

Marciano Baldissera

Mario O. Hurtado

Paulo Eduardo M. Pimenta
Rafael César Martins
Rodrigo Fernando Preschak

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Alexsandro A. de Paula
Cláudia L. Batista
Cristieli da S. Borges
Eliane de O. Mota Bos
Francieli Regina Zeni
Jaqueline do Amaral
Keli Aparecida Paludo
Jurema do C. Vanelli
Rosilei R. da Silva
Yona Leidiane Dalpiva

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Joice Francieli de A. Antunes

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS

Elaine G. Martini
Laura Henrique
Miguel B. de Ramos
Nevair F. dos Santos
Orildes Dolores Manfrin
Raul Gonçalves
Silvana Aparecida de Mattos

AUXILIAR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Carolynne Soares de Lima

ENFERMEIRO

Adinéia R. Gubert

FARMACEUTICA BIOQUÍMICA

Silvia S. R. de Araujo

MÉDICO VETERINÁRIO

Miguel Angelo M. Carli

*“Para realizar tarefas importantes
duas coisas são necessárias: um plano e falta de tempo.”*

ANÔNIMO

*“O desafio do fazer, em todos os lugares,
é ver como dono, agir como dono (deveres) e
cobrar como dono (direitos)
de forma individual ou em sociedade com o objetivo maior
de que as pessoas busquem, conquistem e
alcancem seu bem-estar,
sua felicidade... “com saúde.”*

GILSON CARVALHO

Missão da SMS

“Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania”.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
INTRODUÇÃO.....	21
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO	22
1.1 ASPECTOS DA HISTÓRIA POLÍTICA	22
1.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA.....	22
2. ANÁLISE SITUACIONAL – CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	25
2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	25
2.1.1 Crescimento populacional.....	25
2.1.2 Índice de envelhecimento	29
2.1.3 Taxa de fecundidade	30
2.1.4 Mortalidade proporcional por idade e sexo	31
2.1.5 Taxa bruta de mortalidade.....	32
2.1.6 Esperança de vida ao nascer	30
3. PERFIL SOCIOECONÔMICO	34
3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	34
3.2 RAZÃO DE RENDA	38
3.3 NÍVEIS DE ESCOLARIDADE	41
3.3.1 Taxa de analfabetismo	43
3.4 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)	44
4. INFRAESTRUTURA	49
4.1 ÁGUA	49
4.2 ESGOTO.....	51
4.3 LIXO	53
4.4 ENERGIA ELÉTRICA.....	54
4.5 HABITAÇÃO	55
4.6 CORREIOS.....	58
5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO	59
5.1 MORTALIDADE INFANTIL E MATERNO	59
5.2 MORTALIDADE POR CAUSAS - CID 10.....	62
5.3 MORBIDADE.....	64

5.4 AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES	66
5.5 IMUNIZAÇÃO	68
5.5.1 Porcentagem da cobertura vacinal em menores de um ano	69
5.6 NATALIDADE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO	71
5.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	72
5.8 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	73
6 GESTÃO EM SAÚDE.....	75
6.1 FINANCIAMENTO	76
6.1.1 Análise em Relação ao financiamento	76
7 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	77
7.1 ESTRATÉGICA SAÚDE DA FAMÍLIA	78
7.1.1 Distribuição e áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família.....	79
7.1.2 Infraestrutura das unidades de ESF's	79
7.2 TRANSPORTE.....	82
7.3 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL.....	82
7.4 SAÚDE MENTAL	83
7.5 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	83
8 ATENÇÃO À SAÚDE EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	84
8.1 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	87
8.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU.....	88
8.3 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ESPECIALIDADES - CRE	89
8.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	89
8.5 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	91
9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	91
10 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - PRIORIDADES NA GESTÃO	93
10.1 DIRETRIZ 1 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	93
10.2 DIRETRIZ 2 - ATENDIMENTO HOSPITALAR - INSTITUTO MÉDICO NOSSA VIDA	95
10.3 DIRETRIZ 3 - MANTER O COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .	96
10.4 DIRETRIZ 4 - FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO/TRANSTORNO MENTAL, DEPENDENTES DE ALCOOL E MÚLTIPLAS DROGAS	97
10.5 DIRETRIZ 5 - REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.	98

10.6 DIRETRIZ 6 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	99
10.7 DIRETRIZ 7 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	100
10.8 DIRETRIZ 8 - VIGILÂNCIA DO TRABALHADOR	102
10.9 DIRETRIZ 9 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	103
10.10 DIRETRIZ 10 - SAÚDE BUCAL.....	106
10.11 DIRETRIZ 11 - EDUCAÇÃO CONTINUADA.....	107
10.12 FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	108
10.13 DIRETRIZ 13 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	109
11 AVALIAÇÃO	111
CONCLUSÃO.....	113
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE CORONEL VIVIDA - PR.....	115

“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998).

Este Plano de Saúde compreende um período de quatro anos (2018-2021) e serve como instrumento básico, dinâmico, flexível e norteador para as programações anuais de ações em saúde; ou seja, um documento formal técnico-político em saúde que contém as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas e as estratégias de ação para o cumprimento de compromissos de governo com base na efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Coronel Vivida.

A Constituição Federal/88 traz em seu artigo 196, “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença. O acesso é universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O Plano Municipal de Saúde é entendido por nós como um documento formal que explicita as diretrizes e prioridades, objetivos e estratégias, de cada instância gestora, no respectivo período de governo. Assim sendo, este plano corresponde ao atual período de gestão municipal e poderá também abranger o primeiro ano do mandato subsequente, ou seja, 2018 à 2021.

O processo de construção do plano foi solidário e participativo tendo o envolvimento de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde, bem como dos membros do Conselho Municipal de Saúde, o que faz com que se caracterize como um instrumento de referência para a atuação da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, pois realizamos uma cuidadosa análise da realidade sócio-sanitária do município, indicando problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde da população.

A forma de garantir o acesso a esses bens e serviços é mediante a implementação de políticas públicas que promovam o acesso universal às ações e serviços de saúde, bem como medidas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e esta são a principal razão da construção deste plano, quem sabe poderemos auxiliar no processo de construção de um modelo de assistência à saúde humana, igualitário e resolutivo.

Neste sentido, temos a satisfação e a sensação do dever cumprido ao apresentar o Plano Municipal de Saúde, aos profissionais de saúde do município, a equipe da 7ª Regional de Saúde e a população vividense, que corresponde, de acordo com a Lei nº 8.080/90, art15, inciso VIII, ao

cumprimento da atribuição dos gestores do SUS de implementar instrumentos de gestão competentes para a administração da política de saúde em seu âmbito de governo, entre os quais se incluem os Planos de Saúde Plano Municipal de Saúde, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde se propõe a articular as estratégias e ações com as estratégias e ações do Plano Estadual de Saúde do Paraná e outros instrumentos de planejamento da Secretaria de Estado, da Regional de Saúde e do próprio município como o PPA (Plano Pluri Anual), a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), a PPI (Programação Pactuada Integrada) e a Agenda Municipal de Saúde, entre outros instrumentos de gestão do SUS.

Trata-se de um processo dinâmico e flexível, o que exige revisão e atualização sistemáticas, de acordo com as emergentes necessidades do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde, do monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e das linhas de atenção em saúde e dos serviços de saúde disponibilizados para o enfrentamento da realidade epidemiológica do município. Planejar é pensar e programar o que e como deve ser realizado.

Este Plano Municipal de Saúde é o resultado concreto desse esforço, desenvolvido com a coordenação do gestor municipal do SUS e colocado à disposição de todos os que pretendem contribuir para que a gente de Coronel Vivida construa seu destino com mais saúde e melhor qualidade de vida.

Liliane Guarrezi Fontanive

Diretora do Depto. Municipal de Saúde

Município: CORONEL VIVIDA Código **410650** (IBGE)

Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Romário Martins, 154 Fone (46) 3232-1435

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já vista na história do Brasil. Este Plano é um documento com algumas sugestões de ações estratégico fundamentais para implementação na área da Saúde, sendo ele dinâmico e flexível no processo de planejamento desde serviços no município de Coronel Vivida a partir de 2018 a 2021.

Desta forma a Política de Saúde deve ser direcionada para desenvolver as ações de nível primário, secundário e terciário atendendo as necessidades integrais da saúde da população. Isto exige organização, planejamento e coordenação que garanta efetiva execução das ações propostas.

Buscamos através da elaboração deste documento, sugerir a reestruturação do planejamento de forma a adequar as metas e ações na área da saúde do município de Coronel Vivida. Com isso, espera-se avançar na inversão do modelo assistencial tendo a promoção e prevenção implementados no modelo existente.

É necessário à efetiva ação do gestor com a união de todos os segmentos da sociedade para a efetivação do SUS em nosso município conforme os preceitos constitucionais, bem como propostas para superá-los.

Buscamos através da elaboração deste documento, conseguirmos estruturar e planejar de forma adequada os passos a serem dados na área da saúde em nosso município, agindo de forma a alcançarmos resultados que sejam considerados satisfatórios, não só por nossa equipe, mas também por toda a população atendida.

1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

1.1 ASPECTOS DA HISTORIA POLÍTICA

No início do século XX o Sudoeste paranaense se constituía em grande vazio demográfico. Os latifundiários de Palmas, que dominavam economicamente a região não se interessavam em investir na colonização de suas terras, a não ser na criação de gado.

Coronel Vivida representa o resultado do trabalho desenvolvido por mais de dois séculos de penetração na região dos Campos de Palmas, Inicialmente por bandeiras guarapuanas e curitibanas, depois por elementos pioneiros em desbravamento e colonização.

Em meados da década de vinte, o território vividense começou a ser ocupado, principalmente por posseiros. A máxima dita pelos antigos ocupantes era de que o lugar ideal deveria ter "boa aguada", sendo que as terras sem riachos eram desprezadas, além do que, também o eram as terras com extensos pinheirais, sendo preferidos os de "mato branco", pois os pinheiros atrapalhavam aos que queriam trabalhar a terra.

A primitiva denominação foi Barro Preto, sendo que mais tarde receberia a denominação atual.

Com território desmembrado do município de Mangueirinha em 26 de Novembro de 1954, através da Lei Estadual nº 253, sancionada pelo governador Bento Munhoz da Rocha Netto.


Formação administrativa, distrito criado com a denominação de Coronel Vivida ex-povoado de Barro Preto, com terras do distrito de Chopinzinho (ex-Chopin), pela lei estadual n.º 790, de 14-11-1951, no município de Mangueirinha. Elevado à categoria de município com a denominação de Coronel Vivida, pela lei estadual n.º 253, de 26-11-1954, desmembrado de Mangueirinha, sede no antigo distrito de Coronel Vivida, constituído do distrito sede instalado em 14-12-1955.

1.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Possui uma área geográfica de 701.016 Km, cortando o trópico de capricórnio, localiza-se na Macro-Regional do Sudoeste pertencente a AMSOP (Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná) a cerca de 30 Km do município de Pato Branco, pólo região e 420 de distância da capital.

FIGURA 01 - POSIÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO EM RELAÇÃO AO ESTADO DO PARANÁ

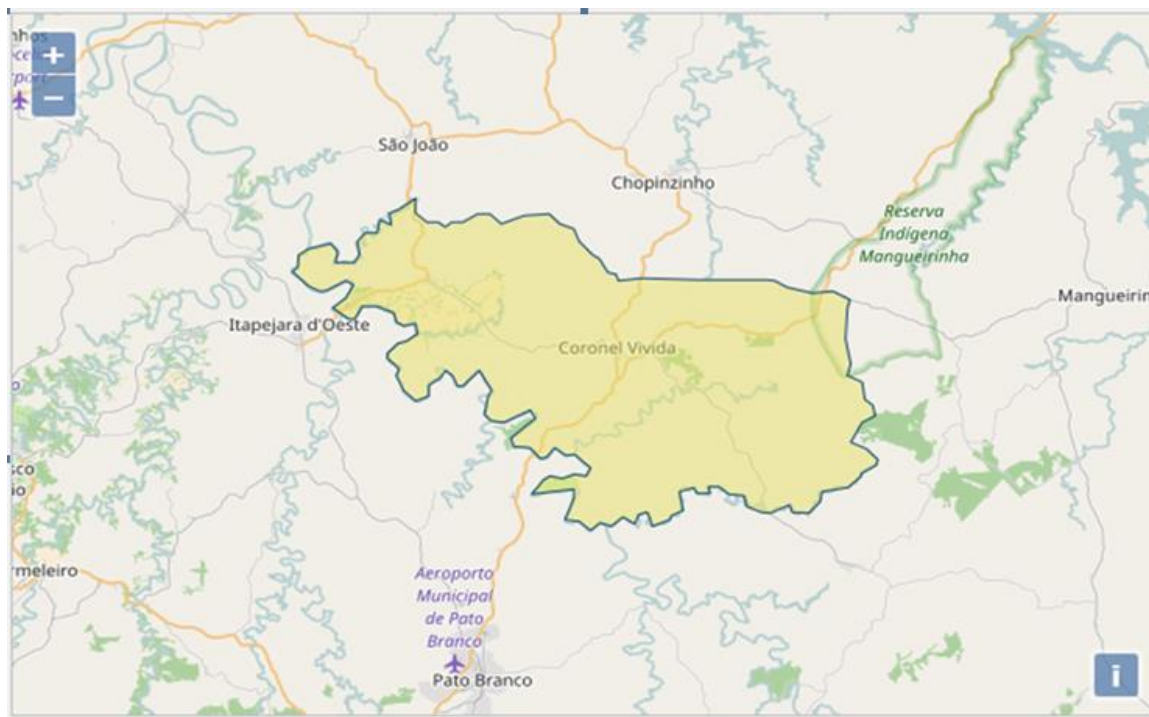
TERRITÓRIO	
INFORMAÇÃO	
Altitude	700 metros
Desmembrado	Mangueirinha
Instalação	14/12/1955
Área Territorial (ITCG)	683,252 km ²
Distância à Capital (SETR)	404,93 km



ÁREA POLÍTICO-ADMINISTRATIVA			
INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
Número de Eleitores	TSE	2016	15.795 Pessoas
Prefeito(a)	TRE	2017	Frank Ariel Schiavini

FONTE: IPARDES

FIGURA 02 - POSIÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO EM RELAÇÃO AOS LIMITES GEOGRÁFICOS COM OS DEMAIS MUNICÍPIOS.



FONTE: IBGE

Área 684,52 km ²	IDHM 2010 0,723	Faixa do IDHM Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)	População (Censo 2010) 21.749 hab.
Densidade demográfica 31,76 hab/km ²	Ano de instalação 1954	Microrregião Pato Branco	Mesorregião Sudoeste Paranaense

Divisa com os Municípios: Itapejara d'Oeste, Pato Branco, São João, Chopinzinho, Mangueirinha e Honório Serpa. Pertencemos a 7ª Regional de Saúde onde são encaminhadas as especialidades Consórcio de Saúde - CONIMS (Consórcio Intermunicipal de Saúde) com sede em Pato Branco.

Altitude de 718 m acima do nível do mar, sendo o clima subtropical úmido mesotérmico, com verões quentes e inverno frio, com geadas pouco frequentes, temperatura média de 20°C, índice pluviométrico anual de 2.189 ml, regime de chuvas, precipitação mínima, março, abril e maio, precipitação máxima, setembro, outubro, dezembro e janeiro. O solo é latossolo roxo distrófico, com relevo predominantemente ondulado. A vegetação do município é subtropical, perenifólia com áreas

verde é de 59.740 há, arborização urbana num total de 4.200 (5 espécies), perímetro urbano de 11.494.100 m.

FIGURA 03 - IMAGEM DO MUNICÍPIO

IMAGEM DO MUNICÍPIO



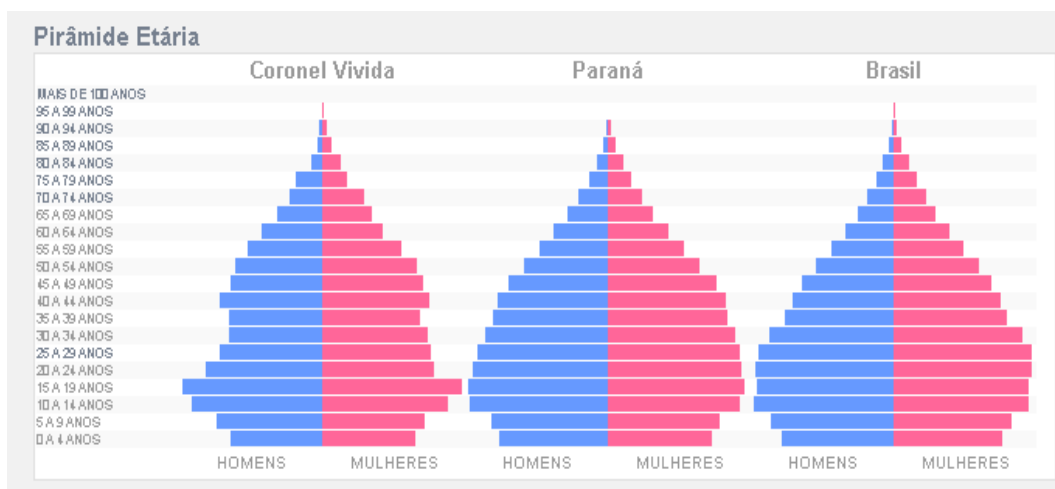
2 ANÁLISE SITUACIONAL – CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

2.1.1 Crescimento populacional

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, a população era de 23.306 habitantes. A contagem populacional realizada em 2007 apontou decréscimo ficam num total de 21.985. Para o ano de 2016 a população estimada para o Município pelo IBGE é de 21.755 habitantes e 2017 sendo estimado 22.035 habitantes.

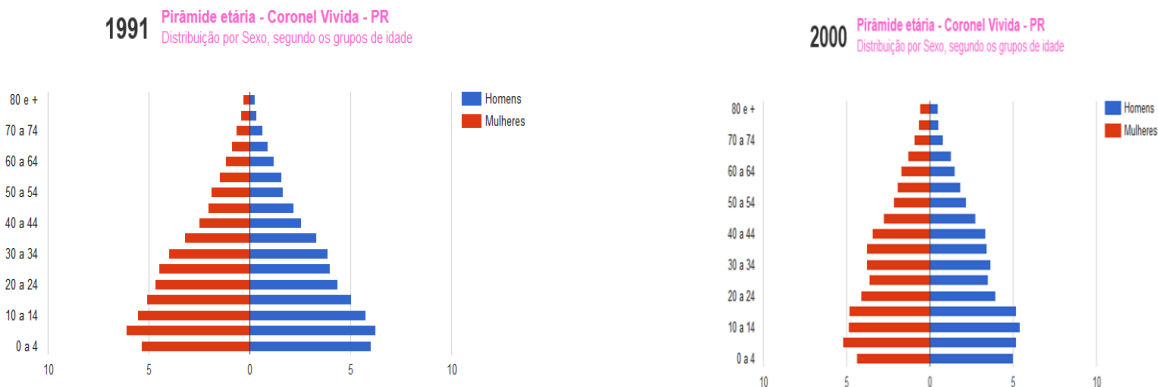
FIGURA 04 - PIRÂMIDE ETÁRIA DE CORONEL VIVIDA, PARANÁ E BRASIL ANOS 2010

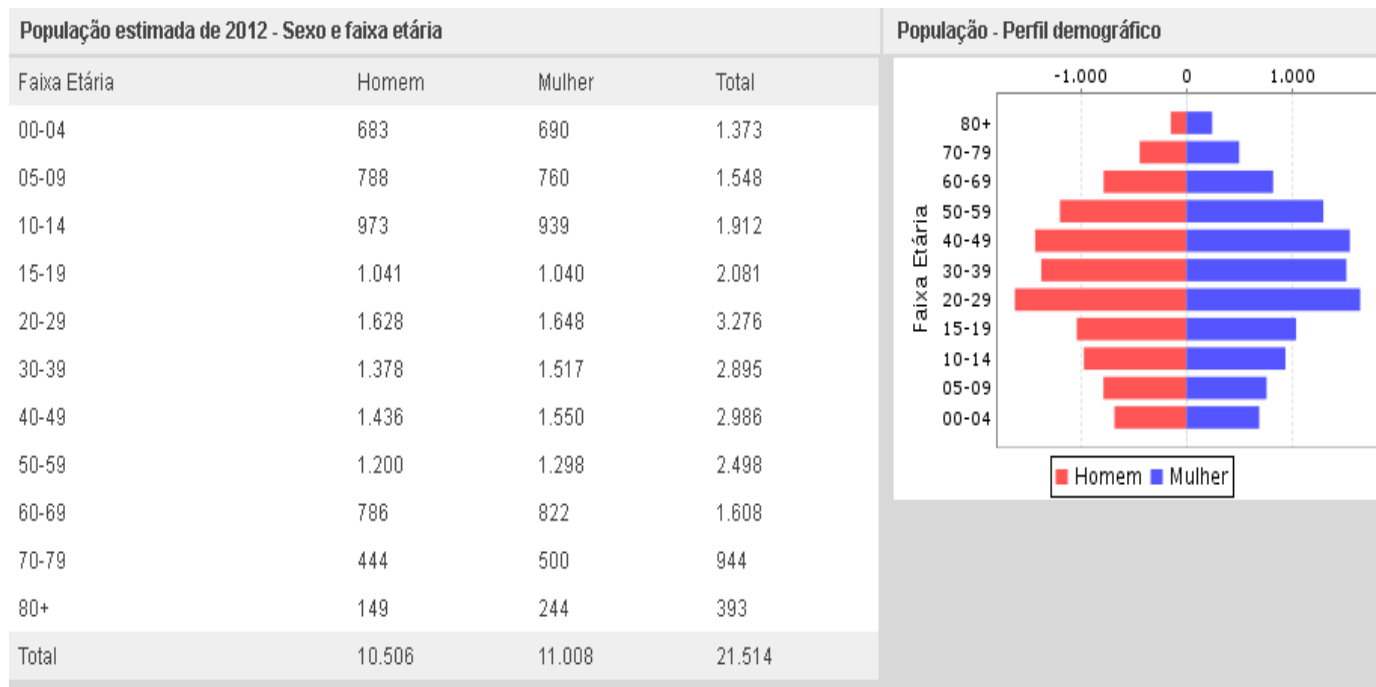


Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

Na figura 04 as pirâmides etárias do ano 2010, comparando o município de Coronel Vivida com o Estado do Paraná e Brasil, constatou-se que o estado do Paraná e o Brasil, estão com o crescimento populacional por faixa etária parecidos, porem em Coronel Vivida a base da pirâmide é menor tendo um alargamento na faixa etária 15 a 19 anos.

