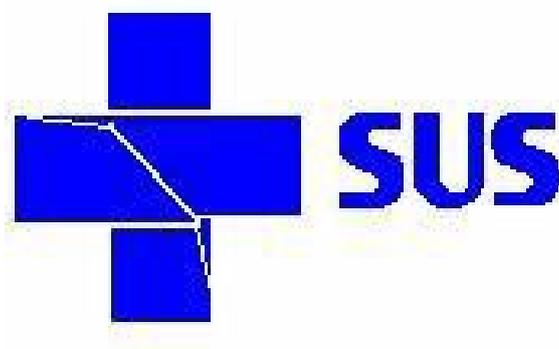


# SECRETARIA MUNICIPAL DE NOVA OLÍMPIA

## Plano Municipal de Saúde 2022-2025



**Sistema Único de Saúde**

**IDENTIFICAÇÃO**

**LUIZ LÁZARO SORVOS**  
Prefeito Municipal

**JOSÉ CARLOS MORETO RAMOS**  
Vice Prefeito

**MARIA MACIEL**  
Presidente da Câmara

**ANDRÉIA CRISTINA BATISTA ALVES**  
Secretária Municipal de Saúde

## **Equipe Técnica responsável pela elaboração**

**ANDRÉIA CRISTINA BATISTA ALVES**  
Secretária Municipal de Saúde

**THAYS APARECIDA DE LIMA**  
Coordenadora da Atenção Primária

**CAMILA GRIFFO**  
Coordenadora das Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental

**ROBERTO SANTANA**  
Administrativo SMS

**MARLENE ALVES R. NOVAK**  
Administrativo SMS



## Sumário

<b>IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL</b> .....	10
Histórico .....	10
<b>ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	12
Condições de Saúde da População .....	12
Aspectos Demográficos.....	12
Dados Populacional.....	14
Distribuição da população estimada por sexo e faixa etária, ano 2012 .....	15
População estimada residente por ano .....	15
População residente na área urbana e Rural.....	16
Estrutura Etária .....	16
Razão de dependência .....	16
Índice de envelhecimento .....	18
Densidade Demográfica .....	18
Análise Situacional – Aspecto Sócio Econômico .....	18
Trabalho .....	19
Componente IDH-M.....	20
Evolução .....	21
Entre 2000 e 2010 .....	21
<i>Entre 1991 e 2000</i> .....	21
Entre 1991 e 2010 .....	22
Ranking.....	22
<b>ANÁLISE SITUACIONAL - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</b> .....	23
Longevidade, Mortalidade e Fecundidade.....	23
Informações sobre nascimentos no período de 2013 a 2016.....	23
Internamentos/ AIH (Autorização de Internamento Hospitalar) em 2013 - 2016.....	23
<b>COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO</b> .....	24
Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 por local de residência no período de 2013 a 2016.....	24
Indicadores da Atenção Básica – período de 2013 – 2016 .....	26
Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur .....	26
<b>EDUCAÇÃO</b> .....	26

Crianças e Jovens .....	26
Expectativa de Anos de Estudo .....	27
População Adulta .....	28
Aspectos de abrangência Urbana - Habitação .....	28
Vulnerabilidade social.....	29
Análise Situacional – Condições da Saúde da População.....	29
Aspectos Epidemiológicos.....	29
Mortalidade Geral por Local de Residência – período de 2013 – 2016.....	29
Vigilância em Saúde .....	30
Vigilância Epidemiológica.....	30
<b>Principais atividades:</b> .....	30
Vigilância Sanitária .....	31
<b>Vigilância em Saúde Ambiental</b> .....	32
<b>Vigilância da Saúde do Trabalhador</b> .....	32
Atenção Primária em Saúde.....	32
Atenção ao pré-natal e puerpério.....	33
Puericultura.....	33
Programa de controle de hipertensão arterial e diabetes.....	34
Programa Saúde do adulto e do idoso.....	34
Assistência Ambulatorial Especializada.....	35
<b>Transporte de Pacientes</b> .....	35
Tratamento Fora do Domicílio .....	36
<b>Assistência às urgências e emergências</b> .....	36
Regulação dos Pacientes.....	36
<i>Saúde Bucal</i> .....	37
Programa saúde na escola .....	37
Programa de Tuberculose .....	38
<b>Imunizações</b> .....	39
Assistência Farmacêutica.....	39
Organização .....	39
Medicamento.....	39

Componente estratégico .....	40
Componente Especializado .....	40
Lista Suplementar: .....	40
Programa NASF .....	41
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) .....	42
<i>INDICADORES MUNICIPAIS DA SAÚDE</i> .....	43
DIRETRIZ 01: Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense .....	43
DIRETRIZ 02: Fortalecimento da Rede Paraná Urgência.....	44
DIRETRIZ 04: Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal.....	45
DIRETRIZ 06: Implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso .....	45
DIRETRIZ 07: Qualificação da Atenção Primária à Saúde.....	46
DIRETRIZ 09: Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde .....	47
DIRETRIZ 11: Fortalecimento do Desenvolvimento Regional da Atenção à Saúde .....	47
DIRETRIZ 14: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica .....	48
DIRETRIZ 15: Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde.....	48
DIRETRIZ 18: Fortalecimento do Controle Social no SUS.....	51

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível  
e de repente você estará fazendo o impossível.”

*Francisco de Assis*

## APRESENTAÇÃO

Nova Olímpia vem buscando aperfeiçoar cada vez mais a política em saúde pública, visando melhorar as condições de saúde dos munícipes, vários desafios já foram vencidos e muitos outros ainda estão por serem confrontados.

O Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19/09/1990 ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, com o aprofundamento das relações inter-federativas e a instituição de novos instrumentos, dentre eles o Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP que vem com a função de pactuar entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS com segurança jurídica, transparência e solidariedade, permitindo que as regiões de saúde possam ter organização e unicidade através de diretrizes, metas e indicadores que devem ser cumpridos dentro dos prazos estabelecidos;

A Portaria nº 2.488 de 21/11/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

A Lei Complementar nº 141 de 16/01/2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecendo critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, no município de Nova Olímpia, é o resultado das discussões realizadas entre os vários atores da saúde, dentre eles representantes do Conselho Municipal de Saúde, trabalhadores das unidades de saúde, gestores, e equipe colaboradora desta secretaria.

