



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE RANCHO ALEGRE

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ nº 75.829.416/0001-16

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022-2025

Prefeitura do Município de Rancho Alegre
Fernando Coimbra – Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Mauro Aparecido da Silva – Secretária Municipal de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
Alaide dos Reis Alevato- Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rancho Alegre – PR

2021

Sumário

Apresentação	4
1. Introdução	5
2. Característica Gerais do Município	6
2.1 Localização Geográfica	7
2.2 Aspectos Demográficos.....	10
2.3 Dinâmica Populacional.....	12
2.4 Densidade Demográfica.....	12
2.5 Identificação da População.....	12
2.6 Aspectos Socioeconômicos e Infraestrutura.....	12
3. Educação	15
4. Diagnóstico Epidemiológico	16
5. Rede Física de Atendimento e Quadro de Profissionais	22
6. Eixos de Atenção a Saúde	25
6.1 Atenção Primária em Saúde	25
6.1.1 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	25
6.1.2 Saúde da Mulher e Planejamento Familiar	26
6.1.3 Atenção à Criança	27
6.1.4 Atenção à Idosos	28
6.1.5 Educação em Saúde	29
6.1.6 Saúde Mental	29
6.1.7 Assistência Odontológica	30
7. Vigilância Epidemiológica	30
7.1 COVID-19	32
8. Vigilância Sanitária e Ambiental	33
8.1 Rede de Esgoto	35
8.2 Coleta de Lixo	35
8.3 Sistema de Água	35
9. Assistência Farmacêutica	36
9.1 Definição de Assistência Farmacêutica	36
9.2 Objetivo da Assistência Farmacêutica	37
9.3 Atuação da Assistência Farmacêutica	37
9.3.1 Organização da Assistência Farmacêutica	37
9.3.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica	37
9.3.3 Componentes da Assistência Farmacêutica	39
9.4 Financiamento da Assistência Farmacêutica	40

9.4.1 Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	40
9.4.2 Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	41
9.4.3 Financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	41
9.5 Incentivo a Organização da Assistência Farmacêutica - IOAF	41
10. Assistência Hospitalar/Urgência e Emergência.....	41
11. Atenção Ambulatorial e Especializada, Média e Alta Complexidade.....	42
12. Gestão em Saúde.....	43
12.1 Descentralização e Regionalização	43
12.2 Gestão de Trabalho	44
12.3 Participação e Controle Social e Ouvidoria	44
13. Diretrizes, Objetivos e Metas.....	46
14. Conclusão.....	54

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Rancho Alegre 2022-2025 é um documento elaborado pelos gestores municipais em parceria com o Conselho Municipal de Saúde. É o reflexo de um amplo processo de discussão que culminou num documento norteador da Política Municipal de Saúde.

Partindo do diagnóstico da situação de saúde do Município, foram estabelecidas metas e diretrizes para a atuação da Secretaria Municipal com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais. Além de subsidiar os profissionais de saúde na condução do sistema público municipal o documento pode servir de apoio à prefeitura municipal e ao conselho municipal de saúde como determina a Lei federal 141/2012.

O Plano Municipal de Saúde de Rancho Alegre 2022-2025 deve ser consultado constantemente, como apoio às ações de todas as áreas de atuação da Secretaria Municipal de Saúde. A aplicação deste plano conduzirá a um município mais saudável.

Contudo, este Plano Municipal de Saúde deve ser entendido como um documento com dimensões políticas, administrativas e técnicas do serviço de saúde, apto para enfrentar uma determinada realidade epidemiológica e responder ao conjunto de aspirações da população acerca da saúde, instauração de um conjunto de práticas adequadas a realizar ou resolver os problemas identificados, buscando, assim, a melhoria da qualidade de vida e total satisfação dos cidadãos rancho alegrenses.

Mauro Aparecido da Silva

Secretário Municipal de Saúde

Alaíde dos Reis Alevato

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rancho Alegre – 2021

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, desde sua criação, a partir da Constituição Federal de 1988, é um dos maiores exemplos de política pública promotora de inclusão social do Brasil, com seus pressupostos e princípios define seu acesso universal dos cidadãos, a integridade do cuidado em saúde e o controle social.

Desde então podemos promover uma grande expansão no volume de serviços e ações ofertadas aos cidadãos, ampliando a cobertura dos mesmos. Paralelamente a expansão numérica torna-se cada vez mais presente a nossa preocupação em não somente ampliar os serviços, mas também torná-los mais eficientes, mais resolutivos, qualificando suas ações para melhoria do perfil de saúde de nossa população.

“(…) O Plano de Saúde, mais do que uma exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS”. (...) deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. (...).

O presente Plano Municipal de Saúde elaborado para vigorar no período de 2022 a 2025 tem como objetivo apresentar o diagnóstico de saúde do município, citar as prioridades, estabelecer metas para serem atingidas e descrever as estratégias que serão utilizadas, introduzindo programas de saúde que condizem com a realidade de nossa população, baseando-se nos indicadores de saúde municipais e tem como referência o Plano Nacional e Estadual de Saúde – PNS e PES 2017-2021.

Este trabalho foi realizado através de pesquisas nos arquivos do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social), SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), SISPNCD (Sistema do Programa Nacional para Controle da Dengue, SISPNCD WEB (Sistema do Programa Nacional para Controle da Dengue Online), SINAISA (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), SIEVISA (Sistema Estadual de Vigilância Sanitária) SISAGUA (Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial), SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), E-SUS (BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações), SIES (Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde), SISCAN (Sistema de Informação de Câncer), GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial), SYSSAUDE (Prontuário Eletrônico – Sistema Próprio do Município), bolsa família na saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Rancho Alegre e outros dados coletados na Internet.

O Plano foi elaborado por Alex Junior Honorato (Diretor do Departamento de Saúde), Nathiely Rocha Valiguski (Enfermeira da Estratégia Saúde da Família), Jackeline Morelato Bergamine (Enfermeira Endemias) Ligia Maria Rett Fonseca (Farmacêutico), Karen Carolina Fontana dos Santos (Técnico em Enfermagem), Cynthia Hezure de Souza (Nutricionista), Priscila da Silva de Souza (Auxiliar Odontológico da Estratégia Saúde da Família), Edigar Henrique Leite (Vigilância Sanitária) e Letícia Santana Marques Silva (Agente Administrativo), todos, funcionários da Unidade Mista de Rancho Alegre.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Etimologia. Rancho vem do espanhol “rancho”, designado casa de colono, da roça. (ABHF). Alegre origina-se do latim vulgar “alegre” e significa gostoso, regozijo, júbilo. (GGS).

O território do município de Rancho Alegre teve grandes movimentações por conta da estrada boiadeira que cortava a região. Existia incipiente povoado na região quando por ali chegou a Companhia de Terras Barbosa, que adquirindo terras, demarcou-as e vendeu-as após portentosa campanha publicitária. Foi elevado à categoria de Distrito em 27 de janeiro de 1951.

Os primeiros moradores de Rancho Alegre foram as famílias de Agenor Gomes, Francisco Godoy, Oswaldo Vietze, Cecília Ângela de Oliveira, que derrubaram a mata e plantaram café. Francisco Godoy instalou a primeira serralha, Sebastião Caetano Paraíso a primeira casa comercial, Alfredo Mello a primeira padaria, Antônio Trawtwein faz funcionar a primeira farmácia, Irmãos Zanoni instalam em 1947 a primeira máquina de beneficiamento de café, atos de pioneirismo.

A 25 de julho de 1960 pela Lei Estadual nº 4.245, foi criado o Município. A instalação se deu a 29 de agosto de 1960 com a posse do Sr. Pedro Moreira do Prado, Prefeito nomeado. Comemorase o Dia do Município em 19 de novembro. A primeira eleição para o executivo e o legislativo ocorreu em 08 de outubro de 1961.

A denominação da cidade origina-se de um pequeno rancho, construído às margens da antiga estrada boiadeiro, sendo que neste lugar os primeiros moradores do povoado se reuniam para promover festas e danças, passando então a ser conhecido como um “rancho alegre”, denominação que se perpetuou através dos tempos.

De conformidade com o Sistema Estadual de Planejamento (FAMEPAR), o Município de Rancho Alegre faz parte juntamente com outros vinte e dois Municípios, da Associação dos Municípios de Norte do Paraná, AMUNOP (Microrregião nº 06).

Segundo dados fornecidos pela Fundação Instituto Agrônomo do Paraná (IAPAR), o clima da região de Rancho Alegre é pela classificação KOEPPEN, clima tropical úmido, mesotérmico com

verões quentes (CFA) com transição para o subtropical úmido, mesotérmico com estação seca no inverno (CWA).

Existe acentuada tendência a uma estação seca no inverno, porém, pode ocorrer seca em qualquer estação do ano.

Os periódicos de maior circulação são a Folha de Londrina, o Estado do Paraná, o Estado de São Paulo e o Jornal de Londrina.

A única maneira de acesso ao Município de Rancho Alegre é através de estradas de rodagens, sendo que não existem ferrovias e nem transporte aéreo.

A ferrovia mais próxima passa em Cornélio Procópio, estrada que liga Ourinhos (São Paulo) e Maringá (Paraná). O aeroporto mais próximo é o de Cornélio Procópio (de pequeno porte) e Londrina (grande porte).

O zoneamento atual pode ser definido como único, havendo basicamente uma distinção em zona urbana e zona comercial. Na zona central da cidade, em torno da praça Municipal, como também ao longo da Avenida Minas Gerais e Avenida Paraná, se desenvolvem as atividades comerciais. Mesmo nestes pontos ou próximos deles existem residências, comum em pequenas cidades do Norte do Paraná, que surgiram a partir de colonizadoras ou loteadoras.

A ocupação atual em Rancho Alegre é praticamente homogênea, com densidade única semelhante para toda área urbana. Nos últimos anos pode se concluir que a tendência de ocupação foi a partir do centro para periferia, não havendo, porém, um sentido de expansão determinado.

O esquema de traçado viário em Rancho Alegre é retangular, com vias retilíneas e distribuídas quase todas paralelamente.

Todas as vias, ou seja, 100% (cem por cento) encontram-se asfaltadas e, as de maior tráfego são: Av. Brasil, Av. Paraná, Av. Minas Gerais, Av. São Paulo e Av. Amazonas.

A arborização em todas as vias é bastante elevada, dando bom aspecto paisagístico

2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O Município de Rancho Alegre localiza-se na Região Norte do Paraná a 45 km de Cornélio Procópio, conforme os mapas abaixo:



Imagem 1 – Mapa do Paraná



Imagem 2 – Mapa do Paraná

O Município de Rancho Alegre limita-se ao norte e a leste com o município de Sertaneja, ao sul com os municípios de Uraí e Jataizinho e, a oeste com o município de Sertanópolis. Localizado em uma planície, entre os vales dos Rios Tibagi e Congonhas. Os seus poucos e pequenos morros têm os topos arredondados e, em alguns, há a formação de espigões.