FIGURA 05 - PIRÂMIDE ETÁRIA POPULACIONAL SEGUNDO SEXO NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA – ESTIMATIVA 1991, 2000 E 2012

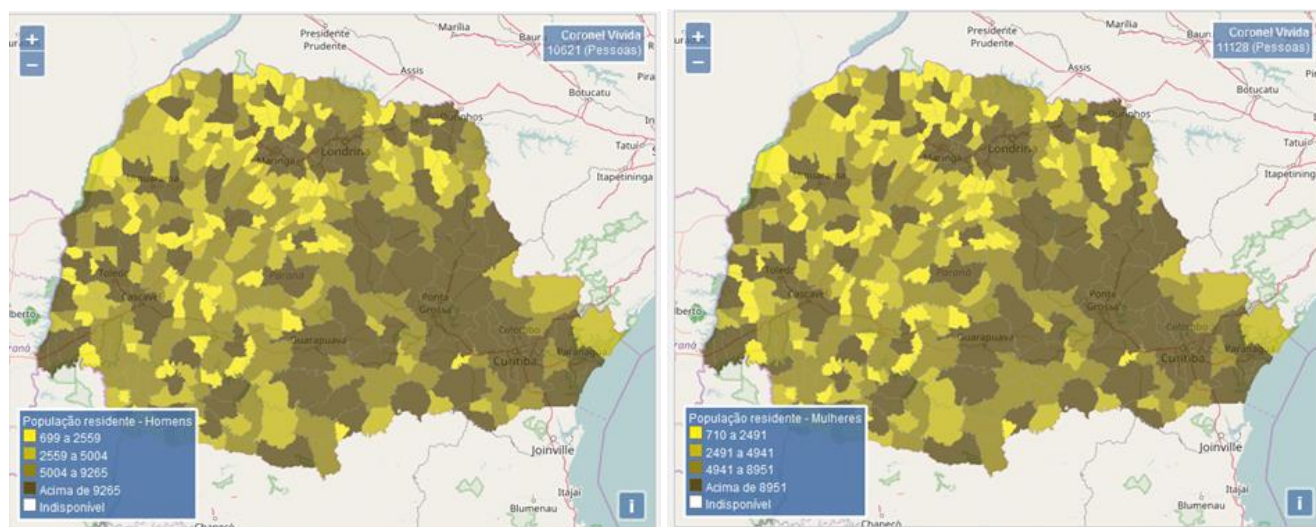




Fonte: SARGSUS 2012

População de Coronel Vivida, por faixa etária de 00 a 80 mais. Podemos observar que a base da pirâmide populacional de 2012, está reduzida e a topo da pirâmide vem aumentando comparado com os anos anteriores 1991, 2000.

FIGURA 06 - MAPA CARTOGRÁFICO – DO PARANÁ , COM INFORMAÇÃO DE CORONEL VIVIDA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO – ANO 2016



FONTE: IBGE

Os mapas cartográficos, da figura 03 disponibiliza a distribuição da população residente em Coronel Vivida pelo sexo, sendo 10621 do sexo masculino e 11128 do sexo feminino. O mapa de Coronel Vivida fica acima de 9265 habitantes por sexo.

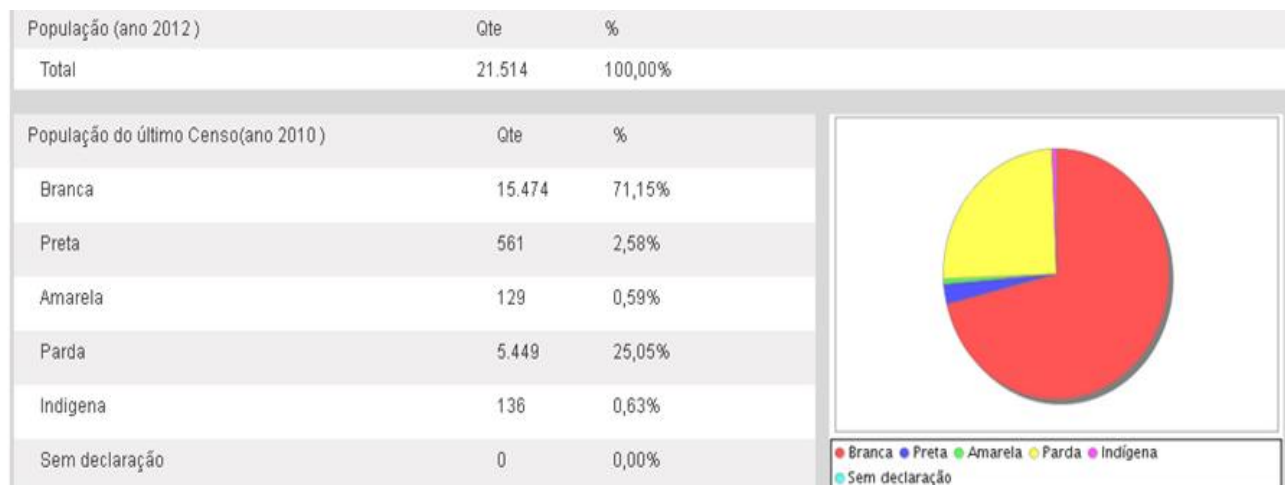
TABELA 01 - EVOLUÇÃO POPULACIONAL NO MUNICÍPIO NO PERÍODO 2006 – 2017

Ano	População	Método
2017	22.035	Estimativa
2016	21.755	Estimativa
2015	21.842	Estimativa
2014	21.939	Estimativa
2013	22.035	Estimativa
2012	21.749	Estimativa
2011	21.749	Estimativa
2010	21.830	Estimativa
2009	21.830	Estimativa
2008	21.985	Estimativa
2007	21.748	Estimativa
2006	21.947	Estimativa
2005	22.157	Estimativa
2004	22.562	Estimativa
2003	22.740	Estimativa
2002	22.916	Estimativa
2001	23.084	Estimativa
2000	23.306	Censo

FONTE: IBGE, Censos e Estimativas

Na tabela 01 está disponibilizado a evolução populacional do município de Coronel Vivida, dos anos 2006 a 2017. Quando comparamos 2006 com o ano de 2017, observamos que a população teve um aumento no número de pessoas residentes no município.

FIGURA 07 - GRÁFICO POPULACIONAL SEGUNDO RAÇA NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA – ESTIMATIVA 2012



FONTE: SARGSUS 2016

No gráfico populacional por raça, observou-se que 71,15% são da raça branca; em segundo lugar predomina a parda com 25,05%, completando 100% com as demais raças: preta 2,58%, indígena 0,63% e amarela com 0,59%. Dados populacionais do ano 2012.

2.1.2 Índice de envelhecimento

O Índice de envelhecimento é o percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total e residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de idoso como pessoa maior de sessenta anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.

Esse Índice reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade.

A população idosa de 2012, considerada acima dos 60 anos representa um contingente de 2.945 habitantes, o que equivale a 13,68 % da população total, dado ligeiramente superior a estimativa para o Estado do Paraná, cujo valor equivale a 10,7 %.

TABELA 02 - ÍNDICE DE IDOSOS, RAZÃO DE SEXO E RAZÃO DE DEPENDÊNCIA – 2010

Estado/Município	Índice de idosos ⁽¹⁾ (%)	Razão de sexo ⁽²⁾ (%)	Razão de dependência ⁽³⁾ (%)
Paraná	19,7	98,2	52,4
Coronel Vivida	22,3	98,8	57,3

FONTE: IBGE – Censo Demográfico

Se compararmos o índice de pessoas idosas 22,3% do ano 2010 em Coronel Vivida com o anos de 2012, houve redução, ficando em 13,68%.

2.1.3 Taxa de fecundidade

A Taxa de fecundidade relaciona o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico.

Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.

O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

A Tabela 03 apresenta dados comparativos em relação à fecundidade total entre o Conjunto dos Municípios do Estado e o Município de Coronel Vivida. É possível visualizar que a taxa referida está ligeiramente superior a do Estado.

TABELA 03 - COMPARATIVO ENTRE AS TAXAS DE FECUNDIDADE - ESTADO/MUNICÍPIO - 2010

Estado/Município	Taxa de Fecundidade Total ⁽¹⁾	Adolescentes do sexo feminino com filhos (%)	
		10 a 14 anos	15 a 17 anos
PARANÁ	2,30	0,30	8,32
Coronel Vivida	2,90	0,01	6,27

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

A taxa bruta de natalidade do ano de 2016 do município de Coronel Vivida, ficou 16,18% cada mil habitantes, número considerado com pelo número da população existente.

2.1.4 Mortalidade proporcional por idade e sexo

Este indicador representa a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

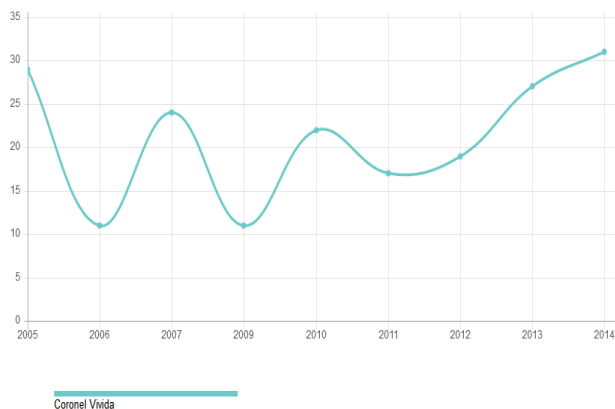
Mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos. Elevada proporção de óbitos de menores de um ano de idade está associada a más condições de vida e de saúde.

O deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o conseqüente aumento da expectativa de vida da população.

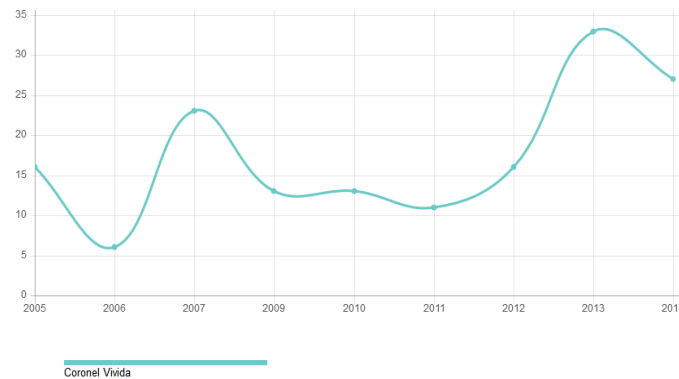
Outras variações de concentração de óbitos sugerem correlação com a frequência e a distribuição de causas de mortalidade específica por idade.

GRÁFICO 01 - ÓBITOS POR SEXO DE 2005 A 2014

Óbitos / Sexo / Masculino (Unidade: óbitos)



Óbitos / Sexo / Feminino (Unidade: óbitos)



No gráfico 01, da série histórica dos óbitos do masculino, podemos observar que ocorre uma certa sazonalidade dos indicadores, tendo anos com elevação em seguida queda, com tendência a elevação do óbitos do sexo masculino. Quanto ao sexo feminino ocorreu uma elevação no ano de 2007 e nos anos seguintes até 2011, teve queda dos dados, com elevação dos óbitos do sexo feminino em 2012 e 2013, com pequena redução dos dados no ano de 2014.

2.1.5 Taxa bruta de mortalidade

É calculada relacionando o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, expressa a frequência anual de mortes, a taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e sexo. As taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

O Município apresentou no período 2006, 2009 e 2011 taxas para a mortalidade geral, ligeiramente menor na série histórica, e nos demais anos, taxa de mortalidade manteve-se acima 7%, com destaque nos anos 2010 com 8,1% e 2015 com 8,37%. Os dados de mortalidade foram disponibiliza por residência no município de Coronel Vivida.

TABELA 04 - COMPARATIVO DAS TAXAS BRUTAS DE MORTALIDADE NÚMERO DE ÓBITOS PARA CADA 1.000 HABITANTES

Taxa bruta de Mortalidade	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Coronel Vivida	6,4	7,0	7,3	6,2	8,1	6,5	7,26	6,21	7,06	8,37	7,35*

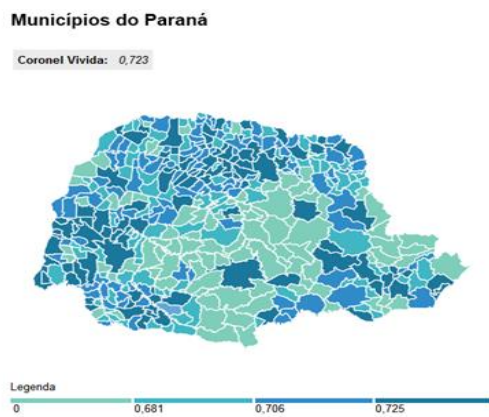
FONTE:SIM – 2016* Preliminares.

2.1.6 Esperança de vida ao nascer

Esse indicador representa o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a probabilidade de tempo de vida média da população. Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade. O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Em 2010, quando da medição do Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal IDH-M, o Município apresentou como valor para a esperança de vida ao nascer o valor 73,94, significando que este é o número de anos esperado para um recém nascido no Município.

FIGURA 08 - MAPA DO PARANÁ REPRESENTANDO OS INDICADORES REFERENTES AO IDH –M DE CORONEL VIVIDA ANOS 2016.



FONTE: IBGE

Este valor, junto com os demais índices compôs um IDH-M equivalente a 0,723 colocando o município em 71º. Lugar no ranking estadual e 399º. no ranking nacional. Esse é um índice que reflete positivamente o município, uma vez que, para o conjunto dos Municípios do Estado do Paraná a esperança de vida ao nascer é de 69,83 anos.

TABELA 05 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS EM CORONEL VIVIDA 2005 A 2016



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Nos anos de 2005 (361) e 2006 (368) o número de nascidos vivos em Coronel Vivida, ficou acima de 360 crianças, percebe-se que no ano de 2007, houve uma redução de 93 crianças, (275) esta média de nascidos permanece de 2008 a 2011. A partir de 2009 até 2016, ocorreu um aumento significativo de nascidos vivos em Coronel Vivida mantendo-se a média acima de 300 crianças por ano.

3 PERFIL SOCIOECONÔMICO

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O principal setor econômico é a agricultura, com produção de milho, soja e trigo. A produção de origem animal é significativa, destacando-se como a segunda maior base leiteira do Estado. Ainda, enquanto atividades econômicas do Município, a indústria e o comércio são muito relevantes.

[...] O desenvolvimento das atividades industriais surgiu a partir da frustração da safra ocorrida em 1978, quando ocorreu um longo período de seca e o comércio sentiu as

conseqüências alertando o poder público, que sentiu a necessidade de partir em busca de empreendimentos que não dependam de fatores climáticos, e paralelamente incentivando a diversificação agrícola.

Esta nova visão mobilizou a comunidade através de encontros e debates que motivaram os governantes a divulgar o potencial do município e a revitalização das indústrias já instaladas no Município. [...] (Weirich, 2004).

A Tabela 06 apresenta dados preparados pelo Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, que resumem o aspecto econômico-social do município de Coronel Vivida.

TABELA 06 - SÍNTESE DOS INDICADORES ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO – IPARDES – 2010

ECONOMIA				
INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Economicamente Ativa	IBGE	2010	12.440	peças
População Ocupada	IBGE	2010	12.018	peças
Número de Estabelecimentos - RAIS	MTE	2010	565	
Número de Empregos - RAIS	MTE	2010	3.428	
Produção de Soja	IBGE	2010	100.160	toneladas
Produção de Trigo	IBGE	2010	33.550	toneladas
Produção de Milho	IBGE	2010	44.626	toneladas
Bovinos	IBGE	2010	37.873	cabeças
Equinos	IBGE	2010	848	cabeças
Galináceos	IBGE	2010	276.015	cabeças
Ovinos	IBGE	2010	1.160	cabeças
Suínos	IBGE	2010	4.570	cabeças
Valor Adicionado Bruto(VAB) a Preços Básicos – Total	IBGE/IPARDES	2009	254.965	R\$ 1.000,00
VAB a Preços Básicos - Agropecuária	IBGE/IPARDES	2009	61.314	R\$ 1.000,00

VAB a Preços Básicos - Indústria	IBGE/IPARDES	2009	31.505	R\$ 1.000,00
VAB a Preços Básicos - Serviços	IBGE/IPARDES	2009	162.147	R\$ 1.000,00
Valor Adicionado Fiscal (VAF) - Total	SEFA	2010	208.997.611	R\$ 1,00 (P)
VAF - Produção Primária	SEFA	2010	91.290.430	R\$ 1,00 (P)
VAF - Indústria – Total	SEFA	2010	52.183.063	R\$ 1,00 (P)
VAF - Comércio/Serviços - Total	SEFA	2010	65.483.184	R\$ 1,00 (P)
VAF - Recursos/Autos	SEFA	2010	40.934	R\$ 1,00 (P)
Receitas Municipais	Prefeitura	2010	31.232.843,86	R\$ 1,00
Despesas Municipais	Prefeitura	2010	32.050.968,22	R\$ 1,00
ICMS por Município de Origem do Contribuinte	SEFA	2011	8.181.449,06	R\$ 1,00

TABELA 07 - A POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (PIA), ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E OCUPAÇÃO, POR TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO - 2010

TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)	POPULAÇÃO OCUPADA
Domicílio - Urbano	13.152	8.285	7.885
Domicílio - Rural	5.631	4.155	4.132
Sexo - Masculino	9.160	6.678	6.486
Sexo - Feminino	9.623	5.762	5.531
TOTAL	18.783	12.440	12.018

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

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

Percebe-se que a população em idade ativa (PIA), de 10 anos ou mais da zona Urbana é de 13,152, valor que equivale 70,02% da população ativa do município está vivendo na zona urbana, sendo 29,98% da zona rural, equivale 5,631 pessoas. Porém apenas 63,98% da população em idade ativa estão economicamente ativas, sendo 36,02% da população encontra-se sem atividade econômica.

Quanto ao sexo podemos observar que, mulheres com 5,531, equivalente 9,60% não são economicamente ativas, sendo que 90,40% são ativas. (trabalhão). Valores que quando observamos com relação são homens, apenas 2,88% não são economicamente ativos, sendo 97,12% trabalham.

TABELA 08 - NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E EMPREGOS (RAIS) SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS DE CORONEL VIVIDA – ANO 2015.

ATIVIDADES ECONÔMICAS (SETORES E SUBSETORES DO IBGE(1))	ESTABELECIMENTOS	EMPREGOS
INDÚSTRIA	89	1.297
Extração de minerais	3	22
Transformação	83	1.146
Produtos minerais não metálicos	7	29
Metalúrgica	13	34
Mecânica	9	34
Material de transporte	2	2
Madeira e do mobiliário	21	287
Papel, papelão, editorial e gráfica	3	229
Borracha, fumo, couros, peles e produtos similares e indústria diversa	7	54
matérias plásticas	2	3
Têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	8	211
Calçados	1	1
Produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	10	262
Serviços industriais de utilidade pública	3	129
CONSTRUÇÃO CIVIL	36	79
COMÉRCIO	289	1.366
Comércio varejista	263	1.083
Comércio atacadista	26	283
SERVIÇOS	181	1.204
Instituições de crédito, seguros e de capitalização	9	78
auxiliar de atividade econômica	46	174
Transporte e comunicações	33	79
Serviços de alojamento, alimentação, reparo, manutenção, radiodifusão e televisão	57	223
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	23	50
Ensino	8	68
Administração pública direta e indireta	5	532
pesca)	86	155
TOTAL	681	4.101

FONTE: MTE/RAIS

NOTA: Posição em 31 de dezembro. O total das atividades econômicas refere-se à soma dos grandes setores: Indústria; Construção Civil; Comércio; Serviços; Agropecuária; e Atividade não Especificada ou Classificada.

(1) INDÚSTRIA: extração de minerais; transformação; serviços industriais utilidade pública. 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, capitalização; 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; administração pública direta e indireta.

Dentre as principais atividades econômicas, que geram emprego em Coronel Vivida, podemos citar as quatro atividades econômicas, em 1º lugar o comércio (1.366), 2º lugar os empregos vindo das indústrias (1.297), em 3º lugar os serviços que são ofertados (1.204) e ficando em 4º lugar o comércio varejista.

3.2 RAZÃO DE RENDA

A razão de renda é um indicador econômico-social que representa o número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição da renda (20% mais ricos) é maior do que a renda do quinto inferior (20% mais pobres) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

TABELA 09 - PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) PER CAPITA E A PREÇOS CORRENTES – 2014 EM CORONEL VIVIDA.

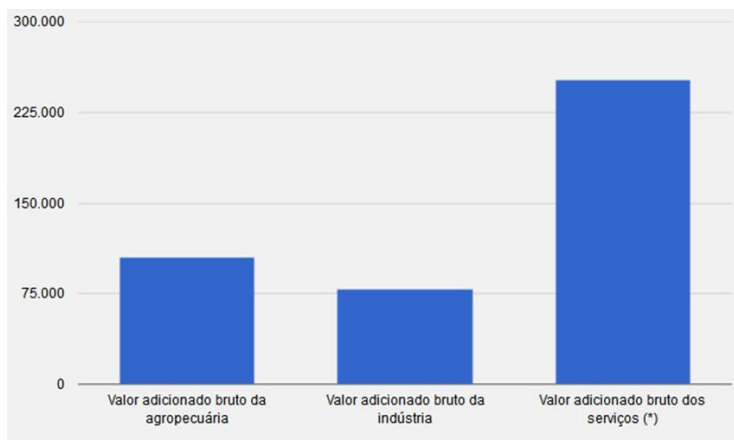
PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)	VALOR	UNIDADE
Per capita	25.468	R\$ 1,00
A preços correntes	558.750	R\$ 1.000,00

FONTE: IBGE, IPARDES

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

Percebe-se que o Produto Interno Bruto, no município de Coronel Vivida, no ano de 2014 teve um valor de 25,468 per capita.

GRÁFICO 02 - PRODUTO INTERNO BRUTO DO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA – ANO – 2014



Produto Interno Bruto dos Municípios - 2014	
Valor adicionado bruto da agropecuária	105.797 mil reais
Valor adicionado bruto da indústria	79.305 mil reais
Valor adicionado bruto dos serviços (*)	251.730 mil reais

FONTE: IBGE 2014

Para os valores adicionais brutos a preços básicos em Coronel Vivida no anos de 2014, os ramos de atividades presentes no gráfico 02, em primeiro lugar temos os valores adicionais bruto dos serviços com 251,730 mil reais. Em segundo lugar vem a agropecuária com 105.797 mil reais, e em terceiro as indústrias 79.305 mil reais.

TABELA 10 - VALOR ADICIONAL FISCAL SEGUNDO OS RAMOS DE ATIVIDADE – 2015

RAMOS DE ATIVIDADES	VALOR (R\$ 1,00)
Produção primária	179.963.611
Indústria	104.130.014
Comércio e em Serviços	130.494.143
Recursos / Autos (1)	15.628
TOTAL	414.603.396

FONTE: SEFA-PR

(1) Recurso: é o valor proveniente de decisões judiciais incorporadas ao valor adicional de municípios. Autos: é o valor pago (ou base de cálculo da lavratura) em autos de infração, no ano de referência.