Com vistas ao aperfeiçoamento do SUS em Nova Olímpia, apresentamos o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022 - 2025 que traz as Diretrizes Gerais que expressam as linhas de ação a serem seguidas, configurando-se na Política Municipal de Saúde, em consonância com a Política Federal e Estadual de Saúde, com a respectiva aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

## **IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL**

### ***Histórico***

A colonização de Nova Olímpia se deu na segunda metade do ciclo econômico do café. Em busca de terras baratas, permitindo que instalassem grande número de pequenos proprietários rurais em propriedades de pequeno porte, chegando-se a instalar de 20 à 30 famílias diariamente oriundas dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e de outras regiões do Brasil e diversas cidades do Paraná.

As primeiras ocupações de áreas se deram na única estrada que havia no município e que ligava Tapira a Cruzeiro do Oeste. Hoje, neste trecho da estrada se localiza uma das primeiras ruas da cidade, a Rua Paraná e a Praça da República, onde foi rezada a primeira missa campal.

Em 1947 chegou à região de Umuarama Moacir Loures Pacheco, proprietário da Colonizadora do Paraná Ltda. Herdou a empresa e as terras onde hoje está Nova Olímpia de seu pai Geniplo dos Santos Pacheco, que havia recebido esta área em 1924 como pagamento pela construção de estradas. No início da década de 1950, Moacir e seu sócio, Mário de Aguiar Abreu, contrataram o engenheiro Osvaldo Formighieri que desenvolveu a planta da cidade às margens da antiga estrada que ligava Tapira a Cruzeiro do Oeste, onde hoje fica a Avenida Paraná. Até então estas terras faziam parte do município de Cidade Gaúcha, e aí predominavam as pequenas e médias propriedades rurais. O projeto original de Osvaldo, tem a forma de dois hexágonos acoplados. Um destes hexágonos se desenvolve em torno da Praça da República e teve uma ocupação homogênea numa segunda fase de consolidação da área urbana.

As primeiras famílias a se instalarem foram as de Wilson Teobald Rode, Diogo de Lima Filho, João Ferreira de Souza e Omar Laudino Alves.

Antes de ser elevada a categoria de município, Nova Olímpia pertencia ao município de Cruzeiro do Oeste. Em 2 de fevereiro de 1967 a mesma passou a pertencer a Tapira, voltando mais tarde a pertencer novamente a Cidade Gaúcha Pr.

Foi elevada a categoria de distrito em 23 de setembro de 1964 (Lei nº 4.930) e ao nível de município em 13 de novembro de 1967 (Lei nº. 5.704), tendo sido instalado em 15 de dezembro de 1968.

A comunidade comemora o aniversário da cidade no dia do padroeiro, Senhor Bom Jesus, em 6 de agosto. Neste dia, em 1959, foi celebrada a primeira missa campal, na atual Praça da República. O nome do município é uma homenagem à mãe do fundador, Olímpia Loures Pacheco.

O Município possui a seguinte hidrografia: Localizado na Bacia do Rio Ivaí, o seu afluente Ribeirão Tapiracuí é o principal rio de Nova Olímpia. Este faz a divisa com Cidade Gaúcha e seus afluentes dentro do município são os córregos Água do Salto, do Mosquito, Água Mansa, do Engano, da Taboca, do Ouriço, do Ribeirão e do Capricórnio. A leste na divisa com Tapira, estão os córregos da Ajuda, São Domingos, (Santa Olímpia divisor) e o Arroio do Lambari. A sede do município se encontra no divisor de águas entre as sub-bacias (do Rio Tapiracuí e do Rio das Antas. A micro-bacia hidrográfica de maior extensão e de importância municipal é a micro-bacia Córrego da Taboca, do Córrego do Engano, do Córrego Água Mansa, do córrego São Domingos localizado no Vale da Borboleta abrangendo também a bacia da Água Fria e parte da comunidade Ponte Seca, onde o restante desta comunidade é abastecido por pequenas nascentes de água. Não existem rios dentro do perímetro urbano apenas nascente de um córrego. Originariamente a Mata Pluvial Tropical se estendia por todo o Noroeste do Paraná, com belíssimos exemplares de cedro, peroba, pau-marfim, alecrim, ipê-roxo e outros).

# **ANÁLISE SITUACIONAL**

## **Condições de Saúde da População**

### **Aspectos Demográficos**

O município de Nova Olímpia está localizado na região Noroeste do Estado de Paraná, situado a uma latitude 23°28'19" sul e a uma longitude 53°05'19" oeste, estando a uma altitude de 438 metros, pertence a Microrregião de Umuarama, Mesorregião Noroeste Paranaense. A população, oficial (Censo 2010) é 5.503 habitantes com população estimada em 2016, é de 5.806 habitantes, densidade demográfica de 40,5 hab/km<sup>2</sup>. Possui uma área de 135,94 km<sup>2</sup>

**Figura 1 – Mapa do Brasil por regiões**



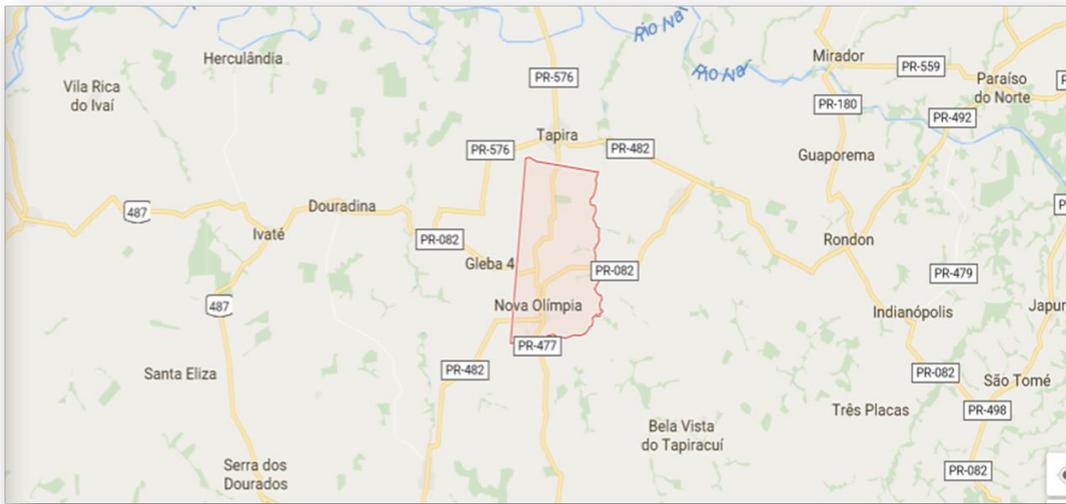
**Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná por Regionais de Saúde**