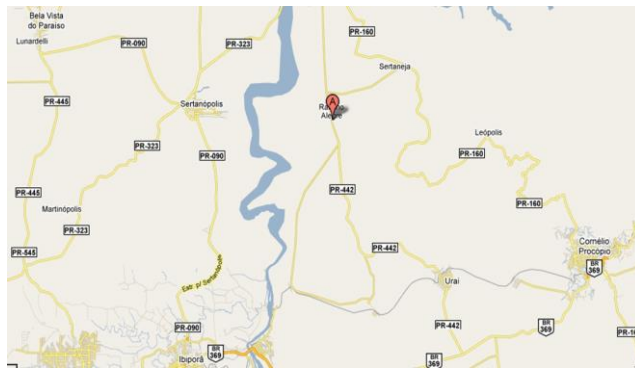


Imagem 3 – Mapa do município

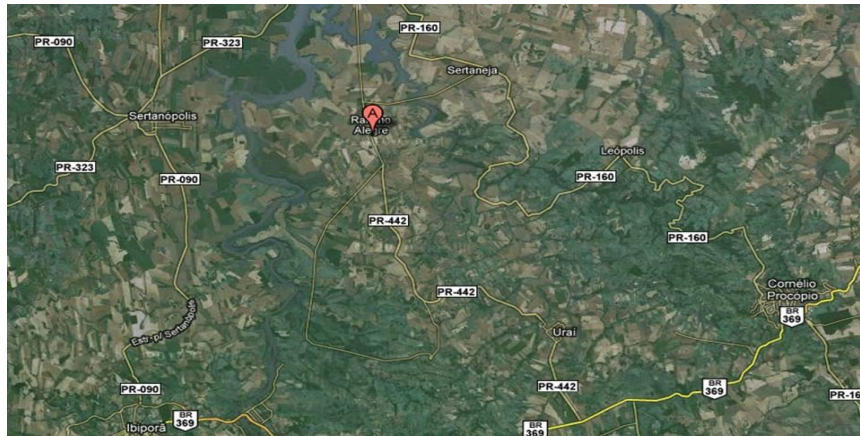


Imagem 4 – Mapa do Município de Rancho Alegre – (Via Satélite)



Imagem 5 – Mapa do Município de Rancho Alegre (Via Satélite)

O município de Rancho Alegre pertence a 18ª Regional de saúde de Cornélio Procópio PR a qual está destacada no mapa abaixo:



Imagem 6 - Mapa do Paraná - Localização da 18ª Regional de saúde destacando o Município de Rancho Alegre

2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quadro 1- Dados Populacionais

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Censitária- Total	IBGE	2020	3,955	Habitantes
Número de domicílios	IBGE	2010	1.352	Domicílios

Fonte: IBGE 2012

Quadro 2 – Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2010.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	% TOTAL
Menor 1 ano	23	25	48	1,21
1 a 4 anos	75	90	165	4,17
5 a 9 anos	125	124	249	6,29
10 a 14 anos	200	144	344	8,69
15 a 19 anos	163	169	332	8,39
20 a 29 anos	289	257	546	13,8

30 a 39 anos	246	286	532	13,4
40 a 49 anos	293	310	603	15,2
50 a 59 anos	215	232	447	11,3
60 a 69 anos	185	198	383	9,68
70 a 79 anos	98	104	202	5,10
80 e mais	41	63	104	2,62
Total	1.953	2.002	3.955	100

Fonte: IBGE 2012

Nas últimas décadas, a população do Paraná passou de um contexto de preponderância masculina, para um quadro de predomínio feminino. No município de Rancho Alegre esse quadro não é diferente, com o universo feminino sobressaindo em 2,5% acima do universo masculino.

Quadro 3 – População residente na área rural e área urbana 2010

ÁREA	URBANA	RURAL	TOTAL
População	3.470	485	3.955

Fonte: IBGE 2012

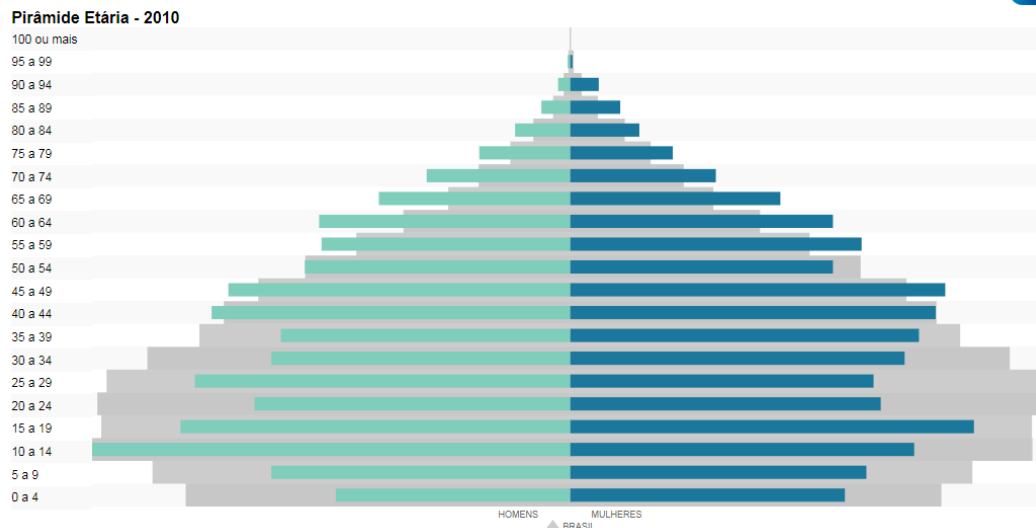
De acordo com os dados do último censo de 2010, o município de Rancho Alegre possui 3.955 habitantes. Porém a população estimada para o ano de 2020 é de 3.784 habitantes.

Analisando o último censo de 2010, segundo gênero, a população do sexo feminino sobressai sobre o sexo masculino em todas as faixas etárias. A população formada por crianças e adolescentes representa 28,77% da população e em relação as pessoas com 60 anos e mais o percentual chega a 17,42% caracterizando a população como envelhecida, seguindo com isso o padrão demográfico brasileiro, onde a taxa de crescimento populacional vem apresentando uma redução e um significativo aumento do contingente de idosos. O que não deixa dúvidas quanto à necessidade de mudança de foco de determinadas políticas públicas, passando a privilegiar a população idosa.

Percebe-se que a população da zona urbana é maior que a população rural, cerca de 87,73% da população total.

2.3 DINÂMICA POPULACIONAL

Pirâmide Etária do Município de Rancho Alegre



2.4 DENSIDADE DEMOGRÁFICA

A Densidade demográfica do município de Rancho Alegre é de 23,59 habitantes por km². E uma área territorial de 167,646 km².

2.5 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO

O município não tem registros de população de rua, carcerária, indígena, ou ainda assentamentos e quilombolas.

2.6 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA

A renda per capita é outro indicador que ajuda, a saber, o grau de desenvolvimento e consiste na divisão da renda municipal total pela sua população. Pela sua renda per capita, a cidade de Rancho Alegre possui uma renda per capita média de R\$ 191,31; dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

O PIB per capita é de :31.406,48R\$ em 2018, Agropecuária: 30,91 %. Indústria: 19,02 %. Serviços: 50,07 %. Produto Interno Bruto: US\$ 11.341.898,56 %. – 41.302,974 Reais.

Principais Produtos cultivados: Soja Safra Normal, Milho Safrinha, Banana, Laranja, Uva, Peixe.

Indústria Dominante: Vestuário, Produtos Alimentares e Mobiliários.

Distribuição das Atividades Econômicas (Número de estabelecimentos sujeitos ao recolhimento do ICMS, por setor): Setor/ Total de Estabelecimentos no Município e Participação (%) em relação à associação - Indústria/ 7 estabelecimentos/ 0,02%. Comércio Varejista/ 33 estabelecimentos/ 0,01%. Comércio Atacadista/ 2 estabelecimentos/ 0,01%. Serviços/ 11 estabelecimentos/ 0,02%. De acordo com os dados retirados do site da Prefeitura Municipal de Rancho Alegre.

O salário médio mensal dos trabalhadores formais do município é de 2,0 salários mínimos, segundo IBGE.

Quadro 4 – Dados econômicos

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Economicamente Ativa	IBGE	2010	1.975	Pessoas
População Ocupada	IBGE	2010	1.980	Pessoas

Fonte: IBGE 2012

Quadro 5 – Pessoas economicamente ativas por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE PESSOAS
10 A 14	36
15 A 19	151
20 A 25	205
25 A 29	218
30 A 34	205
35 A 39	197
40 A 44	237
45 A 49	224
50 A 54	149
55 A 59	135
60 A 69	149
70 OU MAIS	69

Fonte- IBGE 2019

A população economicamente ativa, ou simplesmente população ativa, compreende todas as pessoas com 10 anos ou mais de idade, que constituem a força de trabalho do país. Abrangem os empregados e empregadores, os trabalhadores autônomos, os trabalhadores que estão temporariamente desempregados etc. Em 2000, a população ativa do município de Rancho Alegre era de 2.160 pessoas, e a maior parte desses trabalhadores atua na área da agricultura e pecuária segundo dados do IBGE em 2012 essa população decresceu para 1.975 pessoas.

Quadro 6 – Indicadores econômicos e sociais

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
Densidade Demográfica	IPARDES	2010	3,64	Hab/Km ²
Grau de Urbanização	IBGE	2010	7,14	%
Índice de Desenvolvimento Humano-IDH M	IPARDES	2010	707	%
Taxa de Pobreza	IPARDES	2010	2,1	%
Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais	IBGE	2010	15,24	%

Fonte: IPARDES/IBGE

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDH – M), que é um índice médio para avaliar o bem-estar de uma população, através da riqueza, educação, esperança de vida e natalidade entre outros, Rancho Alegre está com um IDH – M de 0,707, que é considerado médio (IDH – M de 0 a 0,499 é considerado baixo; IDH – M de 0,500 a 0,799 é considerado médio e IDH – M de 0,800 a 1 é considerado alto); dados do IBGE no ano de 2000.

Em relação a Taxa de pobreza, a participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 4,1%, em 1991, para 4,5%, em 2010, diminuindo os níveis de desigualdade. Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 55,3%, ou 12 vezes superior à dos 20% mais pobres. Faltam dados atualizados para uma melhor perceptiva da situação atual.

3. EDUCAÇÃO

Educação é o ato de educar, de instruir, educação significa o meio em que os hábitos e costumes e valores de uma comunidade são transferidos de uma geração para a geração seguinte. A educação possibilita maiores oportunidades de trabalho e crescimento profissional e financeiro.

No município, em 2010 segundo dados do IBGE, 8,9% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 68,8%. No ano de 2012 esse índice teve um aumento significativo para 83%. E com o passar dos anos observa-se que o índice de crianças analfabetas foram diminuindo.

Quadro 7 – Proporção da população matriculada, segundo a faixa etária no Município.

Faixa Etária	2017	2018	2019	2020
5 a 9 anos	186	186	190	151
10 a 14 anos	46	37	40	42
15 a 19 anos	01	-	-	01
Total	233	223	230	194

Fonte: IBGE 2012

O percentual de alfabetização de jovens vem caindo com o passar dos anos entre adolescentes de 15 a 20.