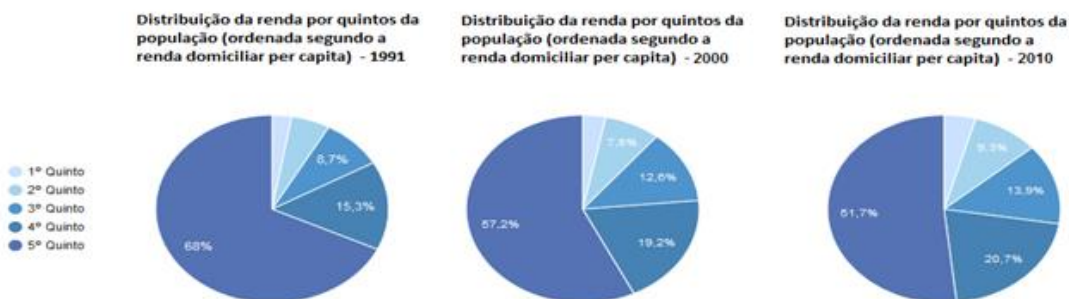
O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda, ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

O Índice de Gini pode ser citado neste contexto porque ele mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de 0 (zero) - Igualdade Perfeita até 1(um)- Desigualdade Máxima. Em relação ao índice de Gini do município de Coronel Vivida, medido em 1991, foi de 0,64, em 2000 manteve-se em 0,53 e, no ano de 2010 em 0,47, representando dados mais favoráveis para o município.

GRÁFICO 03 - REPRESENTAÇÃO DA RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE DO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA NOS ANOS 1991 – 2000 - 2010

Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Coronel Vivida - PR			
	1991	2000	2010
Renda per capita	284,04	381,81	679,98
% de extremamente pobres	23,99	11,92	2,65
% de pobres	54,68	28,05	7,16
Índice de Gini	0,64	0,53	0,47

Fonte: PNAD, Ipea e FJP



FONTE: IBGE - 2010

A distribuição da renda per capita no município de Coronel Vivida no anos de 1991, ficou em 284,04 reais, no ano de 2000 este valor está representado em 381,61, mas no anos de 2010 a renda per capita no município manteve-se em 679,98, percebe-se que com relação ao anto de 2000, este valor quase dobrou de valor, dados importantes para o município.

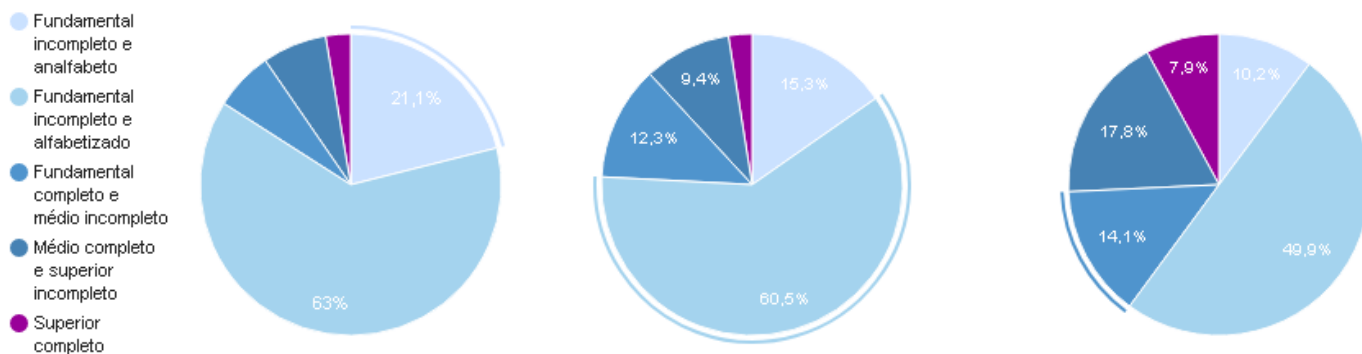
A porcentagem da população de extrema pobreza, no ano de 1991, 23,68% da população de Coronel Vivida vivem em situação de extrema pobreza. Mas no anos seguintes como observamos no

ano de 2000, o número de pessoas em extrema pobreza reduziu para metade, 11,92 comparado com 1991. Sendo que em 2010 o número de pessoas vivendo com extrema pobreza, foi de 2,65, valores que representam melhoras que vem ocorrendo no município.

A Desigualdade de pobres vivendo no Município de Coronel Vivida nos anos 1991 (54,68) – 2000 (28,05) - 2010 (7,16), valores que afirmam que estamos melhorando os indicadores referentes ao número da pobreza no nosso município.

3.3 NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

GRÁFICO 04 - ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE CORONEL VIVIDA – 1991 -2000 – 2010

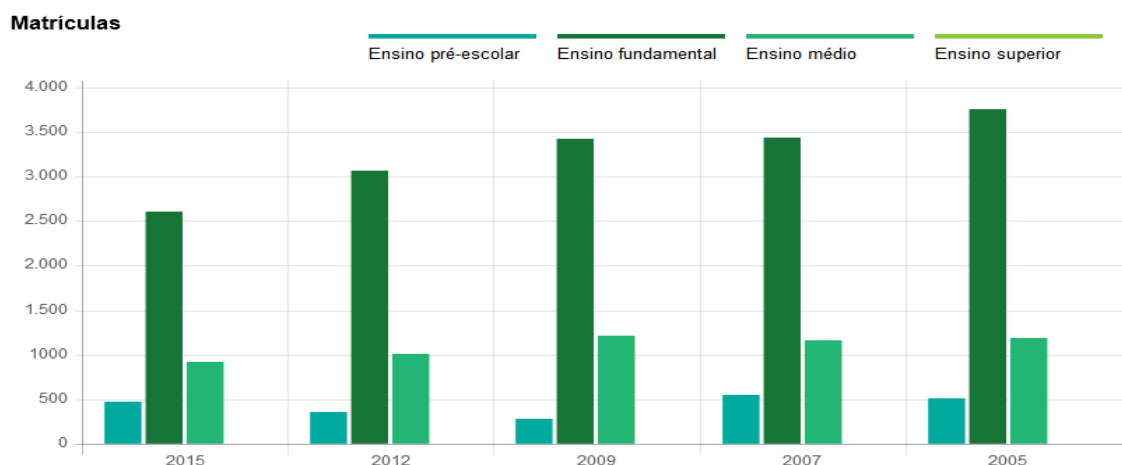


FONTE: PNUD, Ipea e FJP

A escolaridade da população de Coronel Vivida do ensino Fundamental incompleto e analfabetos no ano de 1991, representada no gráfico em 21,1%, para o ano de 2000, 15,5% e no ano de 2010, 10,5%, podemos constatar que os números de analfabetos e pessoas com o ensino fundamental incompleto vem diminuindo no município.

Quando observamos os dados do ensino fundamental incompleto e alfabetizado, no ano de 1991, 63%, em 2000 60,5% e no ano de 2010. 49.9% números. A menor porcentagem representada no gráfico está o ensino superior completo, em 1991 e 2000 dados era menor que o ano de 2010, com 7,9% da população do município de Coronel Vivida.

GRÁFICO 05 - NÚMERO DE MATRÍCULAS DO ENSINO NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA DE 2005 A 2015

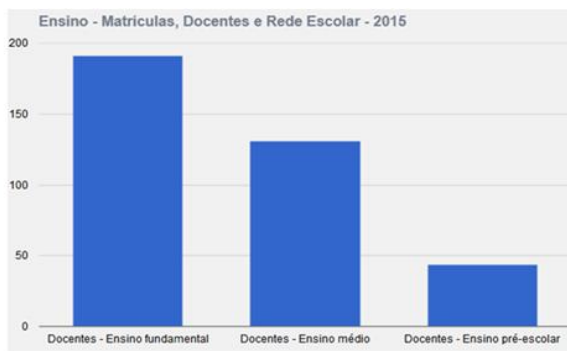


FONTE: IBGE

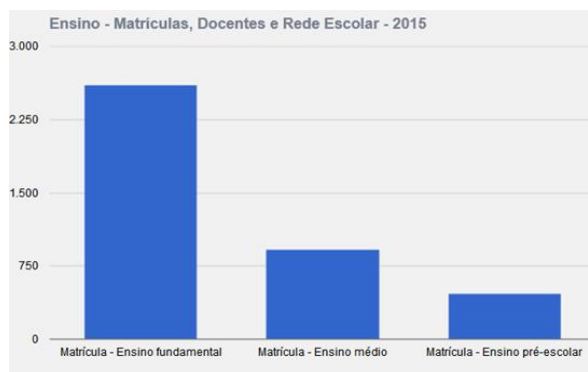
O número de matrículas de alunos no município de Coronel Vivida nos anos 2005, 2007, 2009, 2012 e 2015, pode-se observar no gráfico que os alunos do Ensino pré-escolar, nos anos 2005, 2007 e 2015, chegaram ao valor de 500 alunos, ficando com valores abaixo de 500 nos anos de 2009 e 2012.

Com referencia aos alunos matriculados nos ensino fundamental, percebe-se que os indicadores vem reduzindo sendo que em 2005 tínhamos, mais de 3,500 alunos matriculados e com comparação ao ano de 2015, 2.600 matriculados, redução de mais de 1000 matrículas no ensino fundamental em Coronel Vivida. Porém no ensino médio ocorre uma redução mas de menor proporção dos indicadores.

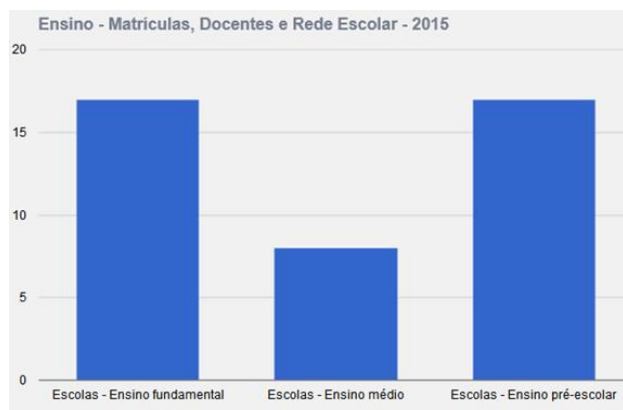
GRÁFICO 06 - NÚMERO DE MATRÍCULA, DOCENTES E REDE ESCOLAR DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA NO ANO DE 2015



Ensino - Matrículas, Docentes e Rede Escolar - 2015	
Docentes - Ensino fundamental	191 Docentes
Docentes - Ensino médio	131 Docentes
Docentes - Ensino pré-escolar	44 Docentes



Ensino - Matrículas, Docentes e Rede Escolar - 2015	
Matrícula - Ensino fundamental	2.608 Matrículas
Matrícula - Ensino médio	923 Matrículas
Matrícula - Ensino pré-escolar	468 Matrículas



Ensinho - Matrículas, Docentes e Rede Escolar - 2015	
Escolas - Ensino fundamental	17 Escolas
Escolas - Ensino médio	8 Escolas
Escolas - Ensino pré-escolar	17 Escolas

FONTE: IBGE 2015

Nos gráficos do ensino do ano de 2015 em Coronel Vivida , podemos observar número de docentes, matrículas e escolas por ensino.

3.3.1 Taxa de analfabetismo

A taxa de analfabetismo, segundo a faixa etária, dados do IBGE apurados no ano 2010 demonstrou que, a faixa etária de 50 anos possui a mais alta taxa de analfabetismo 19,43%. Em segundo lugar encontra-se a faixa etária de 15 ou mais anos com 8,20% e o menor grupo da faixa etária de 15 a 19 de idade, com 0,76.

TABELA 12 - TAXA DE ANALFABETISMO DE CORONEL VIVIDA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – 2010

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	8,20
De 15 a 19	0,76
De 20 a 24	1,75
De 25 a 29	1,32
De 30 a 39	2,84
De 40 a 49	5,43
De 50 e mais	19,43

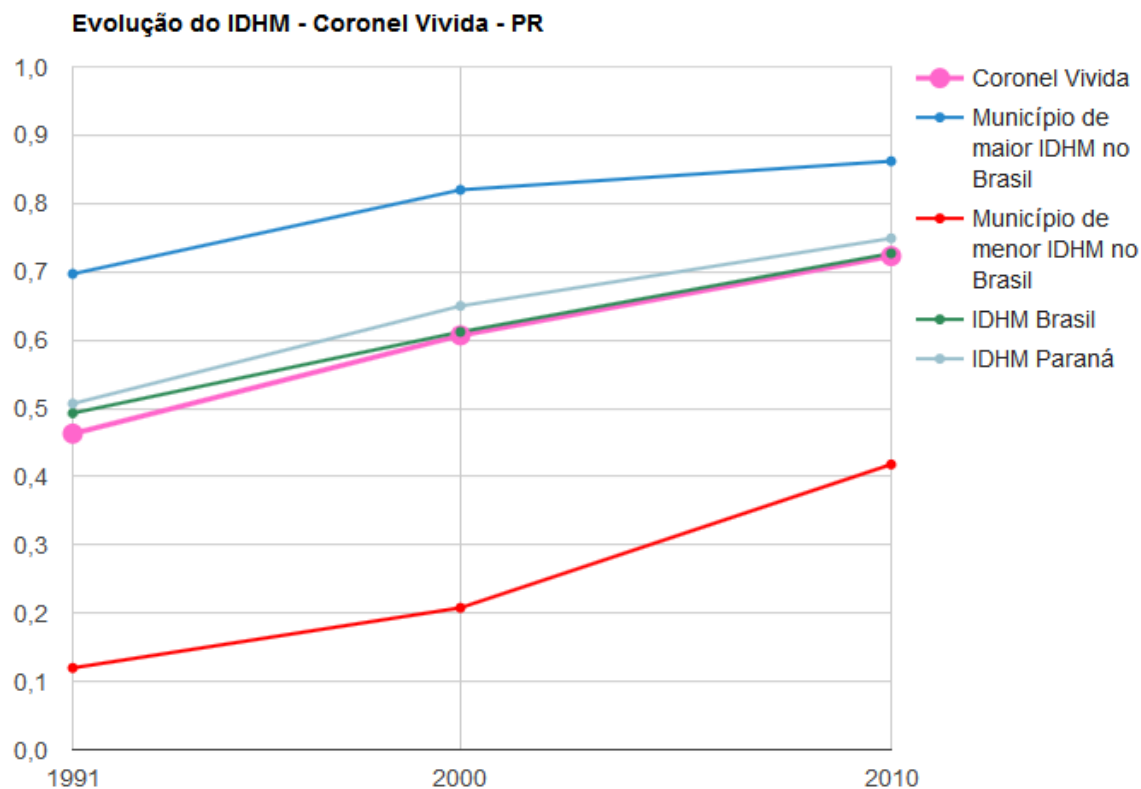
FONTE: IBGE - Censo Demográfico

Nota: Foi considerado como analfabetismo 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.

3.4 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH).

Entre os anos 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,463, em 1991, para 0,723, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 56,16% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 51,58% para o município e 53,85% para a UF

GRÁFICO 07 - EVOLUÇÃO DO IDHM – CORONEL VIVIDA – PARANÁ – BRASIL 1991 – 2000 - 2010

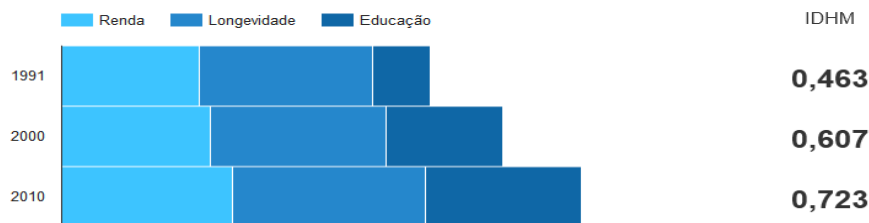


Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Avaliando o gráfico percebemos que o IDHM de Coronel Vivida, do Paraná e do Brasil, nos anos 1991, 2000 e 2010 analisados, tendência acendente, sendo bom para as três esfera, municipal, estadual e federal.

TABELA13 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) – 1991, 2000 E 2010

IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Componentes

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Coronel Vivida é 0,723, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,810, seguida de Renda, com índice de 0,714, e de Educação, com índice de 0,653.

No município de Coronel Vivida apresenta IDH-M de 0,723, medição ocorrida no ano 2010 (IPARDES), significando um médio grau de desenvolvimento. Na classificação estadual o Município está em 71^º. Lugar no ranking e no nacional ocupa 551^a posição.

TABELA 14 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E SEUS COMPONENTES – CORONEL VIVIDA – PR 1991 – 2000 – 2010

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,237	0,487	0,653
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	18,60	30,75	47,10
% de 5 a 6 anos na escola	28,83	68,96	88,94
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	44,83	76,03	85,31
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	22,52	70,17	77,13
% de 18 a 20 anos com médio completo	10,43	30,19	56,30
IDHM Longevidade	0,730	0,739	0,810
Esperança de vida ao nascer	68,78	69,32	73,58
IDHM Renda	0,574	0,621	0,714
Renda per capita	284,04	381,81	679,98

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

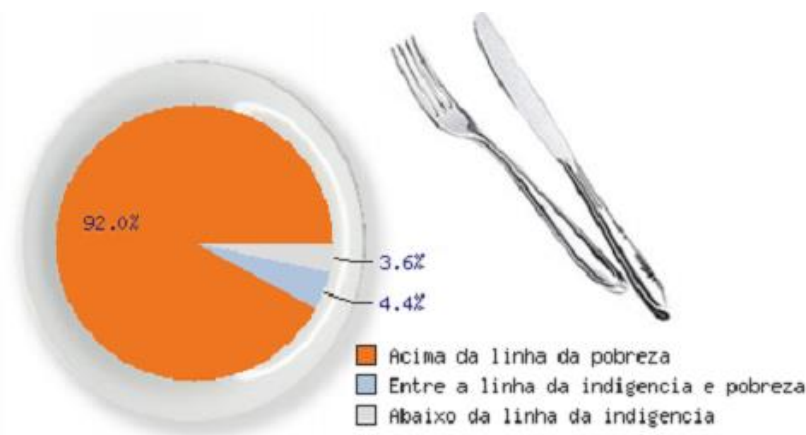
A evolução do IDHM passou de 0,607 em 2000 para 0,723 em 2010 - uma taxa de crescimento de 19,11%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite

máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 70,48% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,166), seguida por Renda e por Longevidade.

O IDHM passou de 0,463 em 1991 para 0,607 em 2000 - uma taxa de crescimento de 31,10%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 73,18% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,250), seguida por Renda e por Longevidade.

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,463, em 1991, para 0,723, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 56,16% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 51,58% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,416), seguida por Renda e por Longevidade. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por renda.

FIGURA 09 - PROPORÇÃO DE PESSOAS ABAIXO DA LINHA DA POBREZA E INDIGÊNCIA – 2010



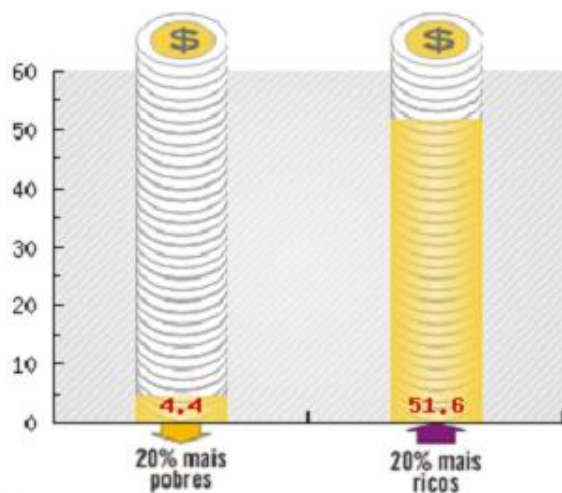
Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Neste município, de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 reduziu em 72,3%, para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 14,4%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a

renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda per capita até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

FIGURA 10 - PERCENTUAL DA RENDA APROPRIADA PELOS 20% MAIS POBRES E 20% MAIS RICOS DA POPULAÇÃO – 2010

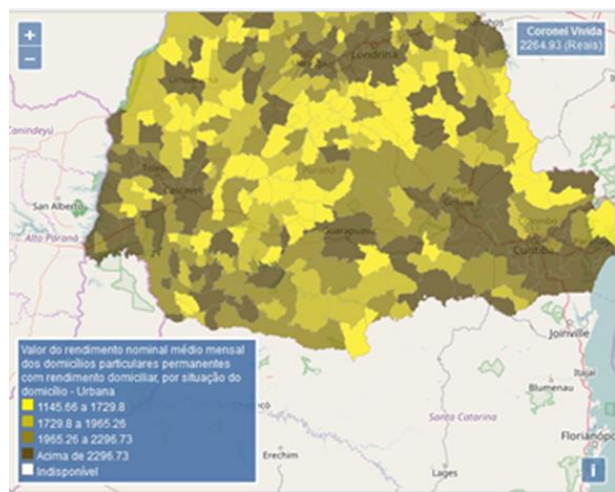


Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

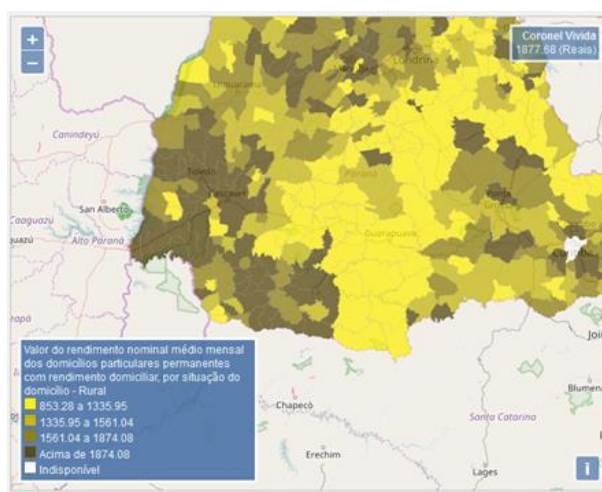
A participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 2,7%, em 1991, para 4,4%, em 2000, diminuindo os níveis de desigualdade. Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 51,6%, ou 12 vezes superior à dos 20% mais pobres.