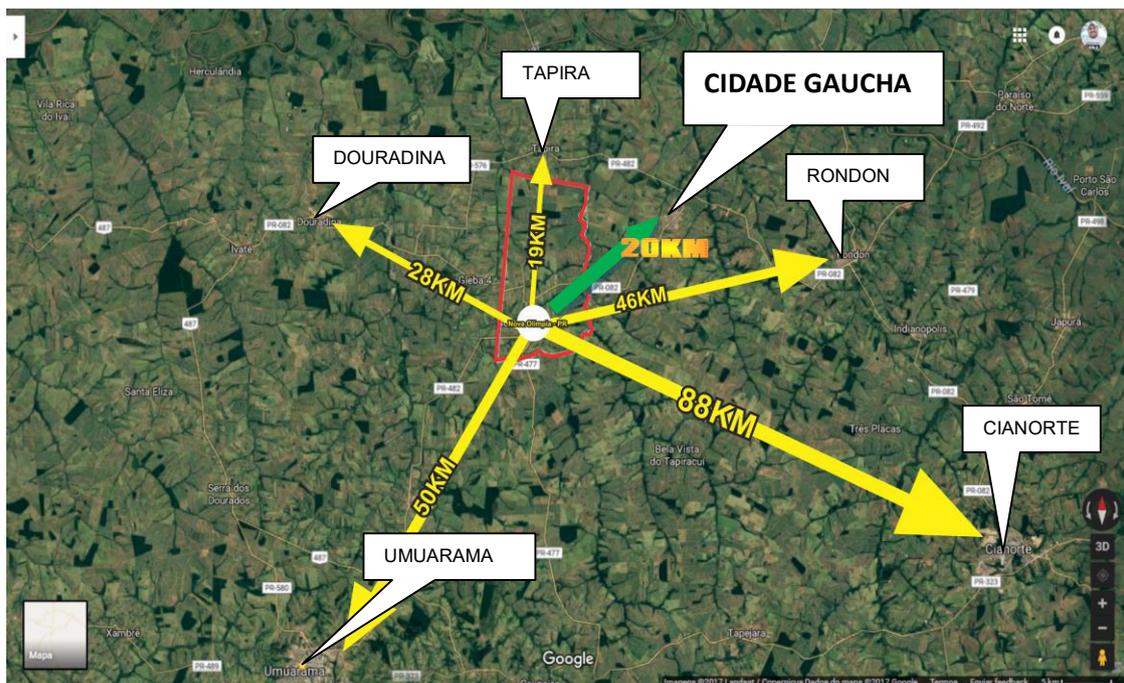
**Figura 2 – Mapa da 12ª Regional de Saúde**



**Figura 3 – Mapa de localização do município de Nova Olímpia na região Noroeste do Estado**



**Figura 4–** Mapa de localização dos municípios próximos com distancias



### **Dados Populacional**

Entre 2000 e 2010, a população de Nova Olímpia cresceu a uma taxa média anual de 0,41%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 81,91% para 85,14%. Em 2010 viviam, no município, 5.503 pessoas. Entre 1991 e 2000, a

população do município cresceu a uma taxa média anual de -0,24%. Na UF, esta taxa foi de 1,39%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 75,32% para 81,91%.

***Distribuição da população estimada por sexo e faixa etária, ano 2012.***

<b>Faixa Etária detalhada</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menor 1 ano	25	43	68
1 ano	30	36	66
2 anos	34	32	66
3 anos	37	29	66
4 anos	38	27	65
5 anos	39	28	67
6 anos	39	29	68
7 anos	39	31	70
8 anos	38	34	72
9 anos	38	38	76
10 anos	36	42	78
11 anos	35	46	81
12 anos	34	49	83
13 anos	37	50	87
14 anos	40	50	90
15 anos	44	49	93
16 anos	48	48	96
17 anos	50	48	98
18 anos	48	46	94
19 anos	46	46	92
20 a 24 anos	198	213	411
25 a 29 anos	198	207	405
30 a 34 anos	231	220	451
35 a 39 anos	199	214	413
40 a 44 anos	199	210	409
45 a 49 anos	176	178	354
50 a 54 anos	165	167	332
55 a 59 anos	128	163	291
60 a 64 anos	113	122	235
65 a 69 anos	94	124	218
70 a 74 anos	93	74	167
75 a 79 anos	72	71	143
80 anos e mais	61	71	132
<b>TOTAL</b>	<b>2.702</b>	<b>2.835</b>	<b>5.537</b>

FONTES: TABNET / CENSO 2012

***População estimada residente por ano***

<b>Município</b>	<b>Nova Olímpia</b>	
2013	5.733	ESTIMATIVA
2014	5.758	ESTIMATIVA
2015	5.782	ESTIMATIVA

2016	5.806	ESTIMATIVA
2017		
2022		
2023		
2024		
2025	5.846	ESTIMATIVA

### **População residente na área urbana e Rural**

<b>População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Nova Olímpia - PR</b>						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População residente masculina	2.754	51,03	2.624	49,70	2.691	48,90
População residente feminina	2.643	48,97	2.656	50,30	2.812	51,10
População urbana	4.065	75,32	4.325	81,91	4.685	85,14
População rural	1.332	24,68	955	18,09	818	14,86
População total	5.397	100,00	5.280	100,00	5.503	100,00