Quadro 8 – Dados educacionais, segundo o número de matrículas

INFORMAÇÃO	DATA	ESTATÍSTICA	
Matrículas na creche	2020	74	Alunos
Matrículas na Pré-escola	2020	87	Alunos
Matrículas no Ensino Fundamental	2020	365	Alunos
Matrículas no Ensino Médio	2020	154	Alunos

Fonte: IBGE

Rancho Alegre possui ainda um Centro Municipal de Educação Infantil que atendendo crianças de 0 a 4 anos, desde o ano de 2014, uma Escola Municipal que atende crianças de 05 a 10 anos de idade, e um Colégio Estadual – anos finais do Ensino Fundamental - Ensino Médio e Formação de Docentes, que atende crianças/adolescentes de 11 a 17 anos.

Na rede municipal de ensino, no momento não há evasão escolar, pois é realizado um trabalho em parceria com o Conselho Tutelar, para que o aluno que apresente faltas injustificadas justifique-as, não se evadindo.

Dentre as informações obtidas, o CMEI e a Escola Municipal atendem todos os alunos que procuram por matrícula.

4. DIAGNOSTICO EPDMIOLÓGICO

Quadro 9 – Informações sobre nascimentos no período de 2017 a 2020.

CONDIÇÕES	2017	2018	2019	2020
Número de nascidos vivos	27	37	32	40
Número de nascidos prematuros	00	00	01	01
Número de partos cesarianos	22	27	29	34
Número de partos vaginais	05	09	03	06

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes como: sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras. A operacionalização do sistema é composta pelo documento padrão, que é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), emitida em todas as maternidades do país ou em caso de partos domiciliares emitidas pelos cartórios. Os dados, coletados, são de grande importância para análise epidemiológica, estatística e demográfica.

Em Rancho Alegre, observamos que o número de nascidos vivos vem crescendo quantitativamente entre 2017 a 2020.

Os partos são realizados na cidade de Cornélio Procópio, devido a fechamento do hospital municipal, não contendo assim, estrutura para realização de partos.

Quadro 10 - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2017-2020.

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	2017	2018	2019	2020
<7 consultas	--	--	1	3
>7 consultas	--	--	31	37
Total	--	--	32	40

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

De acordo com linha guia da Rede Mãe Paranaense a gestante preconiza no mínimo (07) sete consultas durante o pré-natal, em análise o Município mantém-se dentro do pactuado, pois a média de gestante com (07) sete ou mais consultas de pré-natal encontra-se acima de 80%.

O percentual de início precoce do pré-natal aumentou no município, o que reforça a importância e eficiência de estratégias de captação precoce das mulheres seguindo as orientações da linha guia da rede mãe paranaense.

Quadro 11 - nascidos vivos, por mães adolescentes, entre 10 e 19 anos, residentes no município – 2017 a 2020.

INDICADOR	2017	2018	2019	2020
Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos	04	02	02	02
% em relação ao número de nascidos vivos	14,81	5,56	6,25	5,0

Quadro 12 - mortalidade materna e infantil – 2017a 2020.

INDICADOR	2017	2018	2019	2020
Número de óbitos maternos	00	00	00	00
Número de óbito infantil	00	00	00	00
Número de natimortos	01	01	01	00
Número de óbito fetal	00	00	00	01

Fonte: SINASC – RANCHO ALEGRE – PR

No Brasil, assim como na maioria dos outros países, a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, está reduzindo a cada ano. Apesar na redução da taxa de mortalidade, o Brasil está distante de atingir a média estipulada para as Metas de Desenvolvimento do Milênio, desenvolvidas pela ONU. No Paraná, analisando a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil, observa-se uma linha de tendência crescente desse indicador.

O governo brasileiro assumiu o compromisso com a Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. A OPAS/OMS considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV. A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas estão associadas a insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério. As mortes maternas acontecem por causas que dizem respeito aos óbitos decorrentes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas.

Já no Município de Rancho Alegre, nos últimos 04 anos, não ocorrem casos de óbitos materno e infantil, e os óbitos fetais e natimortos foram considerados inevitáveis.

A vacina é a melhor maneira de se proteger de uma variedade de doenças graves e suas complicações. Ao ser vacinado, a pessoa está ajudando toda a comunidade a diminuir os casos de determinada patologia, sendo que as mesmas possuem a função de estimular nosso corpo a produzir resposta imunológicas. No Brasil e no mundo, várias epidemias foram extintas com o advento da vacina.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, tem como missão organizar a política nacional de vacinação, contribuindo para o controle, a eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis. É coordenado pelo Ministério da Saúde de forma compartilhada com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O Programa, reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados do mundo, já obteve significativas vitórias, como a erradicação da poliomielite e a eliminação da circulação do vírus autóctone da rubéola. Atualmente, sua maior perspectiva é consolidar-se como uma política pública efetiva na melhoria da expectativa de vida da população brasileira.

Quadro 13 – Cobertura vacinal em crianças menores de 02 anos.

%	2017	2018	2019	2020
BCG	74,42	93,02	133,33	114,81
Rota vírus Humano	74,42	69,77	159,26	170,37
Pneumo 10	76,74	72,09	159,26	192,59
Pneumo 10, reforço	95,35	53,49	70,37	185,19
Meningo c	69,77	76,74	140,74	177,18
Meningo C, reforço	95,35	62,79	111,11	200,00
Pentavalente	74,42	67,44	107,41	151,85
Triplíce Viral	95,35	69,77	111,11	203,7
Febre Amarela	90,7	62,79	107,41	103,7
Tetra viral	97,67	51,16	92,59	125,93
DTP	100	62,79	55,56	181,48
VIP	74,42	65,12	144,81	181,48
VOP	106,98	67,44	66,67	151,85
HEPATITE A	109,03	65,12	96,03	196,3

Fonte: PNI, Ministério da Saúde

Quadro 14 – Influenza em idosos, acima de 60 anos.

%	2017	2018	2019	2020
Influenza	104,10	110,54	105,86	109,81

Em nosso município a equipe sempre se desdobra para alcançar as metas de vacinação. Observa-se nos anos de 2019 e 2020 a maioria das vacinas encontra-se acima da meta preconizada, o que se deve ao excelente trabalho da ESF em realizar busca ativa.

Quadro 15 – Doenças de Notificação- 2017-2020.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO	2017	2018	2019	2020
Hepatite Viral B	0	0	0	0
Hepatite Viral C	0	0	0	0
Outras Hepatites Virais	0	01	01	0
Intoxicações por agrotóxico	1	0	0	0
Intoxicações por Medicamentos	0	03	02	09
Intoxicações por Pesticidas Domésticos	0	0	0	0
Dengue	1	17	1	148
Malária	0	0	0	0
Doença Meningocócica	0	0	0	0
Meningite não especificada	0	0	0	0
Paracossidioomicose (blasto micose)	0	0	0	0
Sífilis	03	01	0	0
Toxoplasmose	01	0	0	0
Tétano Acidental	0	0	0	0
Tuberculose	01	0	01	0
Varicela	09	07	1	00
Hanseníase	0	0	01	03
HIV/AIDS	0	0	0	0

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos)

Nas três últimas décadas, a situação epidemiológica das doenças transmissíveis apresenta um quadro complexo, que se resume nas seguintes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante, doenças transmissíveis com quadro persistente e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Entre as transmissíveis com quadro declinante inserem-se as doenças que dispõem de medidas eficazes de prevenção e controle, especialmente as doenças imunopreveníveis, cuja

tendência de redução tem persistido, sendo que as mesmas se encontram em franco declínio, com reduções drásticas nas taxas de incidências, alcançadas por meio de ações da Vigilância Epidemiológica para sua erradicação, eliminação e controle.

A hanseníase, a Doença de Chagas e a raiva humana também se caracterizam como doenças em declínio no estado do Paraná, e condiz com nosso município, pois durante esses 5 anos não tivemos notificações de casos de raiva e nem de doença de chagas, e os dados da hanseníase estão diminuindo gradativamente.

Todos os casos em tratamento, com os comunicantes avaliados de acordo com o protocolo, e 100% de alta por cura.

Entre as doenças transmissíveis que apresentam quadro de redução recente, destacam-se: as meningites, em especial as causadas pelos meningocócicos B e C, que apresentam níveis importantes de transmissão; as hepatites virais; a tuberculose; a AIDS e as DSTs; as doenças diarreicas agudas; e, entre as zoonoses e as doenças transmitidas por vetores.

Doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas, causadas por vírus ou bactérias nunca descritos ou por mutação de um vírus já existente. É possível ainda que sejam causadas por um agente que atingia só animais e que passa a afetar também seres humanos, alcançando regiões onde antes não havia casos da doença. Considerando este conceito, tem-se como exemplo a influenza causada pelo vírus influenza A (H1N1) 2009 e Covid-19 em 2019. Já as doenças reemergentes são doenças conhecidas que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana como a dengue.

Quadro 16 – Sífilis congênita

INDICADOR	2017	2018	2019	2020
Número absoluto de crianças com sífilis congênita	0	0	1	0

Fonte: SINAN

Em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação o registro de até 1 caso de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos no ano, pois, é uma doença importante e causa complicações que podem levar de mortalidade infantil, sendo de extrema relevância sua prevenção com pré-natal de qualidade, por isso a necessidade de manter o índice em zero.

Quadro 17 – principais causas mortalidade no município, 2017 a 2020.

MORTALIDADE	2017	2018	2019	2020
Doenças do aparelho circulatório	11	08	12	13
Neoplasias	07	09	10	03
Doenças do aparelho respiratório	06	07	04	01

As principais causas de mortalidade no município nos últimos anos foram doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

O perfil de saúde e doença de uma população é um processo dinâmico que pode se transformar por mudanças nos estilos de vida. É o que se observa no Paraná nos últimos anos, com a coexistência das doenças transmissíveis, com importante papel no cenário de morbimortalidade e crescimento acelerado das doenças não transmissíveis, associado aos agravos por causas externas.

De modo semelhante às transições epidemiológica e demográfica, a transição nutricional corresponde às mudanças negativas verificadas nos padrões alimentares, caracterizada por aumento do consumo de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares refinados, alimentos industrializados e relativamente reduzida quantidade de carboidratos complexos e de fibras.

O padrão alimentar atual associa-se a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade e alguns tipos de cânceres.

Quanto a composição da mortalidade por grupo de causas, o que se observa é uma ascensão das doenças não transmissíveis.

As principais causas de mortalidade do município de Rancho Alegre são por doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório e neoplasias, o que também requer um fortalecimento das ações da atenção primária.

Quadro 18 – Indicadores relacionados a Atenção Básica

INDICADORES	2017	2018	2019	2020
Número de pessoas cobertas pela equipe de atenção básica	3977	3963	3832	3808
número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	263	354	182	352
Número de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária	92	108	83	70

Fonte: Datasus ou sistema municipal

A taxa de cobertura do ESF em relação a população total está acima de 90% nos últimos 03 anos. Manter uma boa cobertura da população fortalece a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde, a mediana que vincula a população a unidade, fortalecendo a rede de atenção.

A média pactuada pelo Estado da razão de exames citopatológicos do colo do útero foi de 0,65, porém município alcançou uma média de 0,65 a 0,70 nos últimos 04 anos, o que comprova a eficácia da equipe em realização de busca ativa e ações e campanhas relacionadas a saúde da

mulher. Este indicador expressa o número ou produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) realizados pelo SUS na população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 64 anos).