FIGURA 11 - MAPA CARTOGRAFICO DO ESTADO DO PARANÁ COM OS VALORES DO RENDIMENTO NOMINAL MÉDIA MENSAL PER CAPTA DOS DOMÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES – URBANOS E RURAL DE CORONEL VIVIDA – 2016

URBANO



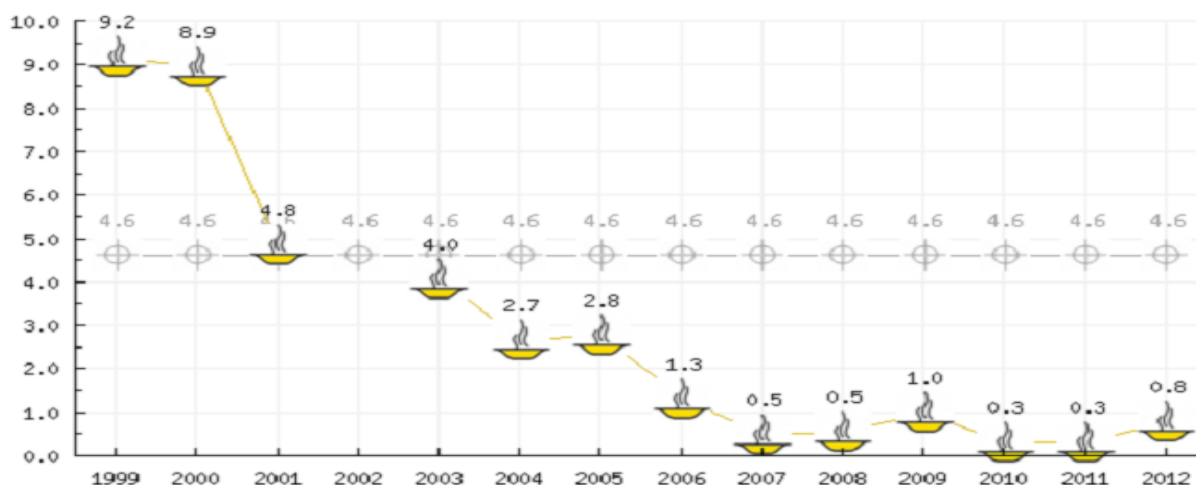
RURAL



FONTE: IBGE 2016

No Mapa cartográfico do estado do Paraná com os valores do rendimento nominal da média mensal per capita dos domicílios particulares permanentes da zona urbanas foi de 2.264,93 reais, sendo o valor maior que na zona rural de Coronel Vivida, que ficou em 1.877,68 reais por domicílio, dados do IBGE de 2016.

FIGURA 12 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DESNUTRIDAS - 1999-2012



Fonte: SIAB – DATASUS

No ano de 1999 a proporção de crianças menores de 02 anos desnutrição do município de Coronel Vivida era de 9,2%, mantendo-se elevado em 2000 com 8,9%, na sequência no ano de 2001, os indicadores diminuíram 50%, ficando 4,8%, sendo que nos anos seguintes os dados foram cada vez menor, chegando a 0,3% nos anos de 2010 e 2011, em 2012, percebe-se uma pequena elevação no valor 0,8% das crianças menores de dois anos desnutridas.

TABELA 15: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS 2015

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	NÚMERO	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	NÚMERO
Número de crianças pesadas	4.281	Número de crianças desnutridas	50

FONTE: MS/SIAB/ESUS

NOTA: Dados sujeitos a revisão pela fonte. Posição, no sistema do Datasus, 15 de março 2015.

Das 4.281 crianças menores de 2 anos pesadas no município de Coronel Vivida no ano de 2015, apenas 50 delas, apresentaram desnutrição, valor que equivale 1,16% das crianças pesadas, sendo assim percebe-se que o número de crianças menores de 2 anos de desnutrido, teve uma pequena elevação comparado os dados com o ano de 2012.

4 INFRAESTRUTURA

4.1 ÁGUA

O município conta com 103.343 Km de rede d'água atendendo a **100%** da população urbana. Vazão média captada é de 125 m/h e capacidade total dos reservatórios é de 950 m. Rede geral, com canalização interna de 6.466 domicílios beneficiando 16.697 pessoas.

Poços e nascentes, com canalização interna para 1.607 domicílios e sem canalização interna da rede geral com 241 domicílios.

TABELA 16 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO AS CATEGORIAS EM CORONEL VIVIDA – 2016

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS (1)	LIGAÇÕES
Residenciais	5.823	5.201
Comerciais	469	362
Industriais	48	48
Utilidade pública	45	43
Poder público	81	81
TOTAL	6.466	5.735

FONTE: SANEPAR

Com relação à categoria de abastecimento de água no município de Coronel Vivida, no ano de 2016, as residências atendidas são 5823, sendo 89,31% (5201) ligadas. Do comércio 469, com 77,18% (362) do comércio estão ligados o abastecimento de água. Industriais com 48, sendo 100% ligadas, utilidade pública tem na cidade de Coronel Vivida 45, sendo 95,55% (43) ligadas e do poder público são 81 unidades atendidas 100% ligadas.

TABELA 17: ABASTECIMENTO DE ÁGUA POR ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – JUNHO 2017

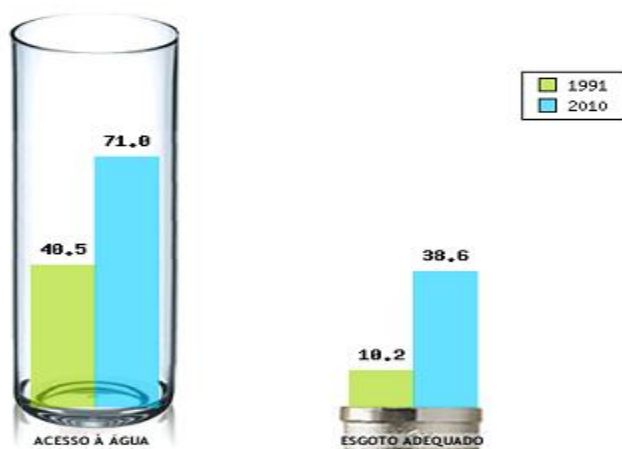
ESF/ Abastecimento de Água	Poço	Rede Encanada	Cisterna	Outro	Não Informado	TOTAL
NIS II	146	766	0	1	134	1047
MADALOZZO	82	744	0	0	4	830
VISTA ALEGRE	410	154	0	0	20	584
CAÇADOR	426	65	2	2	22	517
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	3	735	0	0	6	744
BNH	30	678	0	0	0	708
JARDIM MARIA DA LUZ	23	657	0	1	19	700
UAPSF DOS PIONEIROS	2	837	1	0	8	848
SÃO CRISTÓVÃO	426	467	1	1	6	901
TOTAL ESF	1548	5103	4	5	219	6879

FONTE: E-SUS

4.2 ESGOTO

No município de Coronel Vivida, em 2010, 71,0% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 38,6% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas.

FIGURA 13: PERCENTUAL DE MORADORES COM ACESSO A ÁGUA LIGADA À REDE E ESGOTO SANITÁRIO ADEQUADO - 1991-2010 – CORONEL VIVIDA.



FONTE: IBGE - Censo Demográfico - 1991 e 2010

Temos 40,90 % que corresponde a 49.085 m de rede de esgoto, atendendo 2.741 unidades atendidas no centro, e vários bairros do município de Coronel Vivida.

A central de tratamento de esgoto tem capacidade para 20 litros/segundo ou 72 m/hora.

TABELA 18: ATENDIMENTO DE ESGOTO SEGUNDO A CATEGORIA MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA – 2016

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS (1)	LIGAÇÕES
Residenciais	2.314	1.947
Comerciais	363	254
Industriais	5	5
Utilidade pública	24	22
Poder público	35	35
TOTAL	2.741	2.263

FONTA: SANEPAR - IPARDES

Com relação à categoria de abastecimento de esgoto no município de Coronel Vivida, no ano de 2016, as residências atendidas são 2314, sendo 84,14% (1947) ligadas. Do comércio 363, com 69,97% (254) do comércio estão ligados o abastecimento de esgoto. Industriais com 5, sendo 100% ligadas, utilidade pública tem na cidade de Coronel Vivida 24, sendo 91,66% (22) ligadas e do poder público são 35 unidades atendidas 100% ligadas a rede de esgoto.

TABELA 19: DESTINO POR RESIDÊNCIA DAS FEZES/URINAS - ESF – JUNHO 2017

ESF/ Escoamento	Rede	Fossa	Fossa	Direto	Céu	Outra	TOTAL
Banheiro/ sanitário	coletora	Séptica	Rudimentar	Rio/Lago	Aberto	Forma	
NIS II	542	64	304	0	0	137	1047
MADALOZZO	675	91	60	0	0	4	830
VISTA ALEGRE	2	215	340	0	2	25	584
CAÇADOR	4	277	209	0	2	24	516
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	10	406	313	2	7	6	744
BNH	1	3	703	0	0	1	708
JARDIM MARIA DA LUZ	485	152	43	2	0	18	700
UAPSF DOS PIONEIROS	18	46	780	0	0	4	848
SÃO CRISTÓVÃO	2	33	846	6	5	9	901
TOTAL ESF	1739	1287	3598	10	16	228	6878

Fonte: E-SUS

4.3 LIXO

TABELA 20: QUANTIDADE DE LIXO COLETADO

TIPO DE LIXO	CARGAS SEMANAIS	MÉDIA/SEMANAL Kg e ou litros	TOTAL/MENSAL
ORGÂNICO	14	17.857	250.000 kg
RECICLÁVEL	14	9.648	135.000 kg
HOSPITALAR	0,5	633,75	2.535 litros

COLETADO - 3753 RESIDÊNCIAS; 486 COMERCIAIS; 352 OUTRAS;

TABELA 21: DESTINO DO LIXO NAS RESIDÊNCIAS DOS ESF – JUNHO 2017

ESF/ Destino do Lixo	Coletado	Queimado	Céu Aberto	Outro	TOTAL
NIS II	778	138	1	3	920
MADALOZZO	796	25	1	3	825
VISTA ALEGRE	255	305	1	0	561
CAÇADOR	71	408	0	10	489
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	723	13	0	1	737
BNH	685	17	0	2	704
JARDIM MARIA DA LUZ	641	37	2	1	681
UAPSF DOS PIONEIROS	812	5	0	4	821
SÃO CRISTÓVÃO	413	475	1	1	890
TOTAL ESF	5174	1423	6	25	6628

FONTE: E-SUS 2017

FIGURA 14: APRESENTA OCORRÊNCIAS IMPACTANTES NO MEIO AMBIENTE.



FONTE: IBGE - Perfil Municipal – 2008

O município declara ter apresentado ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente nos anos de 2012, mas sem alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população. O município possui o Conselho Municipal de Meio Ambiente através da Lei Municipal nº 1.604/01 de 22 de maio de 2001. Não possui Fundo Municipal de Meio Ambiente, contou com recursos específicos da área ambiental e não realiza licenciamento ambiental de impacto local.

4.4 ENERGIA ELÉTRICA

Quanto à energia elétrica o município é servido por duas empresas: COPEL e FORCEL (FORÇA E LUZ)

TABELA 22: CONSUMO E NÚMERO DE CONSUMIDORES DE ENERGIA ELÉTRICA - CORONEL VIVIDA - 2016

CATEGORIAS	CONSUMO (Mwh)	Nº DE CONSUMIDORES (1)
Residencial	10.364	6.066
Setor secundário (Indústria)	21.402	185
Setor comercial	6.938	740
Rural	7.449	1.921
Outras classes (2)	4.550	134
Consumo livre (na indústria) (uso do sistema) (3)	-	-
TOTAL	50.704	9.046

FONTE: COPEL e Concessionárias CELES, COCEL, CFLO, CPFL e FORCEL.

- (1) Entende-se por consumidor as unidades consumidoras de energia elétrica (relógio).
- (2) Inclui as categorias: consumo próprio, iluminação pública, poder público e serviço público.
- (3) Refere-se ao consumo de energia elétrica da autoprodução da indústria. Inclui os consumidores atendidos por outro fornecedor de energia e os que possuem parcela de carga atendida pela COPEL. Distribuição e a outra parcela por outro fornecedor.

O número de consumidores por residência em Coronel Vivida no ano de 2016, sendo de 6,066 (67,05%) do total dos consumidores de energia elétrica com relógios marcando o seu consumo. Quando comparamos com o consumo com a zona rural, 1,921 consumidores de eletricidade, com (21,23%), o número é bem menor, pois a maioria da população vividense reside na zona urbana.

TABELA 23 - TIPOS DE ENERGIA ELÉTRICA NAS RESIDÊNCIAS - ESF – JULHO 2017

ESF/ Energia Eletrica	Sim	Não	Não informado	TOTAL
NIS II	877	48	122	1047
MADALOZZO	821	9	0	830
VISTA ALEGRE	555	10	19	584
CAÇADOR	485	14	17	516
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	712	32	0	744
BNH	702	6	0	708
JARDIM MARIA DA LUZ	674	10	16	700
UAPSF DOS PIONEIROS	816	32	0	848
SÃO CRISTÓVÃO	877	24	0	901
TOTAL ESF	6519	185	174	6878

4.5 HABITAÇÃO

Tabela 24 – NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO USO E TIPO

DOMICÍLIOS	URBANA	RURAL	TOTAL
TOTAL DE DOMICÍLIOS	5.273	2.379	7.652
Coletivos	1	-	1
Particulares	5.272	2.379	7.651
Ocupados	4.985	1.986	6.971
Não ocupados	287	393	680
De uso ocasional	52	130	182
Vagos	235	263	498

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

NOTA: Dados da sinopse.

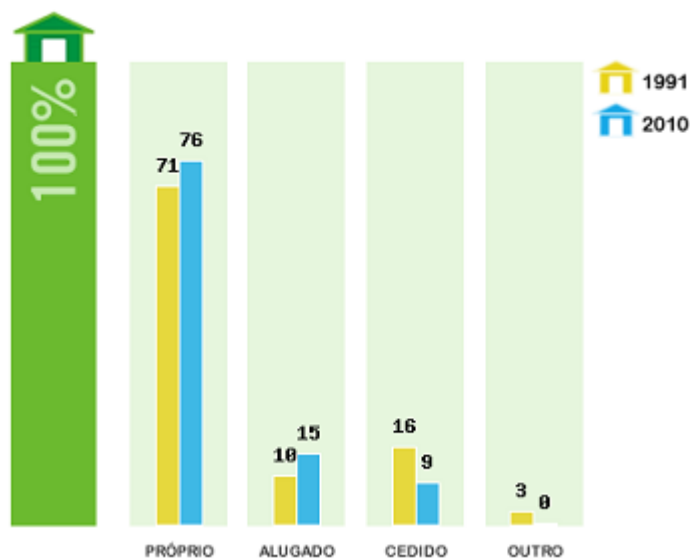
No total de domicílios 7.652 residências, 5.273 são do perímetro urbano (68,91%), zona rural 2.379 domicílios (31,08%). Das residências ocupadas no município, 4.985 estão na zona urbana (71,51%) na zona rural 1.986 (28,13%). Porém percebe-se que as casas vagas, a maioria encontra-se na zona rural (263).

TABELA 25: TIPOS DE RESIDÊNCIAS POR ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA - ESF – 2017 - JUNHO

ESF/ TIPOS DE CASAS	Alvenaria	Taipa	Madeira	Material Aprov.	Não infor.	Out. Materiais	TOTAL
NIS II	574	1	262	5	6	0	848
MADALOZZO	533	2	229	1	4	0	769
VISTA ALEGRE	231	5	316	7	1	2	562
CAÇADOR	235	2	222	24	7	0	490
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	260	6	333	32	5	96	732
BNH	515	0	189	0	0	1	705
JARDIM MARIA DA LUZ	439	7	231	2	1	2	682
UAPSF DOS PIONEIROS	602	1	149	2	8	1	763
SÃO CRISTÓVÃO	313	3	534	5	2	28	885
TOTAL ESF	3702	27	2465	78	34	130	6436

FONTE: E-SUS

FIGURA 15: PROPORÇÃO DE MORADORES SEGUNDO A CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO - 1991/2010



Como instrumento de planejamento territorial este município dispõe de Plano Diretor. O município declarou, em 2008, não existirem loteamentos irregulares e também favelas, mocambos, palafitas ou assemelhados. Neste município, não existe processo de regularização fundiária. Não existe legislação municipal específica que dispõe sobre regularização fundiária e com plano ou programa específico de regularização fundiária. Neste Município, em 2010, não haviam moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares).

Em 2010, 96,5% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 92,2% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). Para ser considerado proprietário, o residente deve possuir documentação de acordo com as normas legais que garantem os direitos da propriedade ou de aluguel. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atinge 90,7%.

4.6 CORREIOS

TABELA 26: QUANTIDADE DE AGENCIA DE CORREIO

AGÊNCIAS DE CORREIOS - 2016

AGÊNCIAS	NÚMERO
Agência de Correios (Próprias)	1
Agência de Correios comunitária	1

FONTE: ECT

TABELA 27: AGENCIAS BANCÁRIAS EM CORONEL VIVIDA

AGÊNCIAS BANCÁRIAS - 2016

AGÊNCIAS BANCÁRIAS	NÚMERO
Banco do Brasil	1
Caixa Econômica Federal	1
Outras (1)	2
TOTAL	4

FONTE: BACEN

NOTA: Posição em dezembro.

(1) Inclui agências de outros bancos comerciais, múltiplos e de investimentos.

TABELA 28: NÚMERO EMISSORAS DE RÁDIO E TELEVISÃO

EMISSORAS DE RÁDIO E TELEVISÃO - 2016

EMISSORAS	NÚMERO
Rádio	3
Televisão	-
Televisão digital	-

FONTE: ANATEL

5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO

Para reconhecimento do perfil epidemiológico do Município de Coronel Vivida, serão apresentados os indicadores de Natalidade, Mortalidade e Morbidade, além de informações complementares que possibilitem uma análise com maior aproximação da realidade de saúde da população.

Considerando o aspecto epidemiológico, os resultados do ano de 2016 o número de óbitos infantis menores de um ano de vida, ocorreram 03 casos, portanto a taxa de mortalidade infantil 8,62 por 1000 nascidos vivos, resultado considerando muito bom, sendo que taxa de mortalidade infantil menor de uma ano permaneceu com um dígito, o preconizado pelo Ministério da Saúde. No ano que passou, não ocorreu óbito materno. O número de nascidos vivos totalizou 348. A taxa de mortalidade geral foi de 7,26 por 1000 habitantes, significando um número absoluto de 168 óbitos.

5.1 MORTALIDADE INFANTIL E MATERNO

A diminuição dos óbitos infantis deve ser uma prioridade da rede de saúde, uma vez que a mortalidade infantil é o principal indicador de uma sociedade e demonstra também a qualidade dos serviços prestados a população.

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores epidemiológicos, revela as condições de saúde materno-infantil. Em 2008 ocorreram 8 óbitos infantis anual considerado alto, diante de tal fato foram programadas medidas a partir de 2009 para a redução da mortalidade infantil a saber o atendimento do gineco-obstetra diariamente no central e/ou UAPSF Unidade Básica de Saúde dos Pioneiros (Clinica da Mulher) implantação em diversas UBS do Curso de Gestantes com orientações da

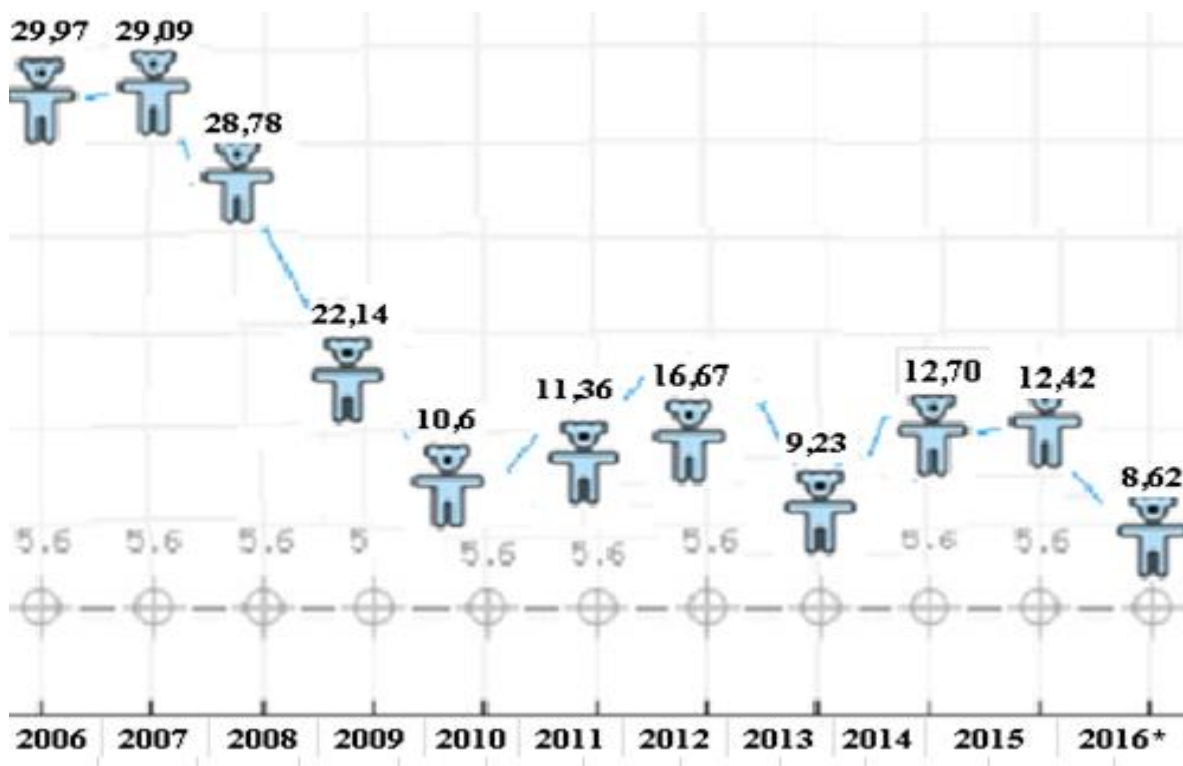
equipe multiprofissional, programa Nascer em Coronel Vivida mais Vida, o fortalecimento da Atenção Básica com a ampliação das ESF, estimular a constante vigilância assídua à gestante, o recém-nato e puérpera, com resultados positivos com o passar dos anos.