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

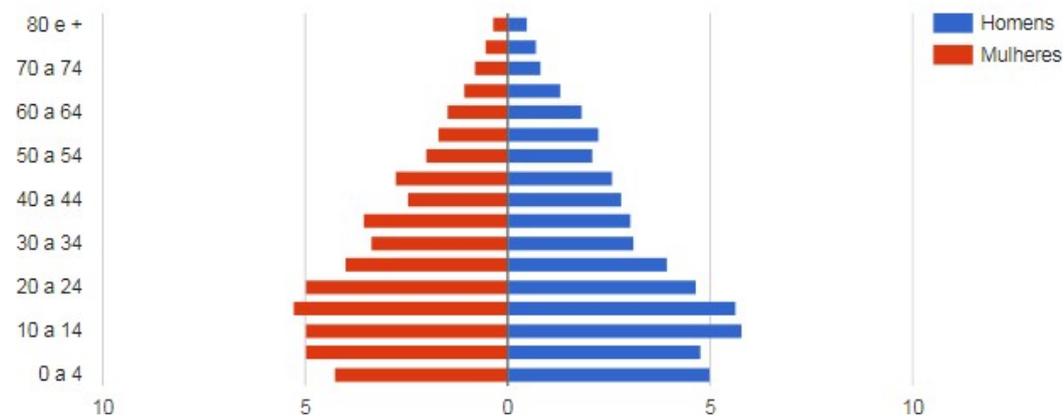
### **Estrutura Etária**

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 52,56% para 46,63% e a taxa de envelhecimento, de 9,09% para 11,85%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 56,53% e 6,23%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

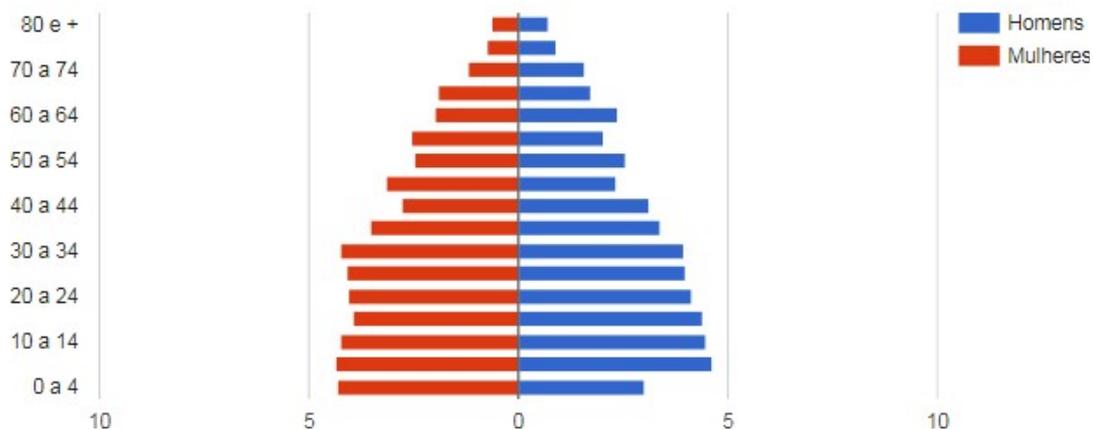
### **Razão de dependência**

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

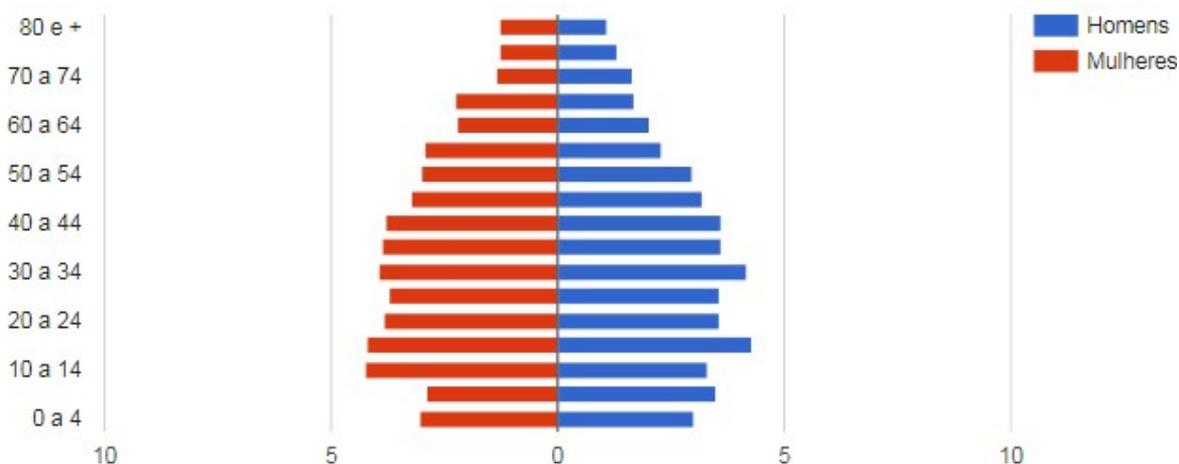
**1991** Pirâmide etária - Nova Olímpia - PR  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



**2000** Pirâmide etária - Nova Olímpia - PR  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



**2010** Pirâmide etária - Nova Olímpia - PR  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



## **Índice de envelhecimento**

<b>Estrutura Etária da População - Município - Nova Olímpia - PR</b>						
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	1.613	29,89	1.339	25,36	1.098	19,95
15 a 64 anos	3.448	63,89	3.461	65,55	3.753	68,20
População de 65 anos ou mais	336	6,23	480	9,09	652	11,85
Razão de dependência	56,53	-	52,56	-	46,63	-
Taxa de envelhecimento	6,23	-	9,09	-	11,85	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

<b>Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Nova Olímpia - PR</b>			
Ano	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	68,6	70,2	73,8
Mortalidade infantil	28,5	26,4	15,3
Mortalidade até 5 anos de idade	32,8	30,8	17,9
Taxa de fecundidade total	2,5	2,4	2,0

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 3,6 anos na última década, passando de 70,2 anos, em 2000, para 73,8 anos, em 2010. Em 1991, era de 68,6 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

## **Densidade Demográfica**

Habitantes por km <sup>2</sup>	40,5
--------------------------------	------

## **Análise Situacional – Aspecto Sócio Econômico**

A renda per capita média de Nova Olímpia cresceu 113,28% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 290,45, em 1991, para R\$ 379,91, em 2000, e para R\$ 619,47, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,07%. A taxa média anual de crescimento foi de

3,03%, entre 1991 e 2000, e 5,01%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 38,57%, em 1991, para 23,64%, em 2000, e para 3,70%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,53, em 1991, para 0,54, em 2000, e para 0,40, em 2010.