A meta em relação a mamografias realizadas em mulheres de 50-69 anos pelo SUS, no Paraná foi de 0,40. Este indicador representa a relação entre a produção/número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária. O município manteve-se em 0,33 a 0,51 nos últimos 04 anos, o que demonstra que medidas de captação das mulheres em idade alvo, devem ser fortalecidas.

Quadro 19 - Série histórica de cobertura da APS, ESF e ESB.

COBERTURA POPULACIONAL	2017	2018	2019	2020
Cobertura populacional estimada pelas equipes da atenção primária	143%	87%	90%	90%
Cobertura da ESF	143%	87%	90%	90%
Cobertura estimada pela equipe da saúde bucal	124%	87%	90%	-

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em agosto de 2012. Neste período foi realizado o cadastramento e iniciado o acompanhamento de toda a população da zona urbana, portanto não houve cobertura total, uma vez que a população da zona rural não havia sido incluída. No ano de 2020 a população já se encontra toda cadastrada e a cobertura estimada pela equipe ESF é de 90% à 100%.

5. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO E QUADRO DE PROSSIONAIS

Quadro 20 - Estabelecimentos de Saúde e tipo de prestador, segundo dados do SCNES – 2021.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO	FILANTRÓPICO	PRIVADO	TOTAL
Centro de Saúde/Unidade Básica	01	00	00	01
Unidade Mista de Saúde	01	0	0	01
Santa Casa De Cornélio Procópio	00	01	00	01
Serviço de Atenção ao paciente com tuberculose	01	00	00	01
Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento	01	00	00	01

Serviço de atenção e saúde bucal	01	00	00	00
Serviço de vigilância em saúde	01	00	00	00
Serviço posto de coletas de materiais biológicos	01	00	00	01
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT ISOLADO)	00	00	02	02
Serviço de laboratório de prótese dentaria	02	00	00	02
Atenção primaria	01	00	00	01
Imunização	01	00	00	01
Central de Gestão em Saúde	01	0	0	01
Total	04	0	0	04

O serviço de Urgência e Emergência conta com médicos plantonistas 24 horas, Sala de Atendimento a Paciente Critico, Sala de Repouso e Observação. Equipado com Eletrocardiógrafo com Monitor e Desfibrilador.

Quadro 21 - Leitos para pacientes que necessitam de atendimento de observação disponível na Unidade Mista de Saúde.

Quartos	04 quartos com dois leitos em cada um
Poltronas para administração de medicação	05 unidades

Fonte: CNES

A Unidade Mista de Rancho Alegre possui atendimento 24 horas, composta por equipe contendo medico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Realizamos atendimento de urgência e emergência tendo como referência a Santa Casa de Cornélio Procópio.

Quadro 22 - Descrição da função e quantidade de funcionários existentes na Unidade Mista de Saúde.

DESCRIÇÃO SEGUNDO A FUNÇÃO	TOTAL
Agente comunitário de saúde	08
Auxiliar de enfermagem	02
Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família	01
Cirurgião dentista clínico geral	01
Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família	01
Digitador	01
Diretor administrativo	01
Enfermeiro	05
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	01
Farmacêutico	03
Fisioterapeuta geral	01
Fonoaudiólogo	01
Médico clínico	06
Médico da estratégia de saúde da família	01
Médico dermatologista	01
Médico pediatra	01
Médico veterinário	01
Nutricionista	01
Psicólogo clínico	01
Técnico de enfermagem	08
Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família	01

Fonte: CNES

O trabalho interdisciplinar busca a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especialidades de cada área profissional. Nele, cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais. Isso contribui significativamente para a mudança do modelo assistencial com ênfase na promoção da saúde da família. Pode-se observar que o município vem trabalhando desta maneira, priorizando a importância da equipe multidisciplinar com o objetivo de trazer melhor qualidade na assistência à população.

6. EIXOS DE ATENÇÃO A SAÚDE

6.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

6.1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes e constituem sérios problemas de saúde pública, ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral. No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

O Diabetes Mellitus representa um grande impacto econômico nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e ainda as cirurgias para amputações de membros inferiores. Estima-se que 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes no mundo.

O controle do “diabetes” envolve não somente ações em saúde, mas também as Intersetoriais, multidisciplinares, intrafamiliares e sociais que incluem mudanças do hábito e estilo de vida, muitas vezes difíceis de serem incorporadas à prática.

Por isso a importância de trabalhar na Atenção Primária promovendo a saúde, a qualidade de vida e prevenindo as complicações destas doenças.

No município é realizado o cadastramento, pela equipe do ESF de todos os hipertensos e diabéticos no SYSMAR (sistema próprio), nos quais os dados são migrados para o ESUS.

O acompanhamento desses pacientes é realizado através de orientação individual, durante as visitas domiciliares, quanto às respectivas doenças, uso correto da medicação, controle de pressão arterial e glicemia capilar e a importância do retorno com médico clínico geral e nutricionista para acompanhar a evolução da doença com o intuito de buscar uma vida mais saudável. São realizados ainda, acompanhamentos semanais através de grupos de hipertensos e diabéticos realizados nas áreas dos ACS.

6.1.2 SAÚDE DA MULHER E PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Programa Saúde da Mulher engloba Planejamento Familiar, Prevenção do câncer do colo uterino e da mama, prevenção de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) /AIDS e acompanhamento das gestantes e puérperas.

A orientação quanto à importância do planejamento familiar e prevenção de IST e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é realizada por toda a equipe de saúde conforme a indicação médica. Os métodos contraceptivos, preservativos masculinos e femininos, Dispositivo Intrauterino (DIU), pílulas anticoncepcionais, hormônios injetáveis mensais e trimestrais estão disponíveis no Centro de Saúde.

Em relação à prevenção de câncer nas mulheres, o município realiza exame preventivo do colo uterino, exame clínico das mamas, mamografia e ultrassonografia de mamas. É realizada também a busca ativa das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos para realizar o preventivo com intuito de reduzir o número de casos e de mortes causadas por essas doenças e melhorar a qualidade de vida das mesmas. Em relação a exame cito patológico do colo uterino o município de Rancho Alegre, nos anos de 2017 a 2020, manteve-se acima da média pactuada pelo estado o que comprova a eficácia da equipe em realização de busca ativa e ações e campanhas relacionadas a saúde da mulher. Em relação a razão de mamografias a meta pactuada pelo estado é de 0,40, porém o município manteve-se em 0,33 a 0,51 nos últimos 04 anos, o que demonstra que medidas de captação das mulheres em idade alvo, devem ser fortalecidas.

No estado do Paraná a atenção ao pré-natal é orientada pela Rede Mãe Paranaense. Esta foi criada em 2012 e visa realizar ações que promovem o acompanhamento da gestante desde o início da gravidez até o parto e puerpério, assim como também atenção à criança. Ela estipula no mínimo sete consultas no decorrer da gravidez, a realização de exames, estratificação de risco do binômio (mãe/ bebê), assim como o encaminhamento ao atendimento de especialistas para aquelas que forem classificadas como gestação de intermediário ou alto risco (PARANÁ, 2012).

O acompanhamento de pré-natal visa garantir uma gestação com desenvolvimento satisfatório, permitindo assim, um parto tranquilo e o nascimento de uma criança saudável. No município, as gestantes são cadastradas e estratificadas por grupo de risco para acompanhamento, e as consultas são realizadas pelo médico especialista em ginecologia e obstetrícia e as gestantes de alto risco são encaminhadas para CISNOP realizando consultas nos dois lugares. O município oferece todos os exames laboratoriais de rotina, ultrassonografia obstétrica e morfológica e outros exames. As gestantes realizam a primeira consulta de pré-natal com a enfermeira da unidade, onde ocorre a classificação de risco e solicitação de exames, realização de testes rápidos, abertura da caderneta e orientações pertinentes. As demais consultas são realizadas pelo médico ginecologista. A captação normalmente é precoce, sendo que a maioria inicia o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

É realizada busca ativa das gestantes faltosas pelo agente comunitário de saúde, via telefone e visitas domiciliares. O fluxo para o parto varia de acordo com a classificação de risco, sendo que gestantes de alto risco e risco intermediário são acompanhadas no município e no CISNOP, e as gestantes de baixo risco, são acompanhadas somente no município. Os partos são realizados na Santa Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio. Após a alta é realizada visita puerperal, onde é agendado o retorno com o ginecologista, consulta de puericultura e pediatra, e realizado também orientações pertinentes.

6.1.3 ATENÇÃO À CRIANÇA

O crescimento e o desenvolvimento infantil são eixos fundamentais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob o aspecto biológico, afetivo, psíquico e social. São ações básicas de saúde que fazem parte da Atenção à Saúde da Criança e que devem ser prestadas em toda a rede básica de serviços de saúde: promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas.

Tais ações são realizadas muitas vezes durante a puericultura. A puericultura é definida como um conjunto de ensinamentos e práticas visando o adequado desenvolvimento físico, psíquico e social da criança. Acompanha o indivíduo do nascimento até a vida adulta propiciando que ele cresça e se desenvolva na plenitude de seu potencial, evitando doenças, protegendo-o de fatores ambientais e sociais dentro de uma sociedade injusta, agressiva, violenta, com muitas possibilidades de acidentes e intercorrências. Todas as ações e instrumentos que levem à proteção da criança e do adolescente e propiciem seu pleno desenvolvimento nos aspectos biopsicossociais são considerados ações de Puericultura.

Através da puericultura é realizada avaliação periódica do ganho de peso, permitindo o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. Na UBS a puericultura é realizada nas crianças de 0 a 2 anos de idade.

As orientações de cuidados com a criança são repassadas para as mães desde a primeira visita a UBS para a vacina, através dos profissionais de enfermagem, é realizada a puericultura e agendado a consulta com o pediatra, com intuito de adquirir crianças futuramente saudáveis e com uma melhor qualidade de vida, visando a vigilância do crescimento físico, desenvolvimento neuropsicomotor, aumentando a cobertura vacinal, promovendo a educação alimentar e nutricional, promovendo segurança e prevenção de acidentes e lesões intencionais principalmente domésticos de lactentes de 0 a 18 meses, além do diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes na infância.

O Programa de Saúde da Família faz busca ativa de crianças faltosas e acompanhamento mensal de todas as crianças do município.

O Programa “Leite das Crianças” tem como objetivo diminuir a desnutrição infantil, sendo prioritário o atendimento de crianças de 6 a 36 meses de idade, pertencentes a famílias com renda média per capita mensal inferior a meio salário mínimo, através da distribuição de leite fluido pasteurizado. O Centro de Saúde atua articuladamente com esse programa através da pesagem das crianças, uma das condicionalidades para as mães e/ou responsáveis receberem o leite.

6.1.4 ATENÇÃO A IDOSOS

O envelhecimento faz parte da realidade de toda sociedade, o mundo está envelhecendo. Estima-se que em 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. O envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva da reserva natural dos indivíduos (senescência). No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica (senilidade).