TABELA 29: SÉRIE HISTÓRICA 2006-2016 DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI)/ 1000 NASCIDOS

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
C.M.I	29,97	29,09	28,78	22,14	10,56	11,36	16,67	9,23	12,70	12,42	8,62

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal – SINASC – 2016* Dados preliminares

FIGURA 16 – GRÁFICO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DE CORONEL VIVIDA – 2006 A 2016



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O índice de mortalidade infantil teve uma redução expressiva, demonstrado no gráfico acima, reduzindo 28,78 em 2008 para 22,14 em 2009, em 2010 para 10,56, ano 2011 com 11,36 nascidos vivos; 2012 ocorreram pequena elevação no indicador 16,67. Mas no ano de 2013 o indicador retorna a

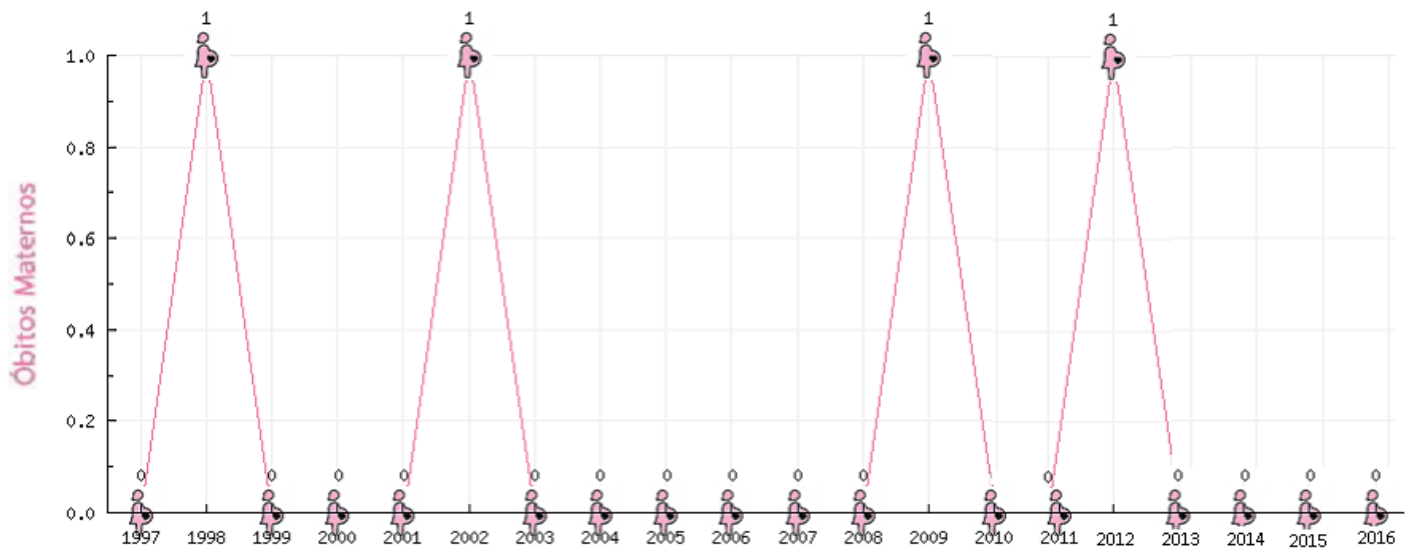
melhorar 9,23, ficando em 01 (um dígito) que é preconizado nos indicadores de mortalidade infantil. Conforme podemos observar em 2014 e 2015 os indicadores mantiveram-se em 12,70 e 12,42. Mas com o esforço de toda a equipe o indicador voltar para a casa de um dígito, 8,82. Devido ao investimento do municipal na saúde da mulher, melhorando a saúde materna e reduzindo a mortalidade infantil.

TABELA 30: PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE 0 A 5 ANOS POR CAUSAS EVITÁVEIS⁽¹⁾, SEGUNDO MUNICÍPIOS CORONEL VIVIDA - 2012-2015

MUNICÍPIO	REGIONAL DE	PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR			
	de saúde	2012	2013	2014	2015
Coronel Vivida	7ª	60,00	33,33	75,00	75,00

FONTE: IPARDES 2015

FIGURA 17: GRÁFICO COM O NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS 1997 A 2016



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Observamos no gráfico de óbitos materno ocorridos no município de Coronel Vivida, no decorrer dos últimos 19 anos, (1997 – 2016) ocorreram óbito materno nos anos de 1998, 2002, 2009 e 2012, totalizando 04 óbitos neste período. A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Pan-americanas de Saúde - OPAS é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, em 2010, esse número foi de 60,1; mas devido a subnotificações estaria próximo de 68,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa.

Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto). É importante que cada município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas das mortes.

5.2 MORTALIDADE POR CAUSAS - CID 10

TABELA 31: MORTALIDADE POR CAUSAS - CID10 – CORONEL VIVIDA - 2016

ÓBITOS SEGUNDO TIPOS DE DOENÇAS (CAPÍTULOS DO CID10 (1)) - GERAL - 2016

TIPOS DE DOENÇAS	CAPÍTULO	Nº DE ÓBITOS
Infeciosas e parasitárias	I	1
Neoplasias (Tumores)	II	42
Do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	III	1
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	IV	9
Transtornos mentais e comportamentais	V	-
Do sistema nervoso	VI	5
Do olho e anexos	VII	-
Do ouvido e da apófise mastóide	VIII	-
Do aparelho circulatório	IX	38
Do aparelho respiratório	X	26
Do aparelho digestivo	XI	6
Da pele e do tecido celular subcutâneo	XII	-
Do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	XIII	1
Do aparelho geniturinário	XIV	1
Gravidez, parto e puerpério	XV	-
Algumas afecções originadas no período perinatal	XVI	3
Mal formação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas	XVII	1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	XVIII	5
Causas externas de morbidade e mortalidade	XX	23
TOTAL DE ÓBITOS		162

FONTE: MS/Datasus, SESA-PR

Do total dos 162 óbitos ocorridos no ano de 2016, em 1º lugar com 42 óbitos (25,92%) ocorreram pelas Neoplasias (Tumores); em 2º lugar 38 casos (23,45%) a causa do óbito são originadas do aparelho circulatório; 3º lugar 26 óbitos (16,04%) são referentes ao aparelho digestivos e em 4º lugar 23 óbitos (14,19%) de causas externas de morbidades e mortalidades.

TABELA 32 - MORTALIDADE < DE 1 ANO A MENORES DE 05 ANOS POR TIPO DE DOENÇAS 2016 – CORONEL VIVIDA

ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO E EM MENORES DE 5 ANOS SEGUNDO OS TIPOS DE DOENÇAS (CAPÍTULOS DO CID10 (1)) - 2016

TIPOS DE DOENÇAS	CAPÍTULO	MENORES DE 1 ANO	MENORES DE 5 ANOS
Infeciosas e parasitárias	I	-	-
Neoplasias (Tumores)	II	-	-
Do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	III	-	-
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	IV	-	1
Transtornos mentais e comportamentais	V	-	-
Do sistema nervoso	VI	-	-
Do olho e anexos	VII	-	-
Do ouvido e da apófise mastóide	VIII	-	-
Do aparelho circulatório	IX	-	-
Do aparelho respiratório	X	-	-
Do aparelho digestivo	XI	-	-
Da pele e do tecido celular subcutâneo	XII	-	-
Do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	XIII	-	-
Do aparelho geniturinário	XIV	-	-
Algumas afeições originadas no período perinatal	XVI	1	1
Mal formação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas	XVII	1	1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	XVIII	1	1
Causas externas de morbidade e mortalidade	XX	-	-
TOTAL DE ÓBITOS		3	4

FONTE: MS/Datasus, SESA-PR

NOTA: Não incluído os casos de local ignorado. Dados sujeitos a revisão pela fonte. Para o ano de 2015, os dados são preliminares. Posição no site (MS/Datasus e SESA-PR), 27 de maio de 2016.

(1) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão Internacional de Doenças (CID10).

Analisando a tabela dos óbitos em menores de 1 ano de idade a menores de 05 de idade, ocorreu no ano de 2016, 07 óbitos. Dentre os menores de 01 ano de idade observou-se um óbito por algumas afeições originadas no período perinatal; 01 foi por mal formação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas e o terceiro não foi identificado a causa do óbito. Para os maiores de 01 ano até menores de 05 anos de idade foram 04 óbitos, destes 01 ocorreu por problemas endócrinos, nutricionais e metabólicos; outro (1) algumas afeições originadas no período perinatal; o terceiro por mal formação comossomicas e o quarto não foi classificado em outra parte.

5.3 MORBIDADE

Quanto ao tipo de doença ou estado de morbidade da população de maneira geral, se percebe claramente através dos controles de AIHs, que na maioria dos internamentos predomina as doenças crônicas e degenerativas: doenças respiratórias – cardiovasculares e neoplasias. Mais uma vez o componente idade versus doença muito marcante. A análise do quadro nosológico do município sugere as doenças mais comuns, ou mais preocupantes.

TABELA 33 - MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR INTERNAÇÃO - CAPÍTULO CID-10
MUNICÍPIO: 410650 CORONEL VIVIDA – PERÍODO:2016

Capítulo CID-10	Internações
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	96
II. Neoplasias (tumores)	33
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	25
V. Transtornos mentais e comportamentais	3
VI. Doenças do sistema nervoso	13
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	85
X. Doenças do aparelho respiratório	226
XI. Doenças do aparelho digestivo	165
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	177
XIII. Doenças sist.. osteomuscular e tec. conjuntivo	9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	104
XV. Gravidez parto e puerpério	235
XVI. Algumas afec . originadas no período perinatal	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	27
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	18
XXI. Contatos com serviços de saúde	177
Total	1427

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

TABELA 34: MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS – INTERNAÇÃO PELO SEXO

MUNICÍPIO: 410650 CORONEL VIVIDA – PERÍODO:2016

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49	47	96
II. Neoplasias (tumores)	10	23	33
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	14	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10	15	25
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	3	3
VI. Doenças do sistema nervoso	4	9	13
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	3	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	40	45	85
X. Doenças do aparelho respiratório	109	117	226
XI. Doenças do aparelho digestivo	58	107	165
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	71	106	177
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	6	9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	39	65	104
XV. Gravidez parto e puerpério	-	235	235
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	2	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12	15	27
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10	8	18
XXI. Contatos com serviços de saúde	71	106	177
Total	501	926	1427

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

TABELA 33: MORBIDADE HOSPITALAR - INTERNAÇÃO - POR CAPÍTULO CID-10 E FAIXA ETÁRIA 2
MUNICÍPIO: 410650 CORONEL VIVIDA – PERÍODO DE 2016

Capítulo CID-10	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	7	3	2	3	3	8	4	4	6	8	5	6	3	12	5	8	8	96
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	1	-	2	2	4	4	4	3	-	2	7	1	3	33
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	1	-	1	-	1	2	-	-	-	-	-	1	1	-	2	1	5	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	-	3	3	4	3	-	4	25
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	1	-	1	-	2	-	2	-	3	1	-	1	-	-	1	1	13
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	1	-	-	1	1	2	4	5	6	8	3	10	2	5	8	9	20	85
X. Doenças do aparelho respiratório	12	14	1	2	1	6	3	2	1	5	8	8	15	22	17	37	26	46	226
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	1	-	3	7	14	8	9	12	9	10	16	20	13	13	10	9	9	165
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	2	3	11	15	12	16	14	12	14	12	16	18	17	5	5	5	177
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	1	-	-	2	1	-	1	-	1	2	-	-	1	9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1	1	3	7	8	10	8	7	8	11	3	6	10	6	4	3	7	104
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	64	81	41	29	17	1	1	1	-	-	-	-	-	-	235
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	1	1	4	2	2	3	1	3	-	2	1	2	2	1	2	27
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	-	-	1	-	1	-	2	1	2	3	1	-	-	2	-	3	1	18
XXI. Contatos com serviços de saúde	15	15	3	2	10	14	14	12	20	9	4	7	8	14	3	6	8	13	177
Total	50	40	11	18	106	151	104	91	91	65	82	64	90	90	85	89	75	125	1427

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

5.4 AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES

TABELA 34: SÉRIE HISTÓRICA DAS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS

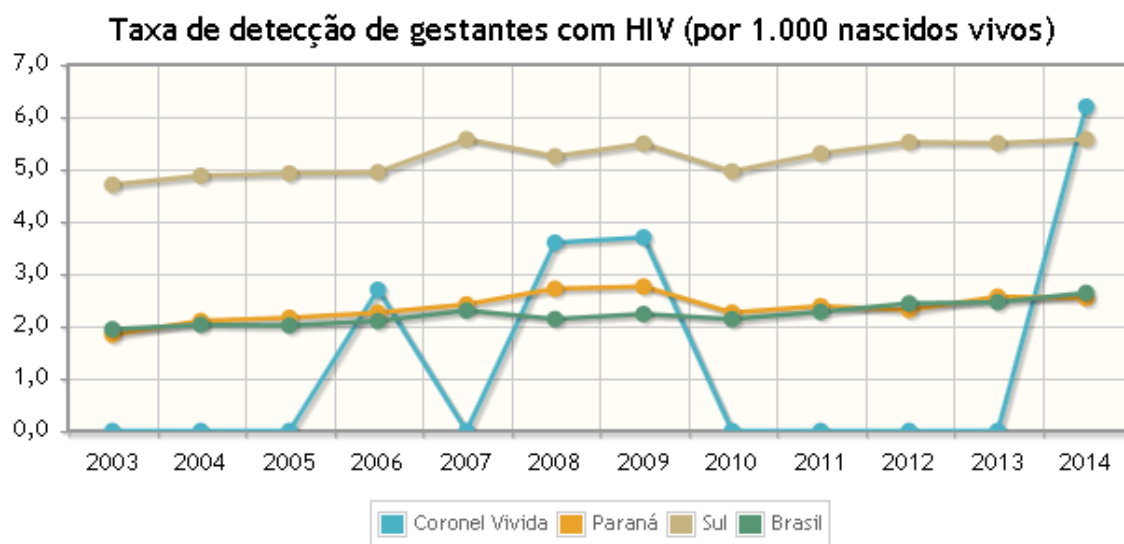
DEMONSTRATIVO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO SÉRIE HISTÓRICA DE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS

Ano População AGRAVO	2010 21.830	2011 21.830	2012 21.739	2013 22,035	2014 21.939	2015 21.842	2016 21.755
AIDS/HIV	01	01	02	01	06	08	12
Acidente com animal peçonhento	70	138	174	199	239	259	204
Atendimento Anti-rábico	53	57	74	79	116	102	87
Dengue	0	0	02 SUSP.	01 (import.)	05 (Susp. Neg)	02	02 (import.)

Doenças Exantemáticas	01	05	05	01	00	01	04
Hanseníase	03	03	02	0	01	00	00
Hepatites Virais	12	42	19	30	27	29	39
Intoxicação Exógena	02	10	21	50	51	53	48
Meningites	01	04	04	04	03	01	04
Sífilis em gestante	0	0	0	0	1	3	3
Sífilis congênita	0	0	0	0	06	28	45
Tuberculose	07	1	4	01	03	03	03
Varicela	31	37	144	15	76	79	37
Acidente de Trabalho Grave	06	12	17	06	04	07	05

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal – SINAN NET 2017

FIGURA 18: GRÁFICO DA TAXA DE DETECÇÃO DE GESTANTES COM HIV 2003 - 2014

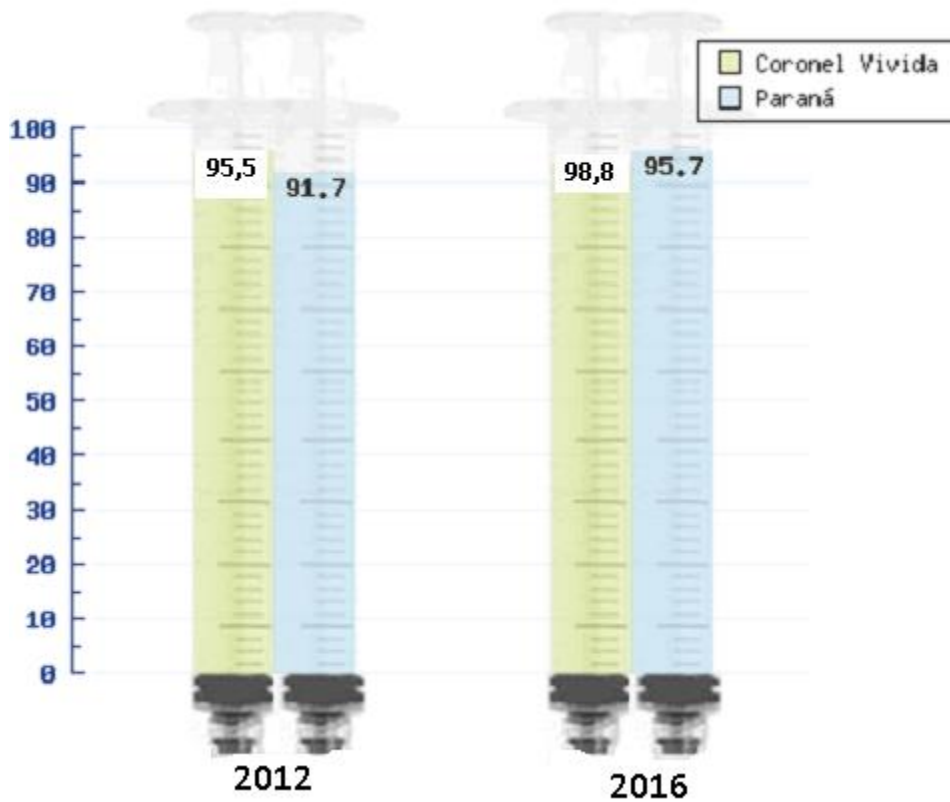


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

O município de Coronel Vivida teve casos de gestação com diagnóstico de HIV no anos de 2006, 2008, 2009 e 2014. Sendo que as mesmas foram acompanhadas na gestação. Fazendo uso de medicação e os bebês nascidos destas mães todos eles são soros negativos para HIV. Temos 01 diagnóstico de HIV em criança, sendo que a foi feito diagnóstico na segunda gestação da mãe, então testado o filho da gestação anterior, sendo que o mesmo tem o Vírus de HIV e está sendo acompanhado pela epidemiologia do município.

5.5 IMUNIZAÇÃO

FIGURA 19: PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINAÇÃO EM DIA - 2012-2016



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de imunização contra doenças infecto-contagiosas. Em 2012, 95,5% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia no município de Coronel Vivida indicadores acima do estado do Paraná com 91,7. No ano de 2016 o município de Coronel Vivida melhor seus indicadores comparados com o ano de 2012 e com relação ao estado o município permanece acima da média do esta.

5.5.1 Porcentagem da cobertura vacinal em menores de um ano

TABELA 35: COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO ROTINA ANO DE 2013

Coberturas Vacinais em menores de 1 ano de idade por tipo de vacinas															
Município	População	BCG		Meningocócica Conjugada C		Penta(DTP/Hib/HB)		Pneumocócica		Poliomielite		Rotavírus Humano		Febre Amarela	
		Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura
410650 - CORONEL VÍVIDA	260	325	125,00	279	107,31	309	118,85	307	118,08	310	119,23	303	116,54	279	107,31
TOTAL	260	325	125,00	279	107,31	309	118,85	307	118,08	310	119,23	303	116,54	279	107,31

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS);

TABELA 36 : COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO ROTINA ANO DE 2014

Coberturas Vacinais em menores de 1 ano de idade por tipo de vacinas															
Município	População	BCG		Meningocócica Conjugada C		Penta(DTP/Hib/HB)		Pneumocócica		Poliomielite		Rotavírus Humano		Febre Amarela	
		Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura
410650 - CORONEL VÍVIDA	300	303	101,00	319	106,33	324	108,00	340	113,33	325	108,33	322	107,33	337	112,33
TOTAL	300	303	101,00	319	106,33	324	108,00	340	113,33	325	108,33	322	107,33	337	112,33

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS);

TABELA 37: COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO ROTINA ANO DE 2015

Coberturas Vacinais em menores de 1 ano de idade por tipo de vacinas															
Município	População	BCG		Meningocócica Conjugada C		Penta(DTP/Hib/HB)		Pneumocócica		Poliomielite		Rotavírus Humano		Febre Amarela	
		Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura
410650 - CORONEL VÍVIDA	325	368	113,23	393	120,92	397	122,15	396	121,85	370	113,85	357	109,85	370	113,85
TOTAL	325	368	113,23	393	120,92	397	122,15	396	121,85	370	113,85	357	109,85	370	113,85

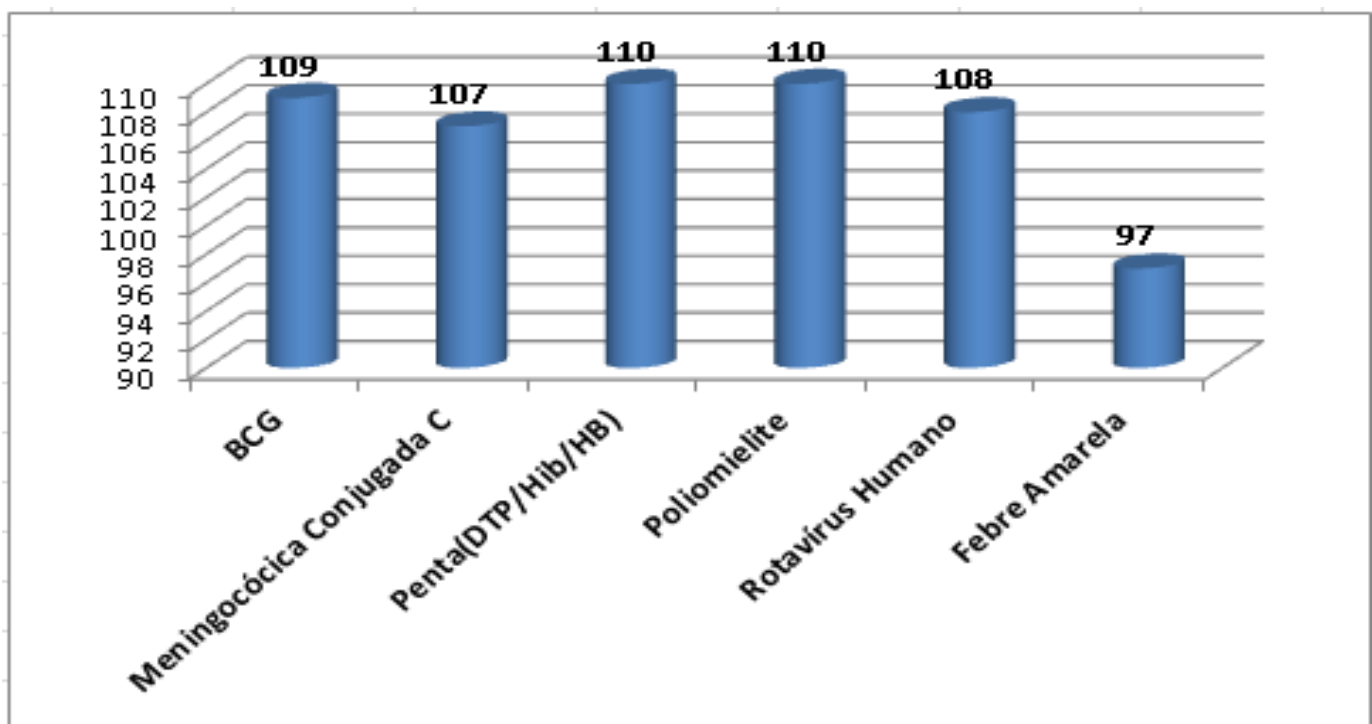
Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS);

TABELA 38: COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO ROTINA ANO DE 2016

Coberturas Vacinais em menores de 1 ano de idade por tipo de vacinas															
Município	População	BCG		Meningocócica Conjugada C		Penta(DTP/Hib/HB)		Pneumocócica		Poliomielite		Rotavírus Humano		Febre Amarela	
		Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura	Dose	Cobertura
410650 - CORONEL VÍVIDA	316	344	108,86	337	106,65	345	109,18	347	109,81	347	109,81	343	108,54	307	97,15
TOTAL	316	344	108,86	337	106,65	345	109,18	347	109,81	347	109,81	343	108,54	307	97,15

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS);

GRÁFICO 08: VACINAS DE ROTINAS < 01 ANO EM 2016

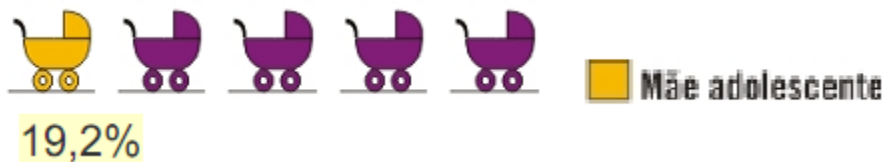


Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS);

Analisando os indicadores dos anos de 2013 a 2016, referentes a imunização de crianças menores de 01 ano de idade do município de Coronel Vivida, podemos perceber que os números de doses aplicadas estão se mantendo, os seis tipos de vacinas analisadas no período. Sendo que apenas a febre amarela atingiu 97% abaixo de 100%, conforme as demais.