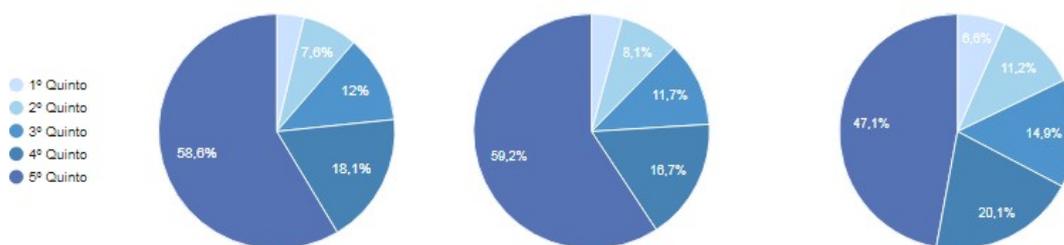
<b>Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Nova Olímpia - PR</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Renda per capita	290,45	379,91	619,47
% de extremamente pobres	14,19	4,94	1,12
% de pobres	38,57	23,64	3,70
Índice de Gini	0,53	0,54	0,40

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 1991

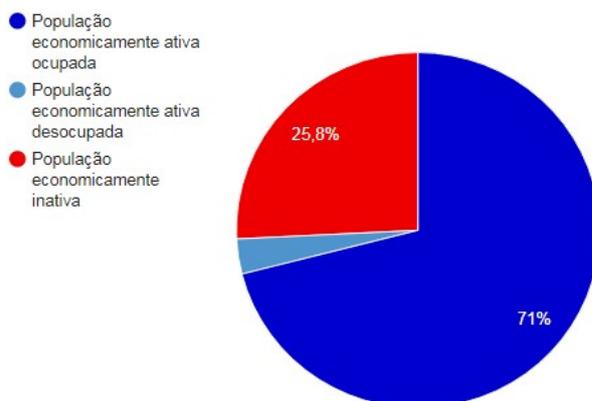
Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2000

Distribuição da renda por quintos da população (ordenada segundo a renda domiciliar per capita) - 2010



## Trabalho

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 61,92% em 2000 para 71,04% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 8,26% em 2000 para 3,18% em 2010.

<b>Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Nova Olímpia - PR</b>		
	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	61,92	71,04
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	8,26	3,18
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	37,53	56,52
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	38,74	52,88
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	26,02	37,65
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1s.m. - 18 anos ou mais	68,56	20,05
% dos ocupados com rendimento de até 2s.m. - 18 anos ou mais	87,18	80,76
% dos ocupados com rendimento de até 5s.m. - 18 anos ou mais	96,30	95,67

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 27,62% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 26,32% na indústria de transformação, 4,79% no setor de construção, 2,67% nos setores de utilidade pública, 9,77% no comércio e 27,96% no setor de serviços.

### **Componente IDH-M**

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Nova Olímpia é 0,710, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,813, seguida de Renda, com índice de 0,699, e de Educação, com índice de 0,631.

<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Nova Olímpia - PR</b>			
<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>IDHM Educação</b>	0,271	0,489	0,631
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	19,28	30,28	43,20
% de 5 a 6 anos na escola	50,37	79,51	100,00
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	52,97	74,74	90,48
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	15,15	59,62	55,65
% de 18 a 20 anos com médio completo	10,13	34,63	59,21
<b>IDHM Longevidade</b>	0,726	0,754	0,813
Esperança de vida ao nascer	68,58	70,23	73,80
<b>IDHM Renda</b>	0,577	0,620	0,699
Renda per capita	290,45	379,91	619,47

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## ***Evolução***

### **Entre 2000 e 2010**

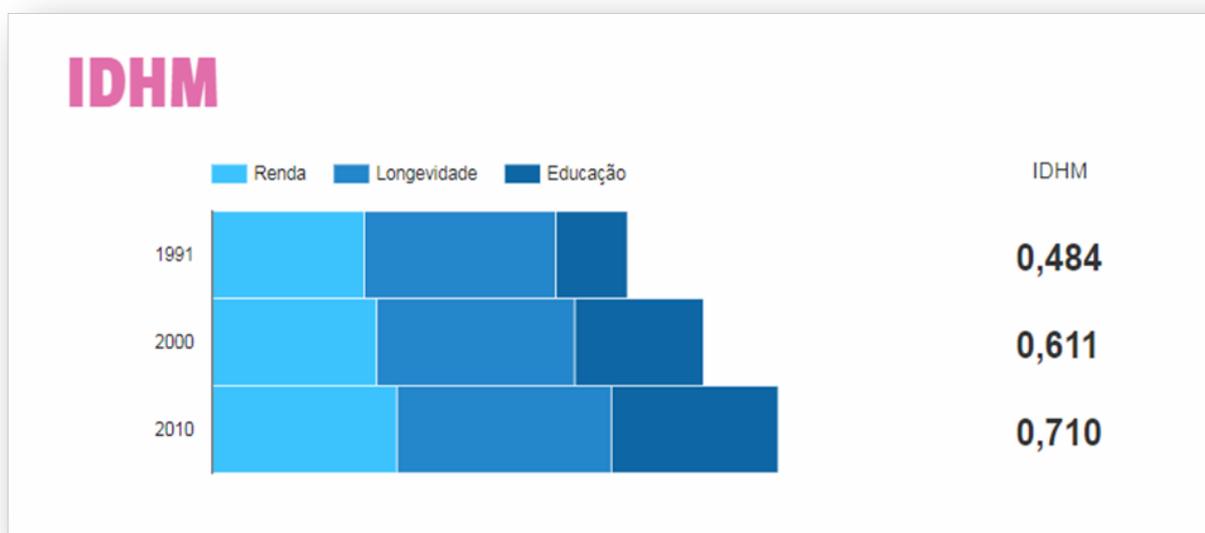
O IDHM passou de 0,611 em 2000 para 0,710 em 2010 - uma taxa de crescimento de 16,20%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,55% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,142), seguida por Renda e por Longevidade.