Muitos idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, levando a estados que requerem acompanhamento constante. Essas condições crônicas normalmente estão associadas a comorbidades e podem levar a um processo incapacitante que afeta a funcionalidade da pessoa idosa, ou seja, dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições comprometem a qualidade de vida do idoso.

Portanto, fazem parte do trabalho das equipes de Atenção Primária na Saúde do Idoso as ações coletivas na comunidade, as atividades em grupo, atendimento individual e participação das redes sociais dos usuários.

Os idosos são acompanhados semanalmente no Grupo da Terceira Idade, onde é realizada aferição da Pressão Arterial e controle de glicemia nos pacientes diabéticos através do hemogluco teste. O Médico da Estratégia Saúde da Família também realiza atendimento individual, através de visitas domiciliares, nos casos em que o idoso é acamado ou possui alguma incapacidade física que o impede de se locomover até a UBS.

O acompanhamento dos idosos também é feito através de campanhas realizadas no Centro de saúde são entregues as cadernetas de saúde da pessoa idosa, onde há a aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar. Esse acompanhamento também é feito no Grupo da Terceira Idade semanalmente. Também é realizado acompanhamento durante as consultas médicas.

6.1.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Saúde reafirma a educação permanente como dispositivo de mudanças de práticas no trabalho, visando à melhoria na qualidade do atendimento de saúde.

As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. São garantidos momentos para realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimento entre os profissionais. Sendo assim, serão utilizados recursos estaduais.

6.1.6 SAÚDE MENTAL

Os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da Atenção Básica estão pautados em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado. Vale enfatizar que inserir a Saúde Mental na ESF um dos seus ramos de atuação. O objetivo da Rede de Saúde Mental é promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento, transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas em todo o estado. Tanto os usuários quanto seus familiares encontram apoio nos diversos pontos de atenção da rede, como as Unidades de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidades de Acolhimento.

As portas de entrada da saúde mental no município de Rancho Alegre são: a Unidade mista de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Conselho Tutelar e CRAS e mediante denúncias.

O município contém um psicólogo que trabalha na atenção a saúde mental, sendo o responsável por todas as estratificações de risco e encaminhamentos para os CAPS.

Na 18° RS, o CAPS I de Cornélio Procópio é o ponto de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado.

O CAPS II ou CAPS AD é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Para atendimento não é necessário encaminhamento ou agendamento pregresso, pois o mesmo possui portas abertas e o acompanhamento dos casos após a consulta acontece pela Atenção Básica e pelo CRAS.

6.1.7 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A Política de Saúde Bucal do Município de Rancho Alegre tem como objetivo de fornecer atendimento odontológico a toda população.

Para as crianças e adolescentes além dos tratamentos Clínicos realizados no Centro Odontológico, são providenciadas ações individuais e coletivas como a escovação supervisionada, palestras educativas, instruções de higiene oral, profilaxias, aplicação de flúor e selantes, atendimento de urgência e emergência. Junto à equipe estratégia saúde da família realizando acompanhamento de todas as gestantes, sendo priorizado atendimento a todas elas.

Para os adultos além da procura espontânea ao centro odontológico serão fornecidos: próteses dentárias removível e implantes dentários inferiores, radiografias odontológicas periapical, tratamento de urgência e emergência.

Quadro 22 – Quantidade de atendimentos odontológicos realizados.

ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	2017	2018	2019	2020
Atendimentos odontológicos em geral	3.289	4.538	4.422	1.752

Fonte: CNES/ Sistema Próprio (SYSSAUDE)

7. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conforme a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar, em bases firmes e de forma oportuna, as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Suas atribuições são voltadas a promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva da população.

A alimentação dos sistemas SISVAN, SINAN, SINASC, SIM, SISAGUA, SIEVISA e SI-PNI tem o objetivo de alimentar, condensar, avaliar os dados e tomar as medidas cabíveis quando necessárias.

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do [estado nutricional](#) e do [consumo alimentar](#) das pessoas que frequentam a Unidade Básica. São contemplados pela Vigilância Alimentar e Nutricional todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na [lista nacional de doenças de](#)

[notificação compulsória](#) (Portaria GM/MS Nº. 2325 de 08 de dezembro de 2003). Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. É um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

SINASC: Sistema de Informações de Nascidos Vivos propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como: sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

SIM: Sistema de Informação de Mortalidades proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio demográfico. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

SISAGUA sistema de controle e qualidade de água, e acessado mensalmente.

SIEVISA sistema de informação e vigilância sanitária.

SI-PNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações é formado por um conjunto de sistemas:

- SIES (Sistema de Informação de Insumos Estratégicos): onde dá-se entrada e saída de imunobiológicos e insumos.

- Sysmar (Sistema de Gestão da Saúde Pública Municipal): e' um sistema terceirizado pelo município que exporta dados direto para ESUS.

A Imunização garante a distribuição dos imunobiológicos para toda a população, contra as doenças imunopreveníveis, com o objetivo de controlá-las, eliminá-las e até mesmo erradicá-la. O Programa de Imunização é composto pelo esquema básico de vacinação (vacinas de rotina), campanhas de rotina (Poliomielite e Influenza), multivacinação e de seguimento (epidemias, vacinação de bloqueio), imunobiológicos especiais (antirrábica) e vacinação de grupos de risco.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e integra a estratégia FOME ZERO, que tem o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável. Ao entrar no Programa, a família se compromete a cumprir as condicionalidades do Programa Bolsa Família nas áreas de saúde e

educação, que são: manter as crianças e adolescentes em idade escolar frequentando a escola; e cumprir os cuidados básicos em saúde, que é seguir o calendário de vacinação para as crianças entre 0 e 6 anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação. Em nosso município a equipe de vigilância epidemiológica em parceria com a nutricionista acompanha 120 famílias acompanhadas pelo departamento de saúde do Município referente agosto a dezembro de 2020.

Também atua na comunidade através de palestras educativas de educação em saúde.

7.1 COVID-19

Coronavírus (Cov) é uma ampla família de RNA vírus que em humanos podem causar síndromes respiratórias e gastrointestinais. O novo coronavírus SARS-CoV-2 é uma nova cepa que ainda não havia sido previamente identificada em humanos. O período de incubação conforme estudos o período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias.

A transmissão é através da disseminação de pessoa para pessoa nos casos de MERS-COV e SARS-COV acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante a maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham (Brasil, 2020).

Período de transmissibilidade pelo que se sabe é que a transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-COV ocorre entre pessoas em média 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do Novo Coronavirus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informações suficientes de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

O espectro clínico da infecção por coronavírus é amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. As manifestações clínicas do novo coronavírus não estão estabelecidas, necessitando de mais investigação e tempo para caracterização da doença. Os principais sinais e sintomas referidos são respiratórios, sendo que o paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar.

Para tratamento ainda não há nenhum antiviral específico recomendado para tratamento de infecções por COVID-19. Pessoas infectadas com este vírus devem receber tratamento para auxiliar no alívio de sintomas. Para casos severos, tratamento deve incluir suporte de terapia intensivo.

Para prevenção e controle é prudente adotar os princípios básicos para reduzir o risco geral de infecções respiratórias agudas;

*Lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por menos 20 segundos, respeitando os 5 momentos de higienização. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante

para os 5 momentos de higienização. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos a base de álcool.

*Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas.

*Evitar contato próximo com pessoas doentes.

*Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo.

*Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

Para melhor estratégia de trabalho foi criado o COE (Centro de Operações em Emergências) no qual tem a função de definir as responsabilidades dos envolvidos, elaboração de protocolos de atendimentos, definir equipes profissionais para ações de vigilância, levantamento de contatos para localização em tempos oportunos, providência de local específico para atendimento de pessoas com síndrome gripal e criação de fluxograma de atendimento.

A Vigilância em Saúde tem papel importantíssimo no combate a pandemia, sendo que, realiza as notificações, acompanhamento e monitoramento de todos os casos suspeitos.

Segundo levantamento epidemiológico pode-se observar que no ano de 2020 foram:

NOTIFICAÇÕES COVID-19	2020
Nº total de pessoas notificadas	540
Nº total de pessoas com resultado de exame positivo	128
Nº total de pessoas descartadas	379
Nº notificações encerradas como clínico epidemiológico ou com teste rápido	33
Nº total de óbitos	3

A Equipe vem desenvolvendo excelente trabalho, realizando busca ativa de todos os suspeitos, monitoramento, trabalhando com apoio da vigilância sanitária no desenvolvimento de ações para controle de isolamento da população. Todos juntos vêm trabalhando incansavelmente no combate a pandemia para alcance de melhor resultado.

8. VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

A Vigilância Sanitária (VISA) é composta por 01 médico veterinário, 01 Coordenador de Endemias, 1 Diretora de Vigilância Sanitária e 8 agentes de saúde que trabalham juntos com a VISA.

Atuam no controle dos bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam à saúde, através de inspeções em todas as etapas do processo de produção até o consumo, compreendendo matérias-primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo dos alimentos, medicamentos, produtos químicos e água dentre outros produtos de interesses à saúde. Além disso, tem ações voltadas ao controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, abrangendo inspeções sanitárias nos serviços hospitalares, veterinários, odontológicos, farmacêuticos, terapêuticos, diagnósticos hemoterápicos e de controle de vetores.

Fiscalização do uso de produtos Fumígenos, derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados.

Atua em atividades de interesse à saúde do Trabalhador. Notificação e investigação de acidentes graves ou fatais e doenças relacionadas ao trabalho.

Notificação de Surtos, intoxicações e eventos adversos.

Atendimento a denúncia e reclamações relacionadas a serviço de saúde e de interesse a saúde.

Atua também no controle sobre o ambiente, estabelecendo relações entre os vários aspectos que interferem na sua qualidade, compreendendo tanto o meio ambiente quanto os locais de trabalho, habitação e lazer, sempre que impliquem riscos à saúde.

Pelo Programa “VIGIAGUA” ocorre o monitoramento da qualidade da água para o consumo humano. Na zona rural o controle é feito pela análise mensal de 6 amostras de água, na zona urbana é realizada a medição do cloro e turbidez na rede de abastecimento e conferido o relatório mensal da SANEPAR.

O “Programa Nacional de Controle da Dengue”, através dos Agentes de Comunitários de Saúde, realiza vistorias, tratamento dos focos e faz informações em residências, comércios e terrenos baldios, visando o controle da Dengue.

As ações de controle da raiva são realizadas através do acompanhamento dos animais que agrediram pessoas, visando à profilaxia da raiva.

O “Programa de Controle de Triatomíneos” faz a coleta e identificação dos insetos que estejam suspeitos de sugar sangue, a partir de relatos da população. Caso a identificação não seja possível de ser realizada no município, o inseto é encaminhado ao centro de referência.

8.1 REDE DE ESGOTO

O município não possui rede de esgoto, e a única residência que não possuía instalação sanitária é um domicílio na zona rural, porém já foi providenciada.

8.2 COLETA DE LIXO

A coleta de lixo do município ocorre três vezes na semana no perímetro urbano. A coleta abrange 100% da zona urbana e é realizada por empresa terceirizada SANETRAN, porém na zona rural ainda não é coletado, alguns moradores trazem os lixos para caçambas que se encontram em perímetro urbano para serem coletados, ou são queimados.