5.6 NATALIDADE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

FIGURA 20: PERCENTUAL DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES ADOLESCENTES – 2016



FONTE: SINASC

O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante. Na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade. No município de Coronel Vivida, no ano de 2016 tivemos 19,2% das gestantes com idade inferior a 20 anos de idade.

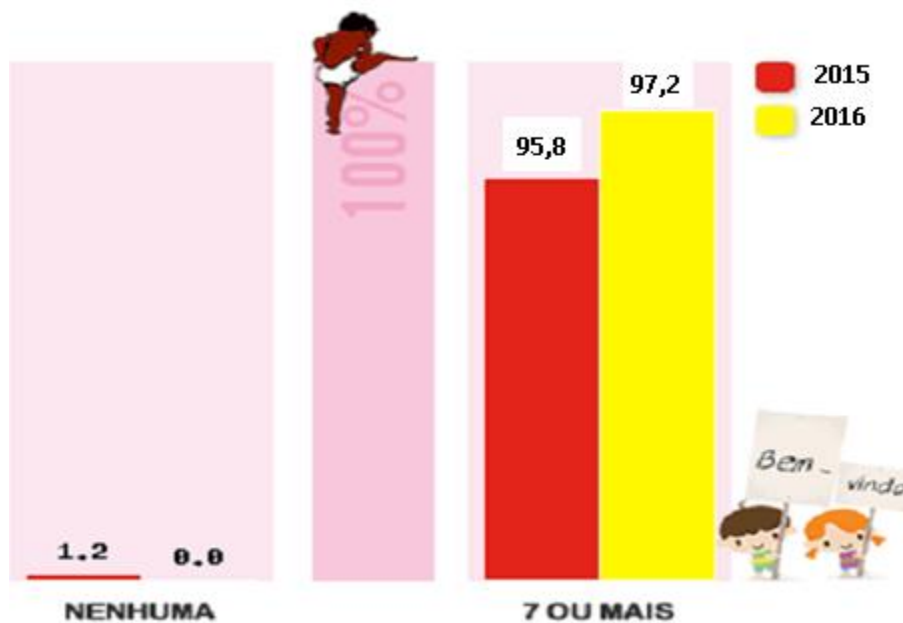
TABELA 39: SÉRIE HISTÓRICA DO TIPO DE PARTO OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA 2010-2016

SÉRIE HISTÓRICA DE TIPO DE PARTO 2011 A 2016 - por residência					
TIPO DE PARTO	VAGINAL	%	CESÁREO	%	TOTAL
2011	118	45,21	143	54,79	261
2012	135	45,00	165	55,00	300
2013	112	34,46	213	65,54	325
2014	88	27,84	228	72,16	316
2015	100	31,84	247	68,16	314
2016	101	29,02	247	70,98	348

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-MS); Dados Preliminares 2016

O número de partos cesáreos vem aumentando no município de Coronel Vivida, no ano de 2011 os indicadores foram de 54,79, mas nos anos de 2013 a 2016 os indicadores ultrapassaram 65% do partos cesáreo.

FIGURA 21: PERCENTUAL DE CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS POR NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS – 2016



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e parto seguros, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê. A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2015, no município, foi de 1,2%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 95,8%. Em 2016, no Município, 100,0% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

5.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde tem um papel fundamental na fomentação de ações de fiscalização, prevenção, monitoramento das condições ambientais reduzindo riscos a saúde da população, bem como no controle de doenças e agravos. Ela tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos

problemas de saúde. O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local.

5.8 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Lei nº 8.080, de 1990, define a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir o risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio-ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo 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 o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância Sanitária Municipal é responsável pela execução das ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador no Município, dentro do SUS, com o objetivo de promoção da saúde e prevenção de agravos, relativos ao consumo de bens e serviços de interesse à saúde e as interações com os ambientes de trabalho e de vida. Como controle de bens de consumo, podemos mencionar a vigilância de produtos, como, medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes domissanitários, entre outros, através de ações sanitárias em estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços, de registro destes produtos nos órgãos competentes (Ministério da Saúde, Secretaria de

Estado e Serviço de Inspeção Municipal), coleta de amostras de produtos para análise laboratorial, divulgação e educação em saúde para a população e profissionais de diversos segmentos. No que se refere a prestação de serviços, podemos mencionar a vigilância de estabelecimentos, tais como hospitais, clínicas médicas e odontológicas, consultórios, creches, restaurantes, lanchonetes, estabelecimentos escolares, entre outros, através de inspeção, verificação de procedimentos, divulgação e educação em saúde para a população.

Dentre as ações relacionadas ao meio ambiente, podemos mencionar o monitoramento da água para consumo humano (VIGIAGUA - por meio de coletas e análise em sistemas e fontes alternativas de água), o programa VIGISOLO (aonde se realiza o cadastramento para identificação de áreas com populações expostas a solo contaminado), o controle de resíduos, o controle de zoonoses, o controle e combate a endemias e a vigilância em situações de intoxicações exógenas.

A incorporação dos ACEs (agente de combate às endemias) nas equipes de saúde da família, vem fortalecer as ações de vigilância em Saúde no combate a Dengue. A vigilância sanitária tem papel importante no controle da dengue. Sua atuação deve ocorrer de forma integrada e articulada com as demais instituições. No que tange aos aspectos relacionados às ações rotineiras de vigilância sanitária, as inspeções de campo são iniciativas importantes e efetivas para o combate da doença. As inspeções sanitárias não se limitam aos lotes residenciais, abrangendo também o comércio, as indústrias, os prédios institucionais e outras atividades geradoras de risco da proliferação da dengue, subsidiando a avaliação e o gerenciamento de cenários que favoreçam criadouros dos mosquitos vetores da doença. Em suma, os objetivos básicos das inspeções no Programa de Controle da Dengue são: a) Identificar situações propícias ao criadouro do mosquito; b) Adotar as medidas educativas ou de intervenção, a partir das irregularidades constatadas; c) Comunicar as situações de risco à coordenação estadual ou municipal do programa de controle da dengue; d) Apoiar as ações do controle de dengue que necessitem de medidas legais.

Em ação conjunta, a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, devem investigar os acidentes graves de trabalho, estabelecendo-se um fluxograma que contemple as atribuições de cada setor envolvido. Ações de prevenção, vigilância sanitária e investigação epidemiológica em ambientes e processos de trabalho, nas áreas urbanas e rurais do município, devem ser planejadas e desenvolvidas a fim de que acidentes e agravos à saúde do trabalhador sejam evitados. Nesse sentido, foi elaborado o Diagnóstico de Situação da Saúde dos Trabalhadores de Coronel Vivida – 2017, para podermos organizar a rede do

SUS para garantir a atenção em saúde do trabalhador e criar medidas educativas preventivas para uma melhor qualidade da saúde do trabalhador.

6 GESTÃO EM SAÚDE

A sua proposta de atuação se consolida como resultado das reivindicações do movimento sanitário local. A municipalização das ações e serviços é assumida como município para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho municipal de Saúde no ano de 1989.

CONTROLE SOCIAL é visto como um elemento preponderante para efetivação do SUS, a partir da Lei 1.137 de 06/05/1991, reestruturou-se o Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços.

O Conselho Municipal conta com 16 integrantes, entre estes: prestadores, trabalhadores, Gestão e usuários. A eleição para Presidência do Conselho é realizada a cada 2 anos. As reuniões acontecem mensalmente sendo ordinárias ou extraordinárias quando necessário.

A última Conferência Municipal foi realizada no ano de 2015 onde foram elencadas todas as propostas levantadas nas Pré Conferências Municipais.

Todas essas iniciativas, associadas ao fortalecimento dos movimentos sociais, legitimamente organizados, visam ampliar os canais de participação do cidadão nas discussões e condução do sistema. Ressalte-se como prioridade, a efetivação do conselho. A manutenção de programa de capacitação permanente para exercício das funções de controle social, legitimando e ampliando o processo de discussão junto à comunidade. Outro canal importante de comunicação entre a gestão e a sociedade diz respeito a instalação do Sistema Municipal de Ouvidoria que foi no ano de 2007, mas somente em 13/09/2012 foi criado por lei nº 2.419 que institui Ouvidoria Municipal e utilizando o número de telefone o 160 oportunizando a população interagir com a direção municipal, fortalecendo os vínculos e favorecendo mudanças.

O Fundo Municipal de Saúde criado em 06 de maio de 1991, através da Lei nº. 1.137, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo a promoção de melhores

condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde, que estabelece em seu artigo 15 que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma Lei, no seu art. 9º estabelece que a direção do SUS deverá ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal de Saúde, criada por lei municipal, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos.

A Secretaria Municipal de Saúde atualmente, assume o processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento a Política de Saúde. O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde coerente com os objetivos da Política Nacional e Estadual da Saúde.

Constitui responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo município.

A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas pelo Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

6.1 FINANCIAMENTO

6.1.1 Análise em Relação ao financiamento

Considerando o custeio das ações do Sistema Municipal de Saúde, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automáticas entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos e recursos de Convênios), estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência Farmacêutica Básica, dentre outras previstas em atos normativos do MS e Convênios) e recursos próprios, advindos do Tesouro Municipal.

A Emenda Constitucional n.º 029/2000 preconiza a ampliação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter mensal/anual) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Hoje o município de Coronel Vivida disponibiliza cerca de 18,39% (Dados do Exercício 2017), com vistas a atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calçadas nos compromissos decorrentes do preconceito constitucional e da Missão Institucional.

O processo de elaboração dos orçamentos anuais procura compatibilizar as programações pactuadas em todos os níveis da estrutura da SMS, permitindo uma participação dos atores sócio-políticos, aliando as necessidades das ações e serviços com a disponibilização orçamentária, buscando equilíbrio entre responsabilidade e viabilidade técnico-operacionais, à luz dos instrumentos normativos pertinentes.

7 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Acesso com qualidade aos serviços de saúde, tendo como diretrizes a integração operacional da Vigilância e da Assistência à Saúde, a ampliação da rede própria de serviços, a consolidação da rede de referências e o fortalecimento das ações integradas de supervisão monitoramento e avaliação.

No que diz respeito ao planejamento familiar são realizadas através dos ESF's palestras educativas sobre a importância do planejamento, onde a população é cadastrada e orientada sobre os métodos contraceptivos, verificado o peso, a pressão arterial e fornecido os medicamentos de contracepção oral para as mulheres que desejam.

Quanto às gestantes, conforme preconizado pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense a identificação dos fatores de risco gestacional é fundamental para orientar o planejamento das ações de saúde obstétricas, deste modo, o município realiza a estratificação de risco de todas as gestantes atendidas, para viabilizar o atendimento conforme o grau de risco seja ele habitual, intermediário e alto risco.

São realizadas no município todas as consultas e partos de risco habitual, as gestantes estratificadas como risco intermediário são encaminhadas para atendimento o Centro Regional de Especialidades (CRE) através Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS) e os partos são referenciados ao Hospital São Lucas, Pato Branco. As gestantes classificadas como alto risco recebem todo

atendimento de pré-natal no Ambulatório de Alto Risco do Hospital São Lucas, onde também são realizados os partos.

Em média, as gestantes de risco habitual recebem nove consultas de pré-natal nos três trimestres da gestação, iniciando o atendimento nas suas Unidades de ESF de origem, e encaminhadas à equipe de obstetrícia do município a partir da 36ª semana de gestação para avaliação e acompanhamento pré-parto.

As gestantes de risco intermediário e alto risco realizam entre doze e quinze consultas de pré-natal intercaladas entre ambulatório especializado e Unidade de ESF de origem, com o intuito de melhor assistir o binômio mãe-filho.

Para o atendimento às crianças do município é disponibilizado um pediatra que realiza os atendimentos às crianças desde o nascimento até a segunda infância, sendo que não existe demanda reprimida neste setor. Também são realizadas campanhas de Aleitamento Materno com orientações, palestras e cartazes. O município conta ainda com o “Programa Nascer em Coronel Vivida mais VIDA” que tem por objetivo de melhorar os indicadores de Saúde, principalmente reduzir a mortalidade infantil. São realizadas visitas puerperais até o quinto dia pós-parto pela equipe de saúde da ESF para avaliação da puérpera e RN.

7.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Atualmente o ESF cobre 88% do município, são nove equipes distribuídas em pontos estratégicos para atender a demanda da população, sendo que destas, seis estão localizadas na área urbana e três na área rural. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem enquanto agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

7.1.1 Distribuição e áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família.

- 1 ESF CAÇADOR: Unidade locada na Comunidade do Caçador atende também as localidades de Linha Leite, São Joaquim, Lasquinha, Linha A. Camargo, Anita Garibaldi, Passo Bonito, Retiro do Pinhal, Alto Pinhal, Abundância, Jacutinga, Alto Jacutinga, Mediameira. L. Tortelli, Santo Antonio do Jacutinga e Linha Ferreira.
- 2 ESF CASA DE SAÚDE: Unidade locada no bairro São José Operário, abrange também o bairro Fleck.
- 3 ESF BNH: Unidade locada no bairro BNH abrange também os bairros Industrial, Primavera I, Primavera II, São João, Schiavini e Imaribo.
- 4 ESF VISTA ALEGRE: Unidade locada na comunidade Vista Alegre atende também às comunidades de Barra Verde, Bom Jesus, Rio Quieto, Santo Antônio do Salto Grande, São Brás, São Luis, Limeira, Palmeirinha e Santa Teresinha.
- 5 ESF CENTRAL: Unidade locada no centro abrange também os bairros Líder, Berger e parte do bairro São Luiz.
- 6 ESF JARDIM MARIA DA LUZ: Unidade locada no bairro Jardim Maria da Luz abrange também os bairros Vila Nova, Novo Horizonte e parte do bairro São Luiz.
- 7 ESF SÃO CRISTÓVÃO: Unidade locada no bairro São Cristóvão abrange também os bairros Palmeirinha, Alto Palmeirinha, Cristo Rei, Água do Lambedor, Santa Lúcia, São Pedro, São Sebastião, Caravagio e Alto Caravagio.
- 8 ESF MADALOZZO: Unidade locada no bairro Madalozzo abrange também os bairros Camillotti, Berger, Bela Vista, Frizon, Nossa Senhora Aparecida e parte do Centro.
- 9 ESF UAPSF: Unidade locada na Praça dos Pioneiros abrange os bairros Primavera II e São João.

7.1.2 Infraestrutura das unidades de ESF's

O município conta com 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que destas 06 estão locadas em área urbana e 13 em área rural, dispostos da seguinte forma:

TABELA 40 – INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

ÁREA	UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO	ÁREA EM M ²	DATA DE INÍCIO	ENFERMEIRA(O)
ESF 01	CAÇADOR	Comunidade Caçador, S/N	130m ²	2000	Sandra Raquel Marx
	SÃO JOÃO DO ALTO JACUTINGA	Comunidade São João do Alto Jacutinga	110m ²	2017	Sandra Raquel Marx
	JACUTINGA	Jacutinga	110m ²	1986	Sandra Raquel Marx
	ABUNDÂNCIA	Comunidade Abundância	80 m ²	1991	Sandra Raquel Marx
	LINHA LEITE	Comunidade Linha Leite	60 m ²	2017	Sandra Raquel Marx
	PASSO BONITO	Comunidade Passo Bonito	60 m ²	1996	Sandra Raquel Marx
ESF 02	CASA DA SAÚDE	Rua Primo Zeni, S/N	132m ²	2005	Maritza Barbosa dos Santos
ESF 03	BNH	Rua José Foppa, 233	280m ²	1991	Íres Meneghetti Bigolin

ESF 04	VISTA ALEGRE	Comunidade Vista Alegre	110m ²	1986	Ediane dos Santos
	SANTO ANTONIO DO SALTO GRANDE	Comunidade Santo Antônio do Salto Grande	80 m ²	1989	Ediane dos Santos
	BARRA VERDE	Comunidade Barra Verde	110m ²	1987	Ediane dos Santos
ESF 05 e Secretaria Municipal de Saúde	UNIDADE CENTRAL	Rua Romário Matins nº154	1095,73 m ²	2008	Elisangela Ferreira Rodrigues
ESF 06	JARDIM MARIA DA LUZ	Rua Celeste Foppa, 283	133m ²	2005	Jaiana Kevilin Gubert Zakaluka
ESF 07	SÃO CRISTOVÃO	Rua Orestes Bagio, 73	120m ²	2009	Juliana Dall Igna Colferai
	SANTA LÚCIA	Comunidade Santa Lúcia	156m ²	1998	Juliana Dall Igna Colferai
	PALMEIRINHA	Comunidade Palmeirinha	153m ²	2003	Juliana Dall Igna Colferai

ESF 08	MADALOZZO	Rua Sete de Setembro, 132	626,20 m ²	2017	Filipe Augusto Perizzolo
ESF 09	UAPSF – OS PIONEIROS	Praça dos Pioneiros	256,62 m ²	2011	Dircéia Borges Fernandes
ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL	BR 373, s/n Comunidade Passo Liso	166,53 m ²	2016	Jacqueline Fracaro Ruffatto

7.2 TRANSPORTE

A Secretaria Municipal de Saúde conta com dois ônibus e cinco ambulâncias para os quais são elaborados cronogramas de transporte para atendimentos médico, odontológico e exames que precisam ser realizados fora do município.

A saúde conta ainda com um ônibus terceirizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS) que realiza transporte diário de pacientes para o atendimento de alta complexidade em Curitiba/PR.

Para a condução o município dispõe de cinco motoristas com capacitação em primeiros socorros, sendo um para rodízio com os dois ônibus, conforme a demanda de pacientes, três de ambulância para transporte geral e um de ambulância para transporte para hemodiálise.

7.3 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Para garantir à população a Universalidade de acesso, em que todo e qualquer cidadão tenha garantido a atenção em saúde, temos trabalhado em função de levar equipes de saúde bucal a todos os

ESF's do município. Atualmente a cobertura de Saúde Bucal para a população é de 50% segundo indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (COAP).

A Saúde Bucal no município de Coronel Vivida conta com dez clínicas odontológicas sendo quatro na área rural (Abundancia, Vista Alegre, Caçador e Santa Lúcia) e seis na área urbana (São José Operário, Jardim Maria da Luz, BNH, São Cristóvão, Centro e Pioneiros). Garantir a População melhor acesso aos atendimentos nas especialidades odontológicas através do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, mantendo e melhorando a estrutura física bem como capacitando sempre os profissionais que ali atuam.

SAÚDE MENTAL

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I e CAPS AD III funcionam como articuladores da rede de atenção de saúde mental no município, e lhes compete a tarefa de promover a reinserção social dos indivíduos que estão em situação de sofrimento mental, transtorno ou dependência química, e exige uma articulação ampla, desempenhada com variados componentes e recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços.

O CAPS I tem a função de prestar atendimento clínico de atenção diária, com acolhimento diurno de usuários com transtornos mentais graves e persistentes, preservando e fortalecendo os laços sociais do usuário em seu território. O processo de trabalho inclui estratificação do risco em Saúde Mental, elaboração de plano terapêutico individual, oficinas terapêuticas coletivas, matriciamento do cuidado, articulando a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, bem como o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Ao CAPS AD III compete o serviço ambulatorial de atenção contínua, que funciona 24 horas diárias, inclusive feriados e finais de semana. É um serviço específico para a atenção integral e continuada às pessoas em sofrimento mental, transtornos severos e persistentes em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Este serviço é oferecido no município de Coronel Vivida em parceria com municípios vizinhos, na forma de consórcio intermunicipal, que tem como objetivo suprir as necessidades de atendimento psiquiátrico voltado à dependência química da região.

7.4 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF) têm o objetivo de apoiar a Atenção Básica, ampliando as ofertas promoção e prevenção de saúde, aumentando a qualidade dos serviços e

oferecendo maior resolutividade. Deste modo, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e têm como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado.

A equipe multiprofissional conta com Educador físico, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista, Médico ginecologista, Médico pediatra, Farmacêutica que atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e está dividido em nove áreas estratégicas de atuação, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

8 ATENÇÃO À SAÚDE EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento com apoio do Complexo Regulador. As Unidades de Saúde estão organizadas a partir da Estratégia Saúde da Família, do Acolhimento com Classificação de Risco, da Estratificação de Risco das Condições Crônicas e, estão sendo qualificadas para Gestão do Cuidado através das Redes de Atenção à Saúde.

Os casos que demandam atendimentos especializados de média e alta complexidade das especialidades clínicas são referenciados para os serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados e credenciados, como a Instituto Medico Nossa Vida, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio o CONIMS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pato Branco, sendo este o serviço com maior oferta de consultas especializadas e outros credenciados.

Fazem parte da rede os prestadores de serviços estaduais, filantrópicos e privados, que compõem as redes de atenção à saúde. A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes no município de Pato Branco atende a região com a oferta e atendimento nas diversas áreas, incluindo media ortopedia(alta estamos sem referencia), neurologia, endocrinologia, dermatologia, pequenas cirurgias, cardiovascular, oftalmologia, transplantes, reabilitação funcional global e gestação de alto risco. A incorporação tecnológica na área especializada tem sido significativa principalmente na área de cirurgias ambulatoriais como urologia, gastroenterologia, vasectomia, oftalmologia, vascular e saúde auditiva (próteses) entre outros.

Média e Alta complexidade como um conjunto de serviços complementares à atenção Básica, organizados numa rede hierarquizada de referencia e contra referencia, cujos mecanismos de acesso

obedeçam às regras de regulação assistencial de modo a garantir integralidade, equidade e resolubilidade. A estimativa da população de Coronel Vivida para 2017 é de 21.755 habitantes.