### **Entre 1991 e 2000**

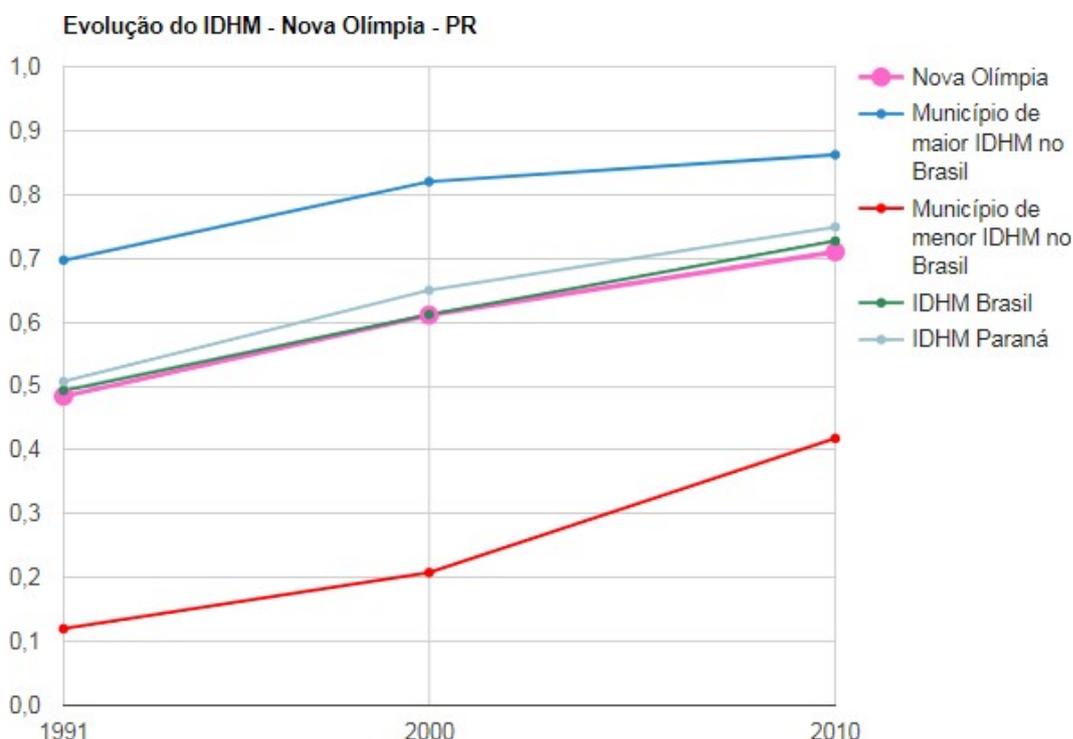
O IDHM passou de 0,484 em 1991 para 0,611 em 2000 - uma taxa de crescimento de 26,24%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 75,39% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,218), seguida por Renda e por Longevidade.

## Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,484, em 1991, para 0,710, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 46,69% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 56,20% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,360), seguida por Renda e por Longevidade. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



## Ranking



Nova Olímpia ocupa a 1595ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

## **ANÁLISE SITUACIONAL - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

### **Longevidade, Mortalidade e Fecundidade**

<b>Mortalidade Infantil - Município - Nova Olímpia - PR</b>				
	2017	2018	2019	2020
Mortalidade infantil	3,85	-	1,72	1,82
Mortalidade até 5 anos de idade	-	-	-	-

FONTE: SESA PR

### **Informações sobre nascimentos no período de 2017 a 2020.**

<b>Município Residência -PR</b>	2013	2014	2015	2016
Numero De Nascidos Vivos	78	90	72	76
População de Nova Olímpia (estimativa por ano)	5.733	5.758	5.782	5.806
Taxa Bruta de Natalidade	13,61	15,63	12,45	13,09
Gestante de 10 a 19 anos de idade	14	21	15	13
Percentual de Mães com faixa etária de 10 a 19 anos de idade	17,95	23,33	20,83	17,11
Numero de Nascidos com baixo peso ao Nascer	10	5	7	3
Percentual de Nascidos com baixo peso ao Nascer	12,82	5,56	9,72	3,95
Numero de Partos Cesário	69	73	61	68
Percentual de Partos Cesario	88,46	81,11	84,72	89,47
Numero de Parto Normal	9	17	11	8
Percentual de Parto Normal	11,54	18,89	15,28	10,53

FONTE: TABNET SESA/PR

### **Internamentos/ AIH (Autorização de Internamento Hospitalar) em 2017 - 2020**

<b>Causa</b>	<b>Quantidade- AIH</b>	<b>Custo Total (R\$)</b>	<b>Custo médio (R\$)</b>
2017	367	544.872,64	1.484,67
2018	336	599.051,57	1.782,89
2019	353	670.159,74	1.898,47
2020	310	462.400,18	1.491,61

FONTE: TABWIN

**COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO**

<b>COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO</b>				
<b>VACINA</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
BCG	134,43	112,00	106,41	100,00
ROTAVIRUS	86,89	90,67	103,08	96,67
PENTAVALENTE	101,64	97,33	97,44	78,89
POLIOMELITE	95,08	76,00	74,36	85,56
MENINGO CONJ C	103,28	92,00	110,26	95,56
PNEUMO 10 V	98,36	88,00	84,62	104,44
FEBRE AMARELA	96,72	82,67	79,04	71,11
TRIPLICE VIRAL – 1 ANO COMP.	116,39	93,33	91,03	73,33
<b>COBERTURA POPULAÇÃO GERAL</b>				
INFLUENZA	84,35	92,17	91,63	N/D