8.3 SISTEMA DE ÁGUA

Todos os moradores da zona urbana são atendidos pela rede pública de abastecimento de água, através do Serviço Autônomo de Água e Esgotos – SANEPAR. Na zona rural a população é abastecida por fontes naturais e próprias.

A Atenção Primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Seu objetivo é levar atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. É a principal porta de entrada de um sistema onde várias redes se articulam, deve acolher e vincular o usuário deve cor responsabilizar-se com a resolução dos problemas de saúde da comunidade. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, proteção e prevenção dos agravos à saúde. Também faz parte das ações da atenção primária o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dos sujeitos na sua singularidade e complexidade em uma inserção sociocultural. É desenvolvida como o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com o trabalho em equipe dirigido a população de territórios delimitados e com a responsabilidade de promover a resolutividade destas ações. Orienta-se e tem como fundamentos os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade e participação popular.

A Saúde da Família faz parte da Atenção Primária sendo uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde, para reorganizar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção primária. Entre seus objetivos incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleos básicos de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que esta população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença.

A operacionalização dos objetivos ocorre por meio da definição territorial. Cada equipe é responsável por uma área onde existem 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes. A partir da territorialização é formado o diagnóstico local, que define áreas de risco e vulnerabilidade, características sociais, demográficas e epidemiológicas. É através deste diagnóstico que a equipe conhece melhor a população e suas respectivas necessidades em saúde, para assim poder planejar as ações que devem ser desenvolvidas em cada área, visando melhorar a atenção à saúde e a qualidade de vida da população.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em agosto de 2012, portanto o município conta atualmente com uma equipe composta por: 1 médico, 1 enfermeira, 2 cirurgiões dentistas, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Recentemente a área de abrangência da equipe foi ampliada, conseguindo atingir também a população rural.

9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

9.1 DEFINIÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

Assistência Farmacêutica (AF) é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, englobando um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e em nosso Município também possuímos a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). As

responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

9.2 OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA:

A Assistência Farmacêutica do município de Rancho Alegre tem como objetivo propiciar um novo modelo de atendimento, não restrito à mera aquisição e distribuição de medicamento, e sim buscar a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

9.3 ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE SAÚDE:

9.3.1 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

O município conta com duas profissionais habilitadas Farmacêuticas, onde uma é apenas da Farmácia Municipal (Josiane Fernandes de Oliveira) e outra da Farmácia Municipal e também Hospitalar (Lígia Maria Rett Fonseca).

A Farmácia Municipal está em um anexo a Unidade Básica de Saúde, onde possuímos uma sala arejada, climatizada. Também possuímos um CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), onde este também é climatizado.

A Farmácia Hospitalar está localizada no segundo andar da Unidade Mista de Saúde, com uma sala arejada e climatizada. O sistema de reposição de Medicamentos e Insumos, é em doses coletivas, pois o profissional Habilitado permanece apenas 4 horas no Local.

9.3.2 CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

SELEÇÃO E PROGRAMAÇÃO: Primeiramente as Farmacêuticas juntamente com a Equipe de CFT se reúnem para ver o que é necessário permanecer ou excluir em nosso elenco de Medicamentos e Insumos Hospitalares, assim conseguimos montar nossa Licitação (onde é adquirido e financiado com recursos Municipais);

Para realizar a compra trimestral do Consórcio Paraná Saúde, as Farmacêuticas fazem a seleção e programação de acordo com o perfil epidemiológico e também com a REMUME;

AQUISIÇÃO: O município adquire medicamentos básicos, insumos hospitalares, e os medicamentos constantes em nossa REMUME.

Os medicamentos e Insumos Hospitalares são adquiridos com recursos próprios de nosso Município através de Licitações na modalidade de Pregão Presencial com registros de preços, e através do Consórcio Paraná Saúde.

ARMAZENAMENTO: Possui um CAF onde este recebe apenas os Medicamentos que abastece a Farmácia Municipal.

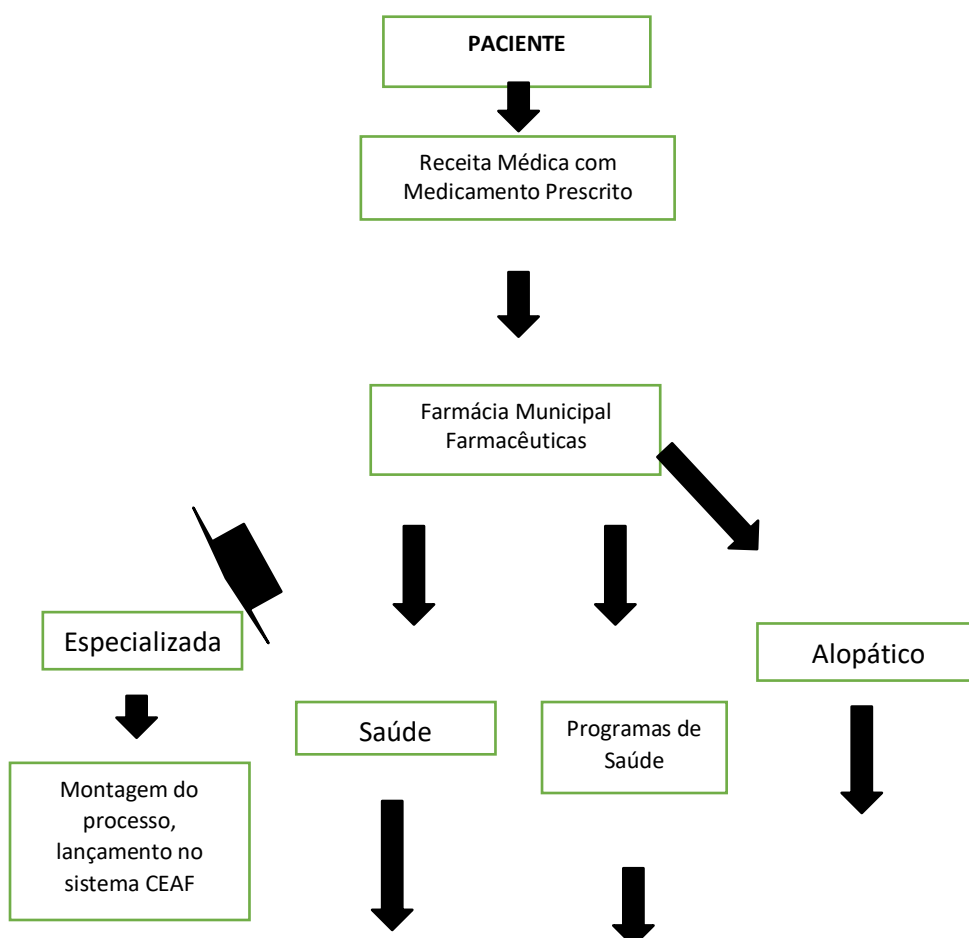
A Farmácia Hospitalar não possui CAF, pois armazenamos na Farmácia mesmo, adquirimos mercadorias mensalmente, ou conforme nosso estoque vai diminuindo.

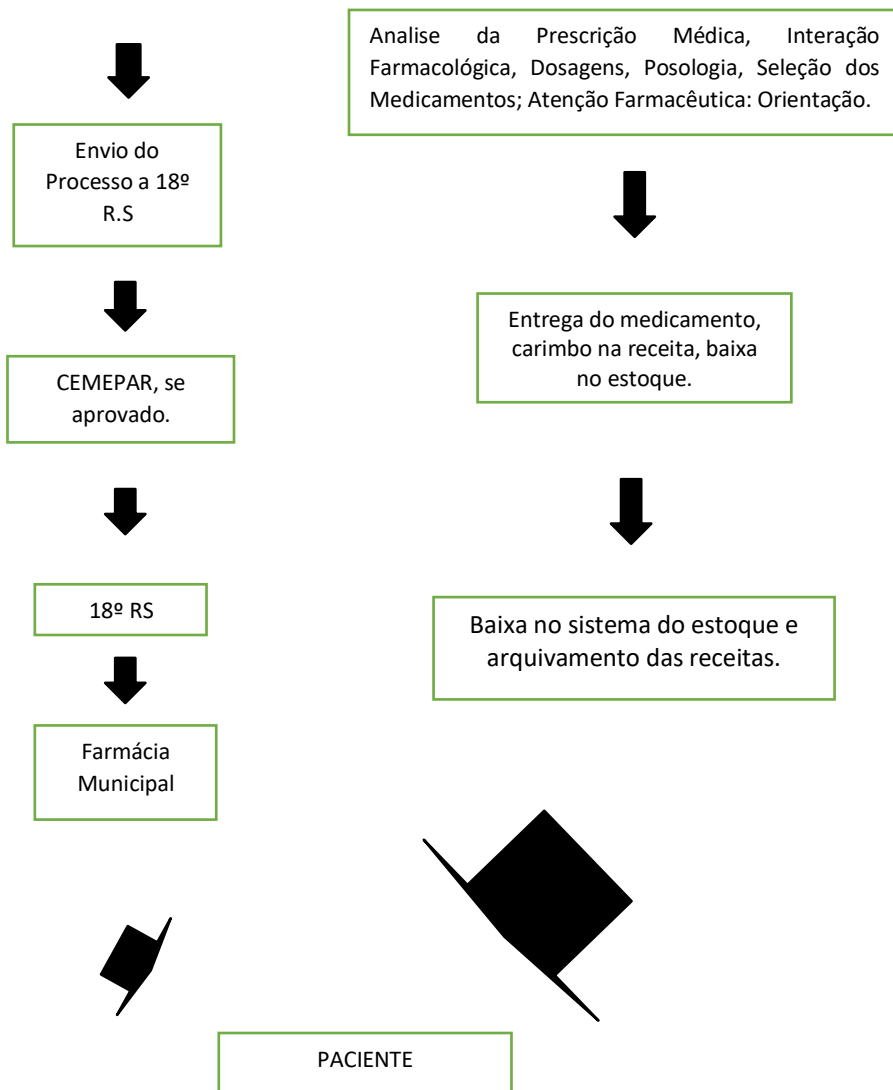
DISTRIBUIÇÃO: A Farmácia Hospitalar é em doses coletivas, então a Farmacêutica abastece conforme necessidades diárias.

A Farmácia Municipal é reabastecida pelo CAF (que fica ao lado da Farmácia) na medida em que vai esvaziando os Bins e Armários.

DISPENSAÇÃO:

- FLUXOGRAMA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:





9.3.3 COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

Tendo por base o perfil epidemiológico do Município de Rancho Alegre, a Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal escolhe dentro da RENAME o Elenco de Medicamentos a serem inseridos/excluídos na REMUME, configurando assim o Componente Básico da Assistência Farmacêutica do Município.

Outro componente essencial é o Especializado, cuja definição pode ser visualizada no art. 2º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554 de 30 de julho de 2013:

Art. 2º O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS,

caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o “caput” será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria.

Não menos importante é o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Art. 26 da Portaria MS nº 204/2007) que se destina ao financiamento de ações como:

Controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

1. antirretrovirais do programa DST/Aids
2. sangue e hemoderivados; e
3. imunobiológicos.