TABELA 41 - PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS CONFORME PORTARIA Nº 1.101/2002

	Parâmetros	Necessidade/ Mês	Necessidade / Ano
Total de Consultas	População x 2 = A	3.626	43.510
Total de Consultas Básicas	63,0 % de A	2.284	27.411

TABELA 42 - META DE EXAMES LABORATORIAIS MÊS E ANUAIS

PATOLOGIA CLÍNICA			
	Parâmetros	Necessidade/ Mês	Necessidade / Ano
Patologia Clínica	50,0 % de A = I	1.812	21.755
Exames Básicos: I a VI, Microbiologia	80,30 % de I	1.455	17.469
Hormônios I a VIII Imunologia I, II e III	10,50 % de I	190	2.284
Exames Especiais de Imunologia IV a XII, Genética, Patologia Clínica Ocupacional I, II, III e IV, Líquido Amniótico, Sinovial, Derrame, Líquor I e II, Suco Gástrico, Urina I, II e III	7,10 % de I	128	1.544
Medicina Nuclear "In Vitro" I, II e III	2,10 % de I	38	457

TABELA 43 - META DE EXAMES DE ULTRASONOGRAFIA

EXAMES ULTRA ULTRASOGRÁFICOS			
	Parâmetros	Necessidade/ Mês	Necessidade / Ano
Exames Ultra-Sonográficos	1,5 % de A = F	54	648
Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX	76,71 % de F	41	492
Ecocardiografia V e VI	23,29 % de F	12	144

TABELA 44 - META PARA RADIOLOGIA MENSAL E ANUAL.

RADIODIAGNÓSTICO			
	Parâmetros	Necessidade/ Mês	Necessidade / Ano
Radiodiagnóstico	5,0 % de A = E	181	2.172
Raio X - Simples e Contrastados	94,75 % de E	172	2.068
Radiodiagnóstico I e II	4,63 % de E	8	101
Proc. Esp. Radiologia I, II, III, IV e V	0,32 % de E	1	7
Angiografia	0,24 % de E	0	5
Neuroradiologia	0,06 % de E	0	1

Portarias nº 1.101

TABELA 45- PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA A POPULAÇÃO DE CORONEL VIVIDA CONFORME PORTARIA Nº 1.101/2002

	Parâmetros	Necessidade/ Mês	Necessidade / Ano
Total de Consultas	População x 2 = A	3.626	43.510
Total de Consultas Básicas	63,0 % de A	2.284	27.411
Total de Consultas Básicas de Urgência	12,0 % de A	435	5.221
Total de Consultas Pré-Hospitalar	3% de A	108	1.305

e Trauma			
Total de Consultas Especializadas	22 % de A = B	797	9.572
Total de Consultas em Odontologia	0,50 de A = AC	1.813	21.755

8.1 ASSISTENCIA DE URGENCIA E EMERGENCIA

O município de Coronel Vivida foi habilitado pela Portaria nº 2.384 de 18/08/2010 DOU 19/08 para receber recursos financeiros de investimento para implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA de Porte I, cujo proponente foi a Prefeitura Municipal de Coronel Vivida/PR, tendo recebido recursos da ordem de R\$ 1.400.000,00 para construção, mobiliário e equipamento, conforme Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009, vigente à época. A UPA 24 h de Coronel Vivida é um dos componentes da Rede da Secretaria de Saúde de Coronel Vivida.

Está localizado na Rua Romário Martins, nº 154 atendendo a população de Coronel Vivida e dos municípios de Honório Serpa, Mangueirinha, Saudade do Iguaçu, Sulina e São João do Estado do Paraná. A unidade é cadastrada no CNES com número 7096518, prestando atendimento predominantemente ambulatorial de baixa e média complexidade a partir de uma demanda predominantemente espontânea. A portaria GM/MS nº 2.914, de 20 de dezembro de 2012 estabeleceu recursos de custeio no montante de R\$ 1.200.000,00 (Um milhão e duzentos mil reais), a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade no Município de Coronel Vivida (PR) e a portaria GM/MS nº 1.126, de 06 de junho de 2013, a primeira qualificação Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e estabelece recursos no montante de R\$ 840.000,00 (Oitocentos e quarenta mil reais), a segunda qualificação em junho de 2015, através da Portaria nº 2.187 de 18 de dezembro de 2015, a próxima será no ano de 2018. Os recursos são disponibilizados ao Estado do Paraná e Município de Coronel Vivida (PR) - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Ela é a porta de entrada para as urgência e emergências do município, quando a necessidade para referendar para o hospital onde a gestão tem um contrato firmado entre o município de Coronel Vivida e o Instituto Médico Nossa Vida para prestação de serviços médicos e hospitalares nos casos de transferências para internações.

A grande maioria dos procedimentos da Alta complexidade são realizados no município de Pato Branco assim distribuídos:

Hospital Policlínica: cardiologia, nefrologia, oncologia.

Hospital São Lucas: Neurologia, Gestação de alto risco, vascular. O município não possui referencia na alto complexidade na ortopedia.

8.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

A regionalização do SAMU/192 atendeu ao amplo conceito da saúde como direito social e de cidadania, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde, conforme disposto no Artigo II da Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nesse sentido, a implantação da Central SAMU/192 Regional foi a resposta de Pato Branco ao chamamento do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), assumindo a responsabilidade enquanto polo macrorregional e realizando regulação assistencial de urgência e emergência dos municípios da 07 e 08ª RS.

A instalação rede do **SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na região que tem por objetivo a operacionalização do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência; A coordenação é realizado através de regulação e supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares. Outra importância é de realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se faz necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital. Por ultimo o importante que o SAMU tem planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes.

O SAMU Sudoeste com sede da Central da regulação em Pato Branco foi habilitado pela Portaria nº 148, de 4 de fevereiro de 2013, habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Municipal de Coronel Vivida/PR, possui 01 (uma) Equipe de Suporte Básico. Este pleito foi necessidade e o desejo de uma população que a mais de uma década vem sofrendo dificuldades de acesso ao serviço de urgência e emergência 24 horas. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um programa dos governos Federal Estadual e Municipal e tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgência e emergência.

Com estrutura bem montada e profissionais altamente qualificados, o SAMU 192 consegue reduzir sensivelmente o número de óbitos, tempo de internação hospitalar e sequelas decorrentes da falta de um socorro em tempo hábil. O SAMU 192 funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e, à população dos 42 municípios que compõem a macrorregião, beneficiando 619.867 habitantes. A iniciativa de regionalização do SAMU resultará na redução de mil morte/ano na região. Ao chamar o SAMU pelo 192, o cidadão é atendido por técnicos de enfermagem treinados e por médicos reguladores que orientam de acordo com a situação relatada pelo solicitante ou enviam uma unidade para o atendimento.

A equipe do SAMU 192 é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores-socorristas. Para o atendimento móvel, o SAMU 192 dispõe de dois tipos de ambulância: a Unidade de Suporte Básico (USB) e a Unidade de Suporte Avançado – USA (UTI Móvel). A USB é utilizada em casos de urgência, quando é preciso o pronto atendimento, mas não há risco de morte iminente. Nestes casos, o resgate é feito por um condutor-socorrista e um técnico de enfermagem. Já a USA é acionada em casos de emergência, quando há necessidade de intervenção médica imediata. Nestes casos, o resgate é feito por um condutor-socorrista, um médico e um enfermeiro.

8.3 CENTRO DE REFERENCIA DE ESPECIALIZADOS - CRE

No que se refere ao atendimento ambulatorial da média complexidade, a gestão foi ampliada enormemente. Hoje nossa capacidade instalada de atendimento está centrada na CONIMS - Consórcio Intermunicipal de Saúde localizado no município de Pato Branco deve ser espaço físico ampliado e melhorado objetivando o atendimento aos pacientes do SUS, onde são realizados a grande maioria dos procedimentos de média eletivos.

8.4 ASSISTENCIA HOSPITALAR

O Município de Coronel Vivida possui 01 hospital que mantém convênio com Sistema Único de Saúde (SUS) o Instituto Médico Nossa Vida é a referência da rede municipal de Saúde. As internações são feitas através da referência vindas Unidades Básicas de Saúde do Município e/ou UPA Unidade de Pronto Atendimento. Estão à disposição dos usuários do SUS os seguintes leitos: O contrato firmado entre o Município de Coronel Vivida e o Instituto Médico Nossa Vida para prestação de serviços médicos

e hospitalares nos casos de urgência/emergência, todos são encaminhados para Unidade de Pronto Atendimento.

TABELA 46 - DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS POR ESPECIALIDADES NA UNIDADES HOSPITALAR.

Unidades Hospitalares				Leitos Por Especialidades									
Atenção Básica	Nº Unidades	Nº de Leitos		Clínica Médica		Clínica Cirúrgica		Pediatria		Isolamento		Ginecologia/Obstetrícia	
		Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS
Convenidas	01												
		56	52	32	28	08	08	07	07	1	1	8	8

Fonte: SNES 06/2013

A cota mensal de internações é de 137 AIH's (autorização de internações Hospitalares) no Instituto Médico Nossa Vida 19 mês alocada entre os Hospitais com 18 AIH's e Policlínica.

TABELA 47 - DEMONSTRATIVO DOS CUSTOS MÉDIO DA AIHS

	Nº de AIH's Mensais	Nº de AIH's anual	Custo médio	Valores anuais
Instituto Médico Nossa Vida	137	1.644	408,75	671.985,00
	19	228	408,75	93.195,00
Resolução nº 166/2016			110.000,00	1.320.000,00
Pato Branco	18	216	1.300,00	280.800,00

A rede da média e alta complexidade no município teve um crescimento notório no que se refere ao controle e a avaliação. Em 2016 foram totalizados R\$ 765.000,00 no teto financeiro da média complexidade hospitalar e ambulatorial recursos do Ministério da Saúde. O Estado proporcionou um incremento financeiro no valor de R\$ 1.320.000,00 anual, através da resolução nº166 de 2016 que institui incentivo de custeio e fixa as diretrizes para adesão a estratégia de estruturação das portas de

entrada da Rede Paraná Urgência, visando o Apoio e Qualificação a Municípios de Gestão Ampliada como Referência Microrregional do Sistema Único de Saúde do Paraná. Hoje o município consegue acompanhar o paciente e somente referendar quando não há possibilidade de solução local.

8.5 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O município fez a solicitação ao Ministério da Saúde no sistema SIAPS na proposta nº 13.337, solicitando a adesão ao programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. Conforme a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as que fazem parte do Programa Melhor em Casa.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente.

9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O ciclo da Assistência farmacêutica no município de Coronel Vivida é organizado a partir da farmácia central, localizada no NIS II – Centro de Saúde Dra Caldisse De Carli, onde a farmacêutica responsável atua, além desta compõe a equipe da farmácia dois auxiliares administrativos e, um estagiário, nas demais unidades de saúde a dispensação é realizada pela equipe de enfermagem.

A farmácia central e as demais unidades de saúde da área urbana dispensam medicamentos aos usuários através de sistema informatizado, as unidades da área rural não possuem sistema informatizado. A partir de dado das unidades que possuem sistema para dispensação no ano de 2016 foram atendidos 64.373 usuários, destes 45.526 foram atendidos na unidade central, em unidades foram dispensadas 3.906.979. Em valores esses medicamentos representaram um custo de R\$ 562.311,45 valor este pago com os recursos federal, estadual e do município.

Avaliando os medicamentos dispensados, por grupo, segundo a curva ABC, os medicamentos controlados, ou seja, sujeitos à Portaria 344/98, os suplementos alimentares, antirretrovirais, antimicrobianos e anti-hipertensivos compõe a classificação A, da curva. Sendo que, os medicamentos controlados representaram 38,5% do custo em medicamentos no ano de 2016, citando outros grupos de importância na atenção básica, os antimicrobianos representaram 6,3%, os anti-hipertensivos 3,76% e os antidiabéticos 3,49%, os dois últimos essenciais para na atenção básica, para controle de agravos de doenças crônicas.

O município possui o Programa Hiperdia, para atender os pacientes diabéticos e hipertensos, o Programa Saúde da Mulher, Programa de Combato ao Tabagismo, além de atender os usuários de medicamentos através dos programas estaduais e federais, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Paraná Sem Dor, Componente Estratégico em parceria com a Vigilância Epidemiológica Municipal, preocupando-se com o controle e gerenciamento de estoque, observando consumo, reduzindo a possibilidade de falta de medicamentos, visando atender a demanda deste.

Além da aquisição de medicamentos através do Consórcio Paraná Medicamentos, repasse do estado e federal, o município participa do Consórcio Intermunicipal – CONIMS, através do qual também solicita medicamentos, pelo setor de compras ou direto na farmácia deste, o município também possui pregão de medicamentos para aquisição destes, licitação própria, sendo que a última ata de registro de preços, homologada em março de 2016 ficou em R\$ 505.319,22.

O município possui uma farmácia central e dispensário de medicamentos nas demais Unidades de Saúde, sendo 5 unidades na área urbana e 2 em área rural, além da Unidade Central. Na farmácia central além da farmacêutica há duas auxiliares para realizarem a dispensação de medicamentos aos usuários.

10 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES – PRIORIDADES NA GESTÃO

O Plano Municipal de Saúde implica no compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, rompendo os limites setoriais, de modo que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços na consolidação do SUS.

10.1 DIRETRIZ 1 – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Objetivos:

- Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde;
- Aprimoramento das políticas de atenção primária;
- Desenvolver atenção integral à saúde que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade;
- Consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual;
- Assumir o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis;
- Buscar qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa, contribuindo para que não só tenhamos maior expectativa de vida em nosso município, como também agregando mais qualidade aos anos a mais vividos, zelando e tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde;
- Implantar ações de atenção a saúde do homem;
- Prestar serviço de transporte humanizado e de qualidade, proporcionando conforto e resolutividade à população que precisa de serviços de saúde disponibilizados fora do município;

Metas:

- Estabelecer fluxos dos Serviços da Atenção Primária;

- Implantar o sistema de agendamento de consultas e procedimentos em todas as ESF do município;
- Incluir quatro equipes de ESF na categoria de qualidade Selo Bronze em 2017;
- Oferecer condições adequadas de trabalho para todas as equipes;
- Qualificar o trabalho das equipes de Saúde da Família através do PMAQ;
- Implementar as atividades da Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Reformar, ampliar e Construir Unidades de saúde para estratégia de Saúde da Família de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde, visando melhorar as condições de trabalho e qualidade de atendimento aos usuários;
- Viabilizar equipamentos e insumos para as Unidades de Saúde permitindo o atendimento de qualidade, sempre mantendo manutenção preventiva e corretiva com reserva para a reposição dos existentes;
- Estabelecer que se tenha um sistema de auditoria que realize efetiva fiscalização da manutenção dos equipamentos a fim de garantir a segurança dos trabalhadores bem como dos usuários dos serviços de saúde;
- Garantir a acessibilidade para todos os usuários aos serviços de saúde do município;
- Implantar e implementar todas as diretrizes do atendimento de acordo com o Programa de Tutoria do APSUS, buscando sempre qualidade nos serviços prestados à população;
- Implementar e Monitorar a Rede Municipal de Proteção e Atenção à Pessoa em Situação de Violência em parceria com as diversas secretarias e órgãos relacionados.
- Realizar ações e campanhas de prevenção diagnóstico e tratamento precoce do Câncer Ginecológico e de Mama;
- Aprimorar cada vez mais a vigilância do Risco gestacional, garantindo o acesso a consultas e a exames de pré-natal conforme preconização da Rede Mae Paranaense, realizando o acolhimento com classificação de Risco a todas as gestantes do município o mais precoce possível;
- Qualificar todos os profissionais atuantes na Atenção Primaria para realização de testes rápidos para um abordagem ampla e eficaz a todos os usuários;
- Realizar monitoramento de notificações dos Casos de Sífilis em Gestantes, garantindo assim atendimento de qualidade e tratamento eficaz durante o Pré-Natal;
- Implantar a Rede de Atenção a Pessoa Idosa;
- Capacitar os profissionais pertencentes a rede e os cuidadores de pessoas idosas;

- Desenvolver e implementar estratégias para prevenção de Quedas e Violência a pessoa idosa;
- Acompanhar a população idosa por meio de programas existentes na Estratégia de Saúde da Família e com auxílio do NASF.

Indicadores :

- Realizar Reuniões Mensais com Equipes da Estratégia de Saúde da Família, para discussões e melhorias no fluxo do atendimento.
- Percentual de cadastros e visitas realizadas a gestantes;
- Número de pacientes com alterações de Citologias de Colo tratadas na rede habilitada e credenciada;
- Razão de exames citopatológicos de Colo na faixa etária de 25 a 64 anos e razão de mamografias na faixa etária de 50 a 69 anos;
- Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação e com todos os exames preconizados;

10.2 DIRETRIZ 2 – ATENDIMENTO HOSPITALAR – INSTITUTO MÉDICO NOSSA VIDA

Objetivos:

- Manter e fortalecer os fluxos de atendimentos e serviços em todo hospital;
- Reformar e ampliar o hospital melhorando a capacidade de atendimento e organização;
- Adequação de redimensionamento de colaboradores;
- Estudo de viabilidade para implantação/ expansão de serviços multiprofissionais;
- Manter e ampliar os serviços de cirurgias eletivas;

Metas:

- Realizar capacitações e treinamentos junto a equipe para elaboração de protocolos estabelecendo fluxos e normas hospitalares
- Firmar convênio com o Instituto através da Secretária do Estado (SESA) no ano de 2017 para reformar e ampliar o hospital.
- Aprimorar o número de servidores através de processo seletivo, mantendo a equipe mínima exigida até 2018;

- Realizar projetos e campanhas para aquisição de novos equipamentos para estruturação hospitalar;
- Implementar e estruturar melhor o Centro Cirúrgico pronto socorro e unidade de esterilização;
- Estruturação de lavanderia hospitalar;
- Estudo de viabilidade para implantação de serviços de fisioterapia hospitalar;

Indicadores:

- Percentual de cirurgias eletivas;
- Percentual de leitos ocupados;

10.3 DIRETRIZ 3 - MANTER O COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivos:

- Realizar recepção e classificação de risco, com acolhimento a todos os pacientes que procuram atendimento na UPA.
- Manter a qualificação da UPA através do cumprimento das orientações do Ministério da Saúde.
- Aquisição de novos equipamentos com prioridade no aparelho de RX;
- Implantar o serviço de atendimento domiciliar – SAD.
- Auxiliar na definição de fluxo da Rede de Saúde Mental, realizando o primeiro atendimento aos portadores de transtorno mental e dependência química, que apresentem liberação de agressividade, tentativa de suicídio e síndrome de abstinência.
- Fortalecer o papel da Central de fluxos de Urgência, como regulador da rede de assistência, controlando as portas de entrada dos serviços de urgência, regulando a classificação de risco nos casos de pacientes agudizados, marcação de exames de diagnóstico em urgência e emergência, busca ativa de vagas do Hospital e Instituto Medico Nossa Vida e demais credenciados.
- Realizar reposição da frota de viaturas do SAMU e ambulâncias.
- Adquirir viatura reserva para o SAMU e Ambulâncias de transporte sanitário da Secretaria Municipal da Saúde.
- Auxiliar na qualificar o SAMU através do cumprimento das orientações do Ministério da Saúde.
- Adequação do número de servidores na Urgência e Emergência e Hospital.*

- Manter a estrutura física.

Metas:

- Realizar classificação de risco à 100% dos pacientes que procuram atendimento na UPA.
- Renovar a qualificação da UPA;
- Aquisição de equipamentos;
- Implantar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) até 2017.
- Renovar a frota de viaturas do SAMU.
- Adquirir viatura reserva para o SAMU e Ambulâncias de transporte sanitário da Secretaria Municipal da Saúde, para transformar 100% do índice de manutenção corretiva, em manutenção preventiva.

Indicadores:

- Taxa de pacientes classificados pela estratificação de Risco.
- Percentual de atendimentos pelo protocolo Manchester;
- Instalar um Novo Equipamento de RX
- Média de permanência dos pacientes em observação nas UPAS.
- Média de pacientes em AD.
- Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.
- Média de atendimentos mensais pelo SAMU e Ambulâncias de Transporte Sanitário da Secretaria Municipal da Saúde.
- Índice de manutenção corretiva em veículos do SAMU e Ambulâncias de Transporte Sanitário da Secretaria Municipal da Saúde.

10.4 DIRETRIZ 4 - FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO/TRANSTORNO MENTAL, DEPENDENTES DE ÁLCOOL E MÚLTIPLAS DROGAS.

Objetivo:

- Manter o funcionamento dos CAPS I e CAPS AD III no que diz respeito a recursos humanos, recursos materiais e de manutenção da estrutura física.

- Garantir o vínculo e funcionamento da Rede entre Atenção Primária – UPA24 – CAPS's.
- Prover capacitação profissional à equipe técnica dos serviços de saúde mental do Município;
- Manter o matriciamento em saúde mental no Município;
- Garantir o direito do doente mental e seus familiares à saúde integral, com acesso às melhores terapêuticas disponíveis;
- Promover a participação do usuário do serviço e seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicável, assim como estimulação da supervisão e avaliação constantes;

Metas:

- Ampliar a divulgação dos serviços de saúde mental oferecidos nos CAPS I e CAPS AD III, assim como orientação sobre a forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.

Indicadores:

- Número de consultas de profissionais de nível superior realizada nos CAPS.
- Produção total de atendimentos realizados nos CAPS.

10.5 DIRETRIZ 5 – REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

- Promover a educação em saúde para a população com campanhas e eventos que visem à consolidação das políticas de saúde.
- Garantir ambiente de trabalho adequado para os trabalhadores da saúde conforme a legislação sanitária vigente.
- Capacitar e qualificar os profissionais de saúde da rede municipal em Vigilância em Saúde.
- Incentivo as campanhas educativas de promoção e prevenção à saúde.
- Reestruturar área física do Departamento de Promoção e Vigilância e implementar os serviços e ações de Vigilância em Saúde.
- Analisar VIGIASUS e atingir no mínimo 80% das ações pactuadas.

10.6 DIRETRIZ 6 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL.

Objetivos:

- Promover oficinas de integração entre Agentes de Combate as Endemias e Agentes Comunitários de Saúde em atividades relacionadas à Saúde Ambiental.
- Manter as ações do Programa Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO)
- Monitorar o Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde dos equipamentos sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
- Orientar as comunidades da área rural quanto à prevenção de acidentes e contato com morcegos.
- Realizar investigação de surtos de doenças hidroveiculares em parceria com a Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.
- Inspecionar as Estações de Tratamento de Água (ETA) localizadas no município.
- Realizar a observação de animais suspeitos de raiva.
- Realizar a coleta de amostras de animais suspeitos de raiva e encaminhá-las ao LACEN.
- Realizar evento concernente ao dia “D” da dengue.
- Realizar ações de controle e prevenção da dengue.
- Manter as ações relativas ao Comitê Municipal de Controle e Prevenção da Dengue.
- Manter as ações do Programa Vigilância da Qualidade da Água.
- Monitorar a qualidade da água das soluções alternativas coletivas cadastradas no Programa Vigilância da Qualidade da Água.