FONTE: SIPNI E PNI

**Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 por local de residência no período de 2017 a 2020**

<b>Diag CID10 (capit)</b>	<b>&lt;1a</b>	<b>1-4a</b>	<b>5-14a</b>	<b>15-24a</b>	<b>25-34a</b>	<b>35-44a</b>	<b>45-54a</b>	<b>55-64a</b>	<b>65e +a</b>	<b>Total</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	1	9	3	2	6	3	12	25	65
II. Neoplasias (tumores)	1	0	21	2	3	19	19	40	75	180
III. Doenças sangue órgãos hemato e transtimunitária	0	1	1	0	0	2	3	0	5	12
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	0	1	1	2	1	4	6	14	31
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	13	26	49	48	27	0	163
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	1	1	1	3	14	1	13	35
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	1	0	0	0	3	1	0	5

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	3	10	25	41	103	182
X. Doenças do aparelho respiratório	6	6	1	5	5	6	12	21	79	141
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	1	3	7	18	27	27	22	33	138
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	3	0	0	1	1	1	7	13
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	0	0	1	2	4	9	7	6	9	38
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	4	2	2	8	11	11	4	24	67
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	2	48	37	12	0	0	0	99
XVI. Algumas afecções originadas no período Peri natal	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
XVII. Malformação congênita deformidade anomalias cromossômicas	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4
XVIII. Sintomas e achados normais e laboratoriais	0	0	1	5	3	1	3	7	14	34
XIX. Lesões envenenamento e outras consequências causas externas	0	7	17	23	21	26	25	16	37	172
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	4	3	8	3	2	3	23
Total	21	22	65	116	137	192	208	208	441	1.410

FONTE: TABNET AIH

### **Indicadores da Atenção Básica – período de 2017 – 2020**

<b>Indicadores</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Percentual de Escovação Dental Supervisionada	0,00	0,00	0,75	2,70
Percentual de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	99,57	95,76	91,32	93,64
Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações (população acima de 30 anos)	34,98	3,18	9,54	34,98
Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (População acima de 30 anos)	12,72	19,08	22,26	6,36
Percentual de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	1,11	1,11	0,93	1,03
Percentual de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,97	0,54	0,51	1,13

FONTE: TABWIN

### **Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur	N/D	55,87	44,69	55,87

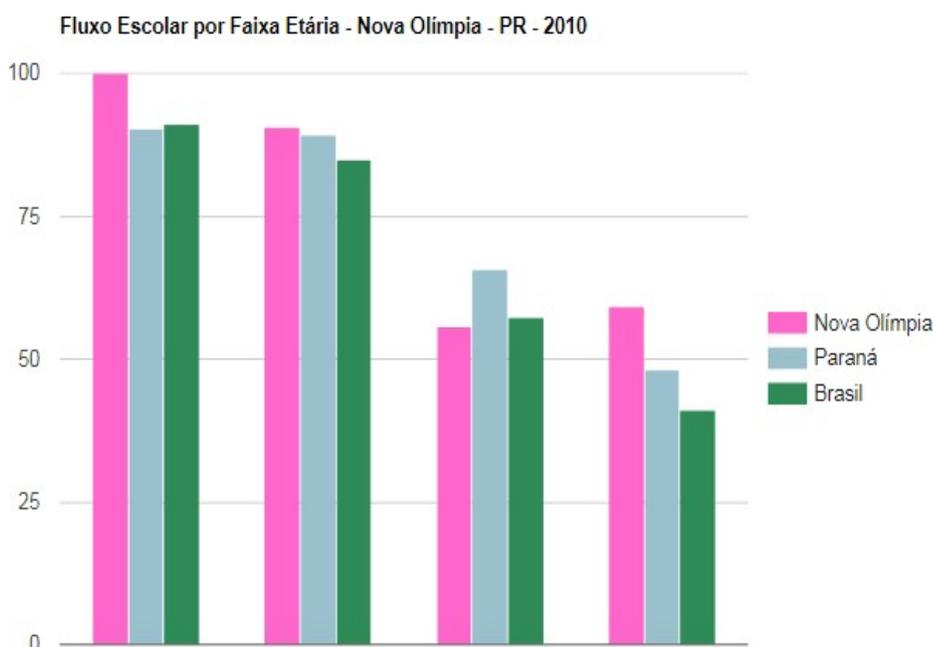
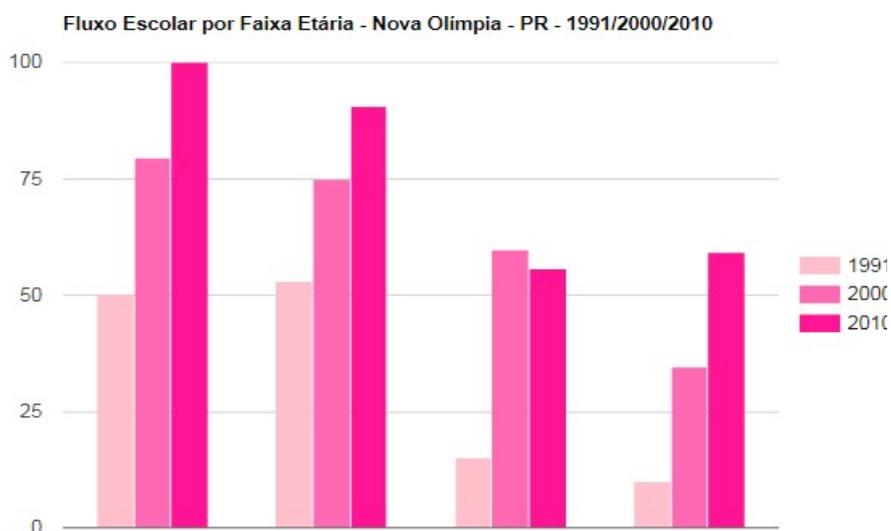
FONTE: TABWIN SIH

## **EDUCAÇÃO**

### **Crianças e Jovens**

As Proporções de crianças e jovens freqüentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 100,00%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental é de 90,48%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 55,65%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 59,21%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 49,63 pontos percentuais, 37,51 pontos percentuais, 40,50 pontos percentuais e 49,08 pontos percentuais. 2010, 85,84% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico

regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 90,33% e, em 1991, 71,24%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 15,01% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 12,35% e, em 1991, 1,98%.