E por último, existem ainda Programas Especiais desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, os quais possuem Protocolos de Diretrizes Terapêuticas.

9.4 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

9.4.1 FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

De responsabilidade da União, dos Estados, de Município e do Distrito Federal, o financiamento restringe-se aos valores mínimos a serem aplicados por cada ente na seguinte proporção:

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL
R\$ 5,80 por habitante/ano	R\$ 2,95 por habitante/ano	R\$ 2,36 por habitante/ano

9.4.2 FINANCIAMENTO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554 de 30 de julho de 2013, em seu art. 66, define as regras para o financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A regra aplicada ao Grupo 3, definido no Art. 3 da Portaria, acompanha o Sistema de Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ficando os outros Grupos, 1 e 2, sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e do Ministério da Saúde.

9.4.3 FINANCIAMENTO DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

O art. 26 da Portaria 204 de 29 de janeiro de 2007 não define as regras de financiamento do Componente Estratégico, ficando a União responsável pela gestão dos recursos.

9.5 INCENTIVO À ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – IOAF:

Criado pela Resolução nº 139 de 23 de fevereiro de 2012 da Secretaria Estadual de Saúde, o IOAF é um recurso disponibilizado para contribuir no custeio da Assistência Farmacêutica Municipal, sendo vedada sua utilização na aquisição de materiais farmacológicos, médico hospitalar e ambulatorial.

Os repasses realizados ao Município de Rancho Alegre a título de IOAF foram: Em 2018 (não teve repasse) 2019 (R\$ 2.000,00 de custeio e R\$ 2.000,00 de investimento); em 2020 (R\$ 2.000,00 de investimento e R\$ 1.000,00 de custeio), 2021.

10. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A atenção a urgência e emergência constitui-se em importante componente de assistência à saúde da população e deve ser estruturada para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS devem acolher o cidadão acometido de um agravo súbito à saúde, oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierárquico.

O município de Rancho Alegre conta com uma unidade mista de saúde, onde é realizado, além dos atendimentos de atenção básica e saúde da família, atendimento de urgência e emergência, porém casos de maior complexidade são encaminhados para a Santa Casa de Cornélio Procópio. A cidade não conta com aparelhos de RX, USG e tomografia, bem como demais exames

de maior complexidade, sendo a referência a cidade de Cornélio Municipal, oferecendo serviços na área cirúrgica, clínica, dispondo de leitos, enfermarias e UTI (Unidade de Terapia Intensiva), além de equipe médica atendendo nas áreas de ginecologia obstetrícia, cardiologia neurologia, clínica geral e acidentes graves, incluindo ambulatório, eletivos e AIH's (Autorização de Internação Hospitalar). No município não existem leitos de internação médica, apenas de observação clínica.

Para os atendimentos de urgência e emergência, a unidade de saúde conta com uma sala de curativos e sutura e uma sala de urgência, que contém um Desfibrilador automático com monitor, Eletrocardiograma, carrinho de emergência, aspirador, bomba de infusão contínua e cilindro de oxigênio. Em pacientes graves, após primeiro atendimento na unidade, são encaminhados a Santa Casa de Cornélio, ou via SAMU, pois o município não conta com estrutura de UTI ou enfermaria.

11. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

No CISNOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná) são realizadas as consultas médicas especializadas e exames especializados, através do CISNOP, são agendadas consultas especializadas em oftalmologia no Hospital de olhos de Cornélio Procópio e Londrina, Centro de Atenção Psicossocial de Cornélio Procópio (CAPS I e CAPS II), exames laboratoriais realizados na Santa Casa de Cornélio Procópio e no próprio município. Além destes, são estabelecidas cotas para o município, tais como, exames realizados por extra-cota no Cedimagem, Clínica Dr. Reinaldo Lavorato, clínica BR Mais saúde em São Gerônimo, ULTRA-CLIN, MP diagnósticos em Londrina e ULTRAMED em Arapongas, Cornélio Procópio e Jacarezinho., ULTRASONIC em Londrina, OFTALON em Londrina e Hospital do Olho em Cornélio Procópio.

São realizados ainda exames especializados por faturamento da Prefeitura Municipal de Rancho Alegre na Santa Casa e Cedimagem.

O município de Rancho Alegre possui atendimento de fisioterapia no município, e serviços terceirizados na Sociedade Filantrópica Humanitas para atendimentos preferencialmente de Hanseníase, Atendimento no Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Hospital Angelina Caron de Curitiba, Hospital do Trabalhador de Curitiba, Centro de Apoio Esperança aos portadores de câncer e outras patologias em Londrina, Santa Casa de Londrina, Hospital Universitário de Londrina (HU), Instituto do Rim de Londrina, Hospital das Clínicas de Londrina (HC), Bebê Clínica de Londrina, Hospital de Olhos de Londrina (HOFTALON), Hospital do Câncer de Londrina (ICL), Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em Bauru, Clínica de Ortopedia de Apucarana, Hospital Cristo Rei de Ibiporã, Hospital João de Freitas de Arapongas e

SERQUIP (coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde gerados no Centro de Saúde e Hospital).

12. GESTÃO EM SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde de Rancho Alegre contempla ações de qualificação da atenção básica com vistas a garantir a qualificação e o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. As diretrizes que orientam a atenção básica no município são, acessibilidade e acolhimento, territorialização e responsabilização sanitária vinculam e a descrição da clientela, cuidado longitudinal; coordenação do cuidado e trabalho em equipe multiprofissional.

A Unidade Mista de Saúde está implantada de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários dos serviços de atenção básica.

O planejamento e a tomada de decisão são feitos através da análise e o acompanhamento dos indicadores de saúde das pactuações Inter federativas, dos sistemas de informação e outras ferramentas. O planejamento das compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente são feitos de forma a garantir a regularidade do abastecimento, do controle dos estoques e da manutenção dos equipamentos visando a sua adequação e suficiência em tempo oportuno para garantir a qualidade dos serviços.

As ações e serviços de saúde são ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando a gravidade do risco individual e coletivo.

12.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

O processo de descentralização do SUS no Paraná teve início a partir de 1990, com a transferência do gerenciamento das unidades básicas de saúde da SESA/ISEP para as prefeituras municipais. A municipalização das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica também começou nessa época.

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. O processo de regionalização possibilita a construção coletiva do desenho das regiões de saúde e, sobretudo da organização das ações e dos serviços de saúde. Para tanto, é importante

fortalecer as negociações e pactuações regionais entre as esferas de governo, visando o empoderamento dos atores regionais no processo de consolidação do SUS.

12.2 GESTÃO DE TRABALHO

A gestão de trabalho em saúde envolve necessariamente refletir sobre a produção de cuidados levando-se em conta as especificidades desse trabalho que envolve a utilização intensiva de capacidade físicas psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e saberes. Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido quando produtor de sofrimento e desgaste. Repensar a gestão do trabalho implica em diagnosticar as situações existentes principalmente em relação à regulação do trabalho e precarização das relações do trabalho e a partir delas, incrementar ações que incluam e valorizem o trabalho dos profissionais da saúde, que reconheçam suas necessidades individuais e do trabalho, que viabilizem a educação permanente em saúde destes profissionais e também do gestor, serão usados recursos estaduais para capacitação de profissionais e gestor da saúde

12.3. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

O Conselho Municipal de Saúde de Rancho Alegre foi regulamentado pela Lei Municipal Nº 134/2009 de 17 de Novembro de 2009, é um órgão de caráter permanente e deliberativo, isto é, depois de instituídos devem funcionar por tempo indeterminado, reúnem-se mensalmente e têm o direito de tomar decisões relativas à política de saúde a ser executada, formulam estratégias, controlam e fiscalizam a execução da política de saúde em sua esfera governamental, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho é um órgão deliberativo, fiscalizador, responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação das políticas de saúde do Município, tendo suas atividades reguladas por regimento interno.

São atribuições do CMS planejar, organizar e coordenar o funcionamento do conselho em parceria com a secretaria municipal de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde conta com uma Diretoria executiva, sendo formada pelos seguintes cargos: (Presidente, Vice-Presidente, Primeiro Secretario, Segundo Secretario e Secretário Executivo).

Já as Conferências de Saúde são realizadas a cada 4 anos, com representantes dos vários seguimentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes, para a formulação da política de saúde da respectiva esfera de governo.

Para que possam melhor refletir os pontos de vista de toda a comunidade que representam, é importante que os Conselhos e as Conferências de Saúde estejam constituídos por membros de associações comunitárias e / ou usuários (participação popular).

As reuniões do Conselho são realizadas mensalmente nas dependências da Unidade Mista de Saúde, onde os problemas referentes à Secretária Municipal de Saúde são discutidos e indicam propostas para solucioná-las.

A última Conferência Municipal de Saúde ocorreu no ano de 2019, com o tema; saúde Pública de qualidade para os Rancho-alegrenses. Estiveram presentes membros do CMS, trabalhadores de saúde e a comunidade em geral. O evento contou com a palestra feita pela representante das 18 RS, Eliana Catucci. Neste mesmo ano foi realizada a troca da gestão. A próxima conferência está prevista para acontecer no ano de 2023.

O CMS está composto por 16 membros, 8 titulares, 8 suplentes, representantes de entidades, eleitos a cada quatro anos, durante a Conferência Municipal de Saúde, garantindo a seguinte proporção:

- 1- 50% de entidades de usuários.
- 2- 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- 3- 25% de entidades de governo, de prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos;

As entidades eleitas, pela Conferência Municipal de Saúde, terão prazo de até 30 dias corridos e improrrogáveis, a partir do término da Conferência Municipal, para indicar através de ofício, os nomes de seus representantes, os encaminhando a secretaria Executiva do CMS.

A ouvidoria Municipal está lotada na Secretaria Municipal de Saúde e conta com atendimento das 8h00min às 17h00min, de segunda a sexta-feira.

13. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

O Sistema de Planejamento do SUS preconiza como instrumentos básicos de planejamento o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão referente à prestação de Contas anuais, com seus Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA). O Plano de Saúde é o instrumento norteador da política de saúde, em cada esfera de gestão. Apresenta os resultados a serem alcançados, no período de quatro anos, expressos em diretrizes, ações e metas. A PAS operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, ou seja, indica as metas para cada ano de exercício. O planejamento efetivo permite melhorar o desempenho das ações em saúde e conseqüentemente, melhorar o perfil de saúde da população. Nesse propósito, esta Secretaria vem fomentando uma cultura de planejamento, tendo o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o eixo central de uma gestão voltada para resultados com a participação de todo o seu corpo diretor/gerencial. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação baseada nos resultados alcançados pelos indicadores pactuados, também são estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

DIRETRIZ Nº 1: SAÚDE DE MULHER

OBJETIVO: GARANTIR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER			
Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas sobre temas relevantes à saúde da mulher (planejamento familiar, todos os ciclos da vida; IST); 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de ações realizadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro (a) ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 ações realizadas;
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de testes rápidos de gestantes na primeira consulta de pré-natal e na população sexualmente ativa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes e mulheres com realização de exames para sífilis e HIV; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro (a) ESF e Vigilância Epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% das gestantes que realizam pré-natal na unidade de saúde; • 40% das mulheres com vida sexualmente ativa;
<ul style="list-style-type: none"> • Captação precoce das gestantes (busca ativa) e a adesão ao pré-natal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% das gestantes;
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação odontológica em gestantes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes com atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentista ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% das gestantes;

	odontológico realizado;		
<ul style="list-style-type: none"> Realização e conscientização relacionadas aos exames citopatológicos e mamografia, em mulheres com idade preconizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de exame citopatológico e exame de mamografia. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro (a) ESF e Vigilância Epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> 65% das mulheres;
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigação em tempo oportuno de mulheres em idade fértil (10 a 49) anos 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) anos investigados; 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador (a) SIM 	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos óbitos investigados;
<ul style="list-style-type: none"> Manter em 0 (zero) os casos de sífilis congênita em menores de um ano através do diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. 	<ul style="list-style-type: none"> Números de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade; 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância Epidemiológica e Médico 	<ul style="list-style-type: none"> 0% do número de casos novos de sífilis congênita;
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a incidência de gestações na adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias (10 a 19) anos 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe da Atenção Primária 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir em 12% o percentual de gestantes em relação aos anos anteriores

DIRETRIZ Nº 2: SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVO: MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA, PROPORCIONAR A INTEGRAÇÃO SOCIAL, PRESERVANDO AUTONOMIA E CAPACIDADE FUNCIONAL

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> Participação de idosos no grupo para terceira idade. 	<ul style="list-style-type: none"> Percentual de idosos participantes do grupo dividido pelo número de idosos cadastrados no município; 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro (a) ESF 	<ul style="list-style-type: none"> 40% dos idosos participantes pertencentes à área de abrangência
<ul style="list-style-type: none"> Ações educativas sobre temas relevantes para a 3ª Idade. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de ações realizadas; 	<ul style="list-style-type: none"> Diretor (a) ESF 	<ul style="list-style-type: none"> 24 ações realizadas
<ul style="list-style-type: none"> Atingir a cobertura vacinal da população idosa proposta pelo PNI (busca ativa; ações da atenção primária; etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentagem de idosos vacinados conforme sistema de informação vigente 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância Epidemiológica e responsável pela sala de vacina 	<ul style="list-style-type: none"> 95% dos idosos vacinados
<ul style="list-style-type: none"> Consultas odontológicas para avaliação e orientações quanto o uso correto de órteses, 	<ul style="list-style-type: none"> Percentual de idosos que realizaram avaliação odontológica. 	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar Odontológico (a) 	<ul style="list-style-type: none"> 60% dos idosos avaliados

próteses, entre outras.			
-------------------------	--	--	--

DIRETRIZ Nº 3: SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVO: ORGANIZAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO INFANTIL

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> Garantia de consultas odontológicas nos 2 primeiros anos de vida da criança com orientações e tratamentos específicos para essa faixa etária. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de consultas odontológicas em relação as crianças menores de 02 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dentista PSF 	<ul style="list-style-type: none"> 50% das crianças nessa faixa etária.
<ul style="list-style-type: none"> Manter a cobertura vacinal igual ou acima do preconizado pelo PNI e, a realização de busca ativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> 85% dos menores de dois anos vacinados
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento para avaliação crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de consultas de puericulturas realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 	<ul style="list-style-type: none"> 85% das crianças acompanhadas

DIRETRIZ Nº 4: FORTALECIMENTO DA POLITICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO: ANALISAR A SITUAÇÃO DE SAÚDE, IDENTIFICAR E CONTROLAR DETERMINANTES E CONDICIONANTES, RISCOS E DANOS A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE, POR MEIO DE AÇÕES DA VIGILÂNCIA EPDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a investigação de contato de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e executar tratamento diretamente observado (TODO). 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância epidemiológica, e equipe de saúde da família. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de cura acima de 80%
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigação de casos novos de hanseníase e realizar TODO em todos os pacientes em tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância epidemiológica, e equipe de saúde da família. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de cura em 100% dos casos
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o número 	<ul style="list-style-type: none"> Número absoluto de óbitos 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém em 0 o

<p>absoluto de óbitos por dengue a partir da detecção precoce de casos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações de eliminação de focos e/ou criadouros do mosquito <i>Aedes aegypti</i> nos imóveis. • Bloqueio imediato realizado em 24 horas após a notificação de dengue 	<p>por dengue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. 	<p>epidemiológica, e equipe de saúde da família.</p>	<p>número de óbitos e reduzir a proporção de casos novos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar bloqueio em 100% dos casos notificados
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a testagem rápida de exames de HIV, HEPATITES VIRAIS E SÍFILIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de testes rápidos realizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar testagem anual em 30% da população em idade fértil.
<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de todos os contatos de pessoas que testarem positivo para COVID. • Realizar monitoramento de todos os casos ativos de COVID. • Realizar ações de fiscalização e orientações quanto às medidas de proteção de prevenção ao COVID. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de contatos de casos positivos notificados. • Número de ações preventivas da vigilância sanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro no Sistema da Vigilância Epidemiológica
<ul style="list-style-type: none"> • Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no programa SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatas encerradas até 60 dias após a notificação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador (a) SINAN LOCAL e SINAN NET 	<ul style="list-style-type: none"> • Acima de 80% das notificações encerradas
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações relacionadas a análise de água pra consumo humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de análise realizada em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância sanitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Atingir a meta estadual de 92,01%
<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar a notificação de casos de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. • Inspeccionar ambientes de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados • Número de capacitações de saúde do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância sanitária e equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notificação de todos os casos ou doenças relacionadas ao trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir funcionamento da vigilância sanitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Inspeção em estabelecimentos de serviços de alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância sanitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção em 100% dos estabelecimentos.

DIRETRIZ Nº 5: PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO: ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR VISANDO MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
• Atendimento e reabilitação de acordo com a demanda da unidade de saúde local.	• Atendimento/ consulta realizado com Fisioterapeuta na unidade de saúde local.	• Fisioterapeuta	• Atendimento de 100% da demanda
• Atendimento e acompanhamento nutricional da população em geral.	• Número de consultas realizadas/atendidas pela Nutricionista na unidade de saúde local.	• Nutricionista	• Atendimento de 100% de toda a demanda
• Atendimento psicossocial de acordo com a demanda da unidade de saúde local.	• Atendimento/ realização de consultas com o Psicólogo na unidade de saúde local.	• Psicólogo	• Atendimento de 100% de toda a demanda.

DIRETRIZ Nº 6: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO: PROMOVER O ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
• Monitoração e avaliação a execução do Convênio Consórcio Paraná Saúde.	• Aumentar o repasse de recursos financeiros ao Consórcio Paraná Saúde na contrapartida Municipal anualmente.	• Farmacêutica (s)	• Trimestral
• Monitoramento e avaliação de itens e quantitativos com a CFT (Comissão de Farmácia Terapêutica)	• Continuar com as licitações de medicamentos e insumos hospitalares.	• Farmacêutica (s)	• Quando necessário, mas geralmente anualmente.
• Revisão da REMUME	• Revisar REMUME anualmente podendo ter exclusão ou inclusão de medicamentos e materiais hospitalares conforme CFT achar necessário.	• Farmacêutica (s) e CFT	• Anualmente
• Revisão do POP (Procedimentos Operacionais Padrão)	• Revisar anualmente as ações.	• Farmacêutica (s)	• Anualmente
• Aquisições de Mobiliários Materiais de Informática quando	• Adquirir mesas, cadeiras, prateleiras e armários, quando necessário.	• Farmacêutica (s)	• 2022-2025

necessário			
• Participação de cursos	• Capacitações Profissionais	• Farmacêutica (s)	• 2022-2025
• Monitoração e avaliação a aplicação dos recursos do IOAF	• Manter o incentivo do IOAF em nosso Município	• Farmacêutica (s) e Contabilidade	• 2022-2025

DIRETRIZ Nº 7: ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA:

OBJETIVO: PROMOVER O ACESSO DA POPULAÇÃO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
• Manter o recurso federal para próteses dentárias e implantes de dentaria.	• Recebimento do repasse do Governo Federal	• Secretário Municipal de Saúde	• Mensalmente
• Estruturação da sala de espera e sala de atendimento odontológica com: cadeiras longarinas estofadas; aparelho de ar condicionado; aparelho de televisão (para comodidade maior da população);	• Aquisição desses equipamentos	• Secretário Municipal de Saúde	• Até o final da gestão.
• Estruturação da sala de esterilização e sala de atendimento odontológico	• Reforma e aquisição dos equipamentos necessários	• Secretário Municipal de Saúde	• Até o final da gestão
• Promoção da saúde bucal nas escolas municipais; grupo da terceira idade; gestantes; puérperas; fumantes; hipertensos e diabéticos.	• Palestras e lista de presença dos participantes	• Dentista do Consultório odontológico • Dentista da Estratégia Saúde da Família	• Trimestral

DIRETRIZ Nº 8: IMPLEMENTAÇÃO DE GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E FINANCIAMENTO ESTÁVEL E OUVIDORIA

OBJETIVOS: IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DO ACESSO, FORTALECIMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> Realizar conferência municipal de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Ata das reuniões e lista de presença dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Secretário Municipal de Saúde Presidente do Conselho Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Conferência municipais de saúde, a cada 4 anos
<ul style="list-style-type: none"> Realizar reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde e reuniões extraordinárias sempre que necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro em ata e lista de presença dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestores municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> 48 reuniões, sendo 12 reuniões por ano.
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar gestores para a importância da ouvidoria na gestão, estabelecendo estratégias de informação e comunicação; divulgação da ouvidoria aos usuários do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição de instrumento de monitoramento e avaliação das ouvidorias. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestores municipais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento da ouvidoria no SUS

DIRETRIZ Nº 9: GESTÃO DO SUS – GERÊNCIA, PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO

OBJETIVOS: FORTALECER A GESTÃO DO SUS

Metas	Indicadores	Responsável pela ação	2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> Formular, gerenciar, implantar e avaliar o processo de planejamento participativo e integrado, através de relatório anual de gestão, programação anual de saúde e demais instrumentos de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórios 	<ul style="list-style-type: none"> Gestores municipais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de alimentação regular na base de dados.

<ul style="list-style-type: none"> • Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e ou mantidos em funcionamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE 	<ul style="list-style-type: none"> • 2022-2025
<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de contas de forma transparente da aplicação de recursos orçamentários e financeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação de dados nos sistemas de dados e no portal da transparência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores municipais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Anualmente

14. CONCLUSÃO

Conclui-se que o Plano Municipal de Saúde de Rancho Alegre, elaborado para vigorar no período de 2022 á 2025, será o parâmetro em que todos os profissionais de saúde se comprometerão no cumprimento dos objetivos, metas e prioridades que condizem com a realidade de nossa população, baseando-se nos indicadores de saúde municipais, estaduais e federais, buscando assim a melhoria da qualidade de vida e total satisfação dos cidadãos rancho alegrenses.

Fernando Carlos Coimbra
Prefeito Municipal

Mauro Aparecido da Silva
Secretário Municipal de Saúde

Aláide dos Reis Alevato
Presidente do Conselho Municipal de Saúde