Metas:

- Realização de 02 oficinas ao ano.
- Identificar e cadastrar 01 área com suspeita de contaminação de solo.
- Analisar 80% dos Planos de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) dos equipamentos sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
- Investigar 100% das notificações de surtos de doenças hidroveiculadas.
- Realizar inspeção em 100% da Estação de Tratamento de Água no município.
- Observar 100% dos casos de cães suspeitos.
- Atendimento a 100% das solicitações via Ouvidoria da Saúde.

- Realização de 100% das atividades recomendadas nas diretrizes do Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde.
- Realizar reuniões quadrimestrais com os membros do Comitê Municipal de Controle e Prevenção da Dengue.
- Monitorar a qualidade da água de 80% das Soluções Alternativas Coletivas (SAC) cadastradas no Programa Vigilância da Qualidade da Água.

Indicadores:

- Número de capacitações realizadas por ano.
- Número de áreas cadastradas no ano.
- Percentual de PGRSS analisados em relação ao número total de equipamentos de saúde sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
- Percentual de casos investigados em relação ao número total de casos notificados de doenças hidroveiculadas.
- Percentual de Estação de Tratamento de Água no município.
- Percentual de animais (cães) observados em relação ao número total de animais suspeitos de raiva.
- Percentual de atividades realizadas em relação ao número total de instituições/órgãos que realizaram visita.
- Percentual do número de casos monitorados em relação ao número total de casos notificados.
- Percentual do número de atividades realizadas em relação ao número de solicitações recebidas.
- Numero de reuniões realizadas ao ano.

10.7 DIRETRIZ 7 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Objetivos:

- Coordenar o Sistema Municipal de Vigilância Sanitária;
- Fomentar e realizar inspeções e vistorias no âmbito de suas atribuições;
- Fazer cumprir normas, propor, acompanhar e executar as políticas e as ações de vigilância sanitária;

- Fiscalizar a execução das normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;
- Conceder e cancelar o Licença Sanitária de cumprimento de boas práticas de fabricação;
- Interditar, como medida de vigilância sanitária, os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
- Realizar ações de vigilância sanitária em todos os laboratórios que estão localizados no território municipal;
- Manter alimentado o sistema de informação contínuo e permanente dos programas existentes na Vigilância Sanitária repassando os dados das ações realizadas (SISFAD, SISAGUA, SISOLO, SIEVISA, SINAP, FUMÍGEROS, ETC..)
- Monitorar e fiscalizar estabelecimentos comerciais e industriais dentro das normas da Vigilância Sanitária no âmbito Municipal;
- Realizar os termos coletas de amostras de bens e produtos relacionados a saúde da população e enviar para análise laboratoriais para controle dos mesmos;
- Fomentar o desenvolvimento de recursos humanos para a cooperação intersetorial para combater os riscos e agravos à saúde;
- Autuar e aplicar as penalidades previstas em lei.
- Controlar, fiscalizar e acompanhar, sob o prisma da legislação sanitária, produtos e serviços de saúde submetidos ao regime de vigilância sanitária;
- Coordenar o controle de vetores no Município, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.
- Controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.
- Normatizar, através de ações de avaliação para verificação das normas padrões e especiais constantes no Código Sanitário;
- Garantir a qualidade do atendimento á população através das vistorias e inspeções periódicas;
- Prestar um atendimento humanizado aos profissionais e prestadores de serviços de saúde, proprietários de estabelecimentos comerciais e industriais e aos consumidores;
- Regulatório, através da fiscalização do cumprimento das normas e punindo os infratores quando necessário;

Educativo, através de orientações e informações para que os padrões sanitários estabelecidos, sejam de conhecimento dos cidadãos e que os mesmos cumpram ou possam exigir o seu direito de consumir produtos e serviços seguros e de qualidade e para que também tenham maiores opções de escolha

Metas:

- Atingir a 100% da demanda das inspeções de rotina e ou visitas
- Executar 100% das análises planejadas pelo município como pela Regional de Saúde
- Alimentar 100% dos programas da Vigilância Sanitária
- Cumprir a demanda percentual dos programas preconizados pelas diferentes esferas de governo;

Indicadores:

- É realizado através de verificação das fichas de inspeção e/ou visitas feitas nos estabelecimentos comerciais, industrias e serviços de saúde.
- Pela emissão de licenças sanitária (empresas ativas e inativas)
- Através do monitoramento e alimentação permanente e continua dos programas
- São realizadas através da análise dos relatórios;
- Verificações das ações realizadas
- Reuniões de planejamento

10.8 DIRETRIZ 8 - VIGILÂNCIA DO TRABALHADOR.

Objetivos:

- Realizar ações de Saúde do Trabalhador.
- Realizar investigações de notificações de acidentes de trabalho grave e óbitos.
- Registrar as informações no SINAN a fim de mensurar de forma transparente as estatísticas.
- Promover a participação da equipe de Saúde do Trabalhador em cursos, congressos, simpósios, eventos para melhor atuação.

Metas:

- Promover ações preventivas através de atividades educacionais, para conscientização do trabalhador a fim de garantir a saúde do mesmo nas diversas áreas de atuação.

- Realizar visitas técnicas orientadas para diminuir os agravos à saúde do trabalhador, conforme dados estatístico, anualmente.
- Levantar causas dos agravos notificados e orientar ações preventivas para evitar novos eventos, anualmente.
- Registrar 100% das notificações nos sistema da Vigilância Epidemiológica anualmente.
- Promover 80% de participação da equipe em eventos de capacitação.

Indicadores:

- Números de demandas sujeitos a vigilância do trabalho.
- Número de profissionais capacitados.
- Número de notificações.

10.9 DIRETRIZ 9 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Objetivos:

- Alimentar regularmente os dados das Declarações de Nascidos Vivos (DN), no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- Alimentar regularmente os dados das Declarações de Óbitos (DO), no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
- Alimentar regularmente os dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) .
- Alimentar regularmente os dados de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas - *MDDA* -, Sistema de Vigilância Epidemiológica de Surtos de Doença Transmitida por Alimentos (SIVEP – DDA).
- Manter informado o SISPACTO, sistema online utilizado para o registro da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde.
- Alimentar as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- Manter informado o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais - SISLOGLAB
- Alimentar o Sistema de Informação de Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (TILTB).
- Manter vigilância dos óbitos fetais, infantis e maternos (SIM).
- Realizar capacitação sobre Tuberculose e Hanseníase.
- Realizar capacitações para os profissionais da Rede Básica de Saúde, Hospitais e Pronto Atendimento.

- Realizar investigação dos surtos notificados.
- Notificar os casos identificados de violência contra a mulher, a criança, o adolescente e o idoso (SINAN/Atenção Básica).
- Analisar os indicadores de Vacinar crianças menores de um ano.
- Organizar e acompanhar os indicadores de Vacinar as crianças menores de 5 anos em campanha.
- Acompanhar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SI-PNI e cobrar a Vacinação dos grupos prioritários na campanha da Influenza.
- Solicitar no Sistema de Informação de Insumo Estratégico – SIES (vacinas - seringas).
- Investigar, digitar e avaliar os casos de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV).
- Manter a capacitação continuada sobre Imunização e Rede de Frios.
- Diminuir causas de morte sem assistência médica (CID R98) e de outras causas mal definidas e não específicas de mortalidade (CID R99).
- Elaborar relatório anual de óbito por câncer (SIM).
- Elaborar relatório anual de óbitos por doenças do aparelho respiratório (SIM).
- Investigar os acidentes envolvendo mortes e graves do município dos agravos notificados referentes à saúde do trabalhador.
- Incentivar as notificações dos agravos de Saúde do Trabalhador.
- Realizar capacitação sobre HIV, ISTs e Hepatites Virais.
- Realizar acompanhamento dos usuários de HIV, Hepatites Virais, Sífilis e ISTs.
- Acompanhar a realização dos testes rápidos através do SISLOGLAB.
- Alimentar o Programa Bolsa Família do município.
- Assegurar a alimentação do Sistema de pré-natal – SIS PRÉ-NATAL.

Metas:

- Inserir 100% de DN no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) anualmente.
- Inserir 100% de DO no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) anualmente.
- Inserir 100% de notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINASC) semanalmente.
- Alimentar 100% os dados de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas - *MDDA* -, Sistema de Vigilância Epidemiológica de Surtos de Doença Transmitida por Alimentos (SIVEP – DDA).
- Realizar o monitoramento das informações sobre testes rápidos do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB, mensalmente.

- Manter 100% das solicitações de vacinas e seringas no Sistema de Informação de Insumo Estratégico – SIES.
- Manter 100% informado o SISPACTO, sistema online utilizado para o registro da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde, anualmente.
- Alimentar 85% as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
- Investigar e analisar 100% de óbitos de crianças menores de 1 ano e de mulheres em idade fértil anualmente.
- Inserir 100% de óbitos, fetais e de crianças menores de 1 ano e de mulheres em idade fértil no Sistema de Informação sobre Mortalidade Federal (SIM - FEDERAL) anualmente.
- Acompanhar 100% no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SI-PNI a cobertura da Vacinação Campanha da Poliomielite.
- Inserir 100% dos comunicantes de tuberculose no Sistema de Informação de Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (TILTB).
- Atualizar os profissionais em relação aos Agravos e Fichas de Notificação.
- Realizar 100% de investigações dos surtos notificados em parceria com as demais vigilâncias.
- Encerrar 80% ou mais das doenças de notificação compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.
- Alcançar 85% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
- Encaminhar 100% dos casos notificados dos agravos para Atenção Primária/ESF.
- Atingir 95% de cobertura vacinal no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIPNI - do esquema básico (BCG, Pentavalente (HIB/Hep.B/DTP) e VTV, Meningite C, Pneumocócica 10, Rotavírus) anualmente.
- Atingir 95% na Campanha Nacionais de combate a poliomielite anualmente.
- Acompanhar 90% no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SI-PNI e cobrar a Vacinação dos grupos prioritários na campanha da Influenza.
- Realizar 100% de investigações e avaliações dos casos de Eventos Adversos Pós Vacinal a cada ano.
- Identificar as causas de morte sem assistência médica (CID R98) e de outras causas mal definidas e não específicas de mortalidade (CID R99).
- Atualizar os profissionais sobre manejo clínico dos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com duas reuniões anuais.

- Investigar 100% dos agravos notificados de acidentes envolvendo mortes e graves do município dos agravos notificados referentes à saúde do trabalhador a cada ano.
- Realizar uma capacitação sobre HIV, DSTs e Hepatites Virais por ano.
- Realizar 85% do acompanhamento dos usuários notificados de HIV, Hepatites Virais, Sífilis e ISTs.
- Facilitar o diagnóstico das Hepatites Virais, Sífilis e HIV/AIDS para o tratamento mais precoce possível, descentralizando os recursos nas unidades de saúde dos ESF (testes rápidos).
- Assegurar a alimentação das informações em 85% do Programa Bolsa Família do município.
- Assegurar a digitação de 90% no Sistema de pré-natal – SIS PRÉ-NATAL - das gestantes do município acompanhadas pelos SUS.

Indicadores:

- Número de Nascidos Vivos do SINASC.
- Número de Óbitos do SIM.
- Percentual de óbitos investigados.
- Porcentagem de investigações dos surtos notificados (SINAN).
- Numero de notificações encaminhadas.
- Porcentagem de cobertura vacinal para menores de 1 ano (PNI/DATASUS).
- Porcentagem de cobertura vacinal da poliomielite (PNI/DATASUS).
- Porcentagem de cobertura vacinal da Influenza (PNI/DATASUS).
- Percentual de investigações de eventos adversos pós-vacinal.
- Percentual de Declarações de Óbitos com causa básica definidas.
- Porcentagem das investigações dos acidentes envolvendo mortes e graves do município dos agravos notificados referentes à saúde do trabalhador.
- Número de testes descentralizados por unidade de saúde.

10.10 DIRETRIZ 10 - SAÚDE BUCAL

Objetivos:

- Ampliar e implementar as ações de saúde bucal na Atenção Primária a Saúde, bem como aumentar o índice de cobertura no município para no mínimo 80% até 2021.

Metas:

- Implementar ações de saúde bucal preconizadas no Programa Rede Mãe Paranaense.
- Fortalecer as ações intersetoriais de promoção à saúde e à prevenção de doenças bucais, com ênfase na escovação supervisionada e bochechos com flúor.
- Implantar ações para o diagnóstico e detecção do câncer bucal.
- Ampliar a cobertura da Saúde Bucal através com criação do cargo de cirurgiã dentista , de carga horária de 40 horas/semanais.
- Intensificar as ações de escovação coletiva nas escolas através do PSE (Programa Saúde na Escola);
- Reduzir em 10% o percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores;
- Implementar a classificação e estratificação de risco em Saúde Bucal;
- Implementar o programa de Educação Continuada para todos os profissionais que compõe a rede de Atenção à Saúde Bucal do Município.
- Manter as metas de produção preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Indicadores:

- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal;
- Percentual de exodontia, redução;
- Percentual de estratificação de risco;
- Monitoramento de novos casos de câncer bucal;
- Monitoramento dos procedimentos realizados no PSE;

10.11 DIRETRIZ 11 - EDUCAÇÃO CONTINUADA**Objetivos:**

- Estimular, apoiar e promover ações educativas de fortalecimento e qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS e controle social no município;
- Articular ações de educação permanente e continuada em programas intersetoriais;
- Planejar e executar em conjunto com os departamentos e serviços da SMS ações de educação em saúde com vistas ao fortalecimento e qualificação do trabalho em rede;

- Orientar, estimular, apoiar e promover a organização das ações de educação em saúde voltadas à população e aos diversos setores regulados sujeitos as normas da Vigilância Sanitária;
- Articular ações de divulgação na mídia sobre temas relacionados a eventos do calendário oficial do MS, fortalecimento do SUS e controle social, programas intersetoriais, educação em saúde e fortalecimento do trabalho em rede, educação permanente e continuada e demais serviços e ações da SMS.
- Qualificar os profissionais da atenção básica através de oficinas, seminários, capacitações, treinamentos e reuniões clínicas.
- Elaborar e distribuir materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade.
- Capacitar os servidores em relação aos cuidados de urgência e emergência, acolhimento, humanização e controle social.

Metas:

- Executar 70% dos eventos do calendário oficial do MS;
- Promover duas ações de fortalecimento do SUS e controle social por ano;
- Executar três ações de educação permanente e continuada por ano;
- Atingir 75% dos profissionais que atuam na SMS com ações de fortalecimento da rede de serviços;

Indicadores:

- Atas de registros das ações, educações, realizadas;
- Avaliação junto aos profissionais das ações desenvolvidas nas educações continuadas, considerando os assuntos abordados,
- Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelo município;

10.12 DIRETRIZ 12 - FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo:

- Manter a estruturação da Assistência Farmacêutica, qualificar os profissionais envolvidos, garantindo o acesso aos medicamentos com qualidade, segurança, refletindo em eficácia no tratamento e controle adequado de doenças crônicas.

Metas:

- Garantir o abastecimento/fornecimento dos medicamentos da REMUME bem como os insumos,
- Manter a Comissão de Farmácia e Terapêutica, para revisão da REMUME e assuntos relacionados a medicamentos,
- Avaliar a demanda não atendida e encontrar soluções para reduzir sua ocorrência,
- Acompanhar os pacientes Diabéticos, usuários de insulina no controle da glicemia,
- Promover ações para descarte correto de medicamentos sem uso e vencidos,
- Promover a coleta de insumos de insulina (agulhas, seringas, lancetas, tiras reagentes, frascos) e descarte adequado,
- Capacitar os profissionais para adequada dispensação de medicamentos,

Indicadores:

- Reuniões da CFT a cada dois meses, registradas em ata,
- Revisão da REMUME a cada dois anos,
- Monitorar as prescrições com avaliação da demanda atendida e não atendida,
- Monitorar os pacientes usuários de insulina através dos dados do glicosímetro,
- Controle dos medicamentos descartados (vencidos ou sem uso), com locais de coleta nas unidades,
- Vincular a entrega de novas seringas para usuários de insulina mediante o retorno das já utilizadas, bem como tiras, lancetas, agulhas,

10.13 DIRETRIZ 13 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Objetivos:

- Organizar a regulação nas redes de atenção à saúde no SUS de forma interligada;
- Garantir o acesso do usuário aos serviços com fluxo definido;
- Monitorar o fluxo de oferta e demanda dos serviços especializados;

- Ampliar a diversidade de exames especializados;
- Ampliar a diversidade de profissionais especialistas;

Metas:

- Monitorar o fluxo das demandas e oferta dos serviços de acordo com os contratos;
- Monitorar a resolutividade de acordo com os encaminhamentos, referência/contra referencia

Indicadores:

- Número de consultas de Profissionais na Atenção Especializada, por estabelecimento de Saúde;
- Número de exames na Atenção Especializada por estabelecimento de Saúde;
- Número de Procedimentos na Atenção Especializada por estabelecimento de Saúde;

11 AVALIAÇÃO

A implantação do Plano Municipal de Saúde se dará com um amplo processo de mobilização de profissionais, gestores e usuários do SUS, angariando o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

As metas serão traduzidas em programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades que darão a direcionalidade do trabalho no dia-a-dia. De acordo com as prioridades serão identificados os seus nós críticos, em função dos quais serão selecionados um conjunto básico de indicadores a serem monitorados e avaliados, não perdendo de vista o compromisso assumido através do Pacto de Indicadores da Atenção básica, as PPI da vigilância, a PPI da assistência, o (COAP) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e outros compromissos sanitários. Este Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Cada indicador estará devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, métodos de cálculo e categorias de análise, contribuindo dessa forma para compreensão de todos.

Dada à dinamicidade do Plano este será revisto a cada ano, mediante as necessidades apontadas no monitoramento e avaliação, sendo feitas avaliações trimestrais e apresentando seus resultados à sociedade, através de seus representantes legítimos.

Quanto a avaliação, embora seja citada constantemente no arcabouço legal do SUS e seja falada por todos que trabalham no sistema, ainda está longe de se constituir enquanto uma prática sistemática e contínua. Talvez pela cultura das instituições, por não primar pelo uso do planejamento dos bancos de dados nem sempre disponíveis pela falta do acompanhamento e aferição de metas. Hoje as dificuldades metodológicas da avaliação são de ordem qualitativa, dada pela ausência de uma linguagem única dos

sistemas de informações , que, de forma desarticulada, possuem desenhos, bases de dados e finalidades distintas.

Para enfrentar estes e mais outros problemas relativos às informações o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um sistema que substituirá os subsistemas hoje existentes, sustentando grandes conjuntos de informação em saúde.

Embora reconhecendo o grande desafio de implantar a prática de avaliar enquanto inserção no ato de planejar, SMS não abrirá mão dessa ferramenta que subsidiará a intervenção cujo objetivo será modificado a ação do problema.

Nesse plano a avaliação terá três momentos distintos: a avaliação como parte integrante do planejamento, a avaliação de implementação da intervenção e avaliação dos resultados (efeitos e impactos). Estes momentos por sua vez terão focalizados, na estrutura , no processo e no resultado, conforme os tipos de problemas identificados.

Na avaliação de estrutura serão focalizada as alterações na estrutura física, nos equipamentos, nos recursos humanos e na estrutura organizacional dos serviços de saúde e nas redes.

Na avaliação de processo serão analisados. Entre outros aspectos, os produtos do cuidado como: acolhimento, vínculo e responsabilização no caso dos profissionais de saúde, aceitabilidade e adesão ao tratamento pelo usuário.

Na avaliação de resultados serão analisados em que medida os efeitos e impactos observados correspondem aos esperados, seja no atendimento individual ou coletivo.

Para coleta dos dados serão privilegiadas as fontes já disponíveis ou dados de fácil captação, para facilitar o processo de avaliação e integrar a gestão, contribuindo para uma melhoria contínua dos serviços.

CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Saúde é um importante instrumento de orientação da política do setor, sendo sua operacionalização assegurada através da pactuação com técnicos da área, gestor e segmentos da sociedade. Trata-se de um documento em permanente construção, onde a dinâmica da situação de saúde impõe constante atualização das ações e metas.

O processo de monitoramento e avaliação deve pautar-se por indicadores especialmente selecionados, segundo os quatro eixos temáticos, de fácil acesso e sensíveis a alterações ocorridas frente à implementação das ações ou decorrentes de novos cenários político-epidemiológicos. Para tanto, a gerência de informações em saúde assume o compromisso de construir um grupo de trabalho com o objetivo de desenvolver modelos, elaborar e/ou selecionar indicadores de avaliação e monitoramento do Plano Municipal de Saúde, que serão constantemente alimentados e orientará o acompanhamento do processo.

A operacionalização deste plano está condicionada à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, devendo o mesmo orientar documentos de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde com destaque para o PPA (Plano Pluri-anual), a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e a PPI (Programação Pactuada Integrada).

Desejamos através da execução deste documento que ora se finda garantir a população de Coronel Vivida o acesso aos serviços de saúde, e que estes Serviços sejam de qualidade, atingindo as metas e proporcionando qualidade de vida a todos sem nenhuma distinção.

A elaboração de um Plano de Saúde, documento que norteará todas as ações na área de saúde do município configura-se como grande desafio aos gestores da saúde. Possui uma essência integralmente participativa, pois são chamados a colaborarem diversos técnicos de Saúde e até mesmo de áreas diversas, como a de Educação, Obras Públicas e Saneamento, Planejamento e Meio Ambiente, dentre outras.

É também um instrumento democrático, por que é analisado por representações de vários segmentos da sociedade, que constituem os Conselhos de Saúde, entidade máxima de fiscalização e controle social do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esperamos que as metas definidas, em consonância com os recursos disponíveis e o fundamental comprometimento de toda a equipe de profissionais, resultem em condições de saúde cada vez melhores para a população.



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
CORONEL VÍVIDA - PR**



RESOLUÇÃO Nº 08 de 02 de agosto de 2017, do
Conselho Municipal de Saúde do Município de Coronel Vivida

**Dispõe sobre o Plano Municipal de Saúde para 2018 a 2021 do Município
de Coronel Vivida.**

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Coronel Vivida PR, em reunião ordinária realizada **em 31/07/2017**, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal nº 1.718 de 21 de novembro de 2003;

Considerando o art. 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias à Constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000;

Considerando a necessidade de um instrumento do processo de planejamento, explícito, a partir das linhas de ação, as ações e as metas a serem alcançadas para o cumprimento dos compromissos e objetivos.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar Plano Municipal de Saúde para 2018 a 2021 do Município de Coronel Vivida, com objetivo de implementar o SUS - Sistema Único de Saúde, de forma organizada que proporciona melhoria no acesso universal igualitário na promoção da saúde e prevenção de doenças, através de ações programáticas que atendam as necessidades dos munícipes.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Coronel Vivida, 02 de agosto de 2017


Fernanda Trombetta Barrilli
Presidente do Conselho Municipal de **Saúde**