### ***Expectativa de Anos de Estudo***

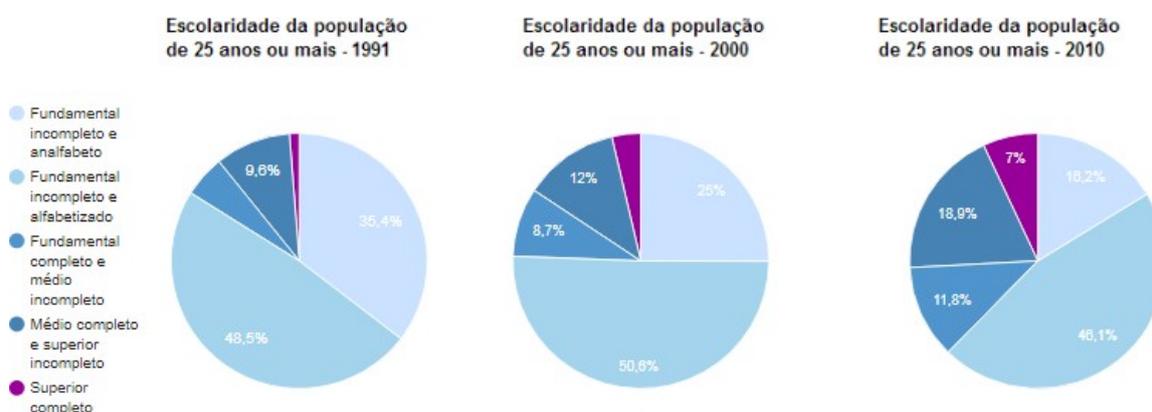
O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 10,67 anos para 10,42 anos, no município, enquanto na UF passou de

10,11 anos para 10,43 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 9,62 anos, no município, e de 9,68 anos, na UF.

### População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 30,28% para 43,20%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 19,28% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 16,23% eram analfabetos, 37,68% tinham o ensino fundamental completo, 25,84% possuíam o ensino médio completo e 6,96%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

### Aspectos de



### abrangência Urbana - Habitação

Indicadores de Habitação - Município - Nova Olímpia - PR			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	89,15	96,37	97,80
% da população em domicílios com energia elétrica	98,12	99,84	99,95
% da população em domicílios com coleta de lixo	53,13	92,62	99,74

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## Vulnerabilidade social

<b>Vulnerabilidade Social - Município - Nova Olímpia - PR</b>			
<b>Crianças e Jovens</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Mortalidade infantil	28,46	26,39	15,30
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	74,15	54,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	10,91	1,80	1,08
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	15,39	4,10
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,06	3,42	2,68
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	16,14	19,73
<b>Família</b>			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	12,16	15,25	10,23
% de vulneráveis e dependentes de idosos	6,12	5,75	2,40
% de crianças extremamente pobres	17,84	6,75	2,02
<b>Trabalho e Renda</b>			
% de vulneráveis à pobreza	69,69	58,76	15,40
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	60,76	41,68
<b>Condição de Moradia</b>			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	68,68	91,92	99,75

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### **Análise Situacional – Condições da Saúde da População**

#### **Aspectos Epidemiológicos**

#### **Mortalidade Geral por Local de Residência – período de 2017 – 2020**

<b>Causa (Cap CID10)</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Total</b>
TOTAL	52	64	58	55	229
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	0	5	3	11
II. Neoplasias (tumores)	6	10	6	7	29
III. Doenças sangue órgãos hemato e transtunitária	0	1	0	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	5	4	1	11
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	2	3
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	2	4	7
IX. Doenças do aparelho circulatório	18	22	17	15	72

X. Doenças do aparelho respiratório	11	11	10	9	41
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	2	6	2	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1	0	1	3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	1	0	1	5
XVIII. Sint sinais e achada normexclín e laborat	7	3	5	4	19
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	7	2	5	15

FONTE: TABNET SESA/PR

### ***Vigilância em Saúde***

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

### ***Vigilância Epidemiológica***

Epidemiologia é um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. Portanto ela pode ser entendida como a obtenção de informações para a ação.

### **Principais atividades:**

- Programa de Imunizações
- Educação em Saúde
- Palestra e Treinamentos
- Coordenação de Equipe
- Investigação de Surtos e agravos
- Notificações Compulsórias de Doenças
- Sistema de Morbimortalidade
- Estatística Vital: Óbitos e Nascidos vivos

- Programas especiais: MH (Controle da Hanseníase) e TB (Controle da Tuberculose).
- Leishmaniose.

### ***Vigilância Sanitária***

A Vigilância Sanitária é um conjunto de ações que visa à proteção da saúde das pessoas. Cabe à Vigilância Sanitária zelar pela qualidade dos serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde e pela qualidade dos produtos expostos ao consumo da população.

A Vigilância Sanitária (VISA): A Vigilância Sanitária é responsável por desenvolver um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e de prestação de serviços de interesse da saúde. (Lei Federal nº 8.080/90). A Vigilância Sanitária trabalha um conjunto de ações no âmbito das práticas de saúde coletiva, assentada em várias áreas do conhecimento técnico científico e em bases jurídicas que lhe confere o poder de normatização, educação, avaliação e intervenção, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, visando garantir a qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde, e das condições de vida e trabalho dos cidadãos. As principais ações deste setor são as inspeções sanitárias, liberação de alvará, orientação e educação.

Atendimento a resolução 004/2017 SESA/PR que estabelecer as normas para a regularização do exercício de atividades que sejam objeto de fiscalização pela vigilância sanitária, exercidas pelo empreendimento familiar rural, micro empreendimento individual e pelo empreendimento econômico solidário, que sejam produtores de alimentos destinados ao consumo humano; as atividades de vigilância da qualidade da água e toda baseada na portaria 518 de 25/03/04 do ministério da saúde que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para o consumo humana e seu padrão de potabilidade.

### ***Vigilância em Saúde Ambiental***

É o setor responsável por monitorar e controlar os fatores do meio ambiente que possam representar riscos à saúde humana: fatores biológicos (doenças transmitidas por vetores, zoonoses, intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) e fatores não biológicos (água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e fatores físicos). Prioriza-se no Paraná o controle dos vetores que transmitem doenças, como: dengue, zika, chicungunya, febre amarela urbana, leishmanioses, malária, esquistossomose e chagas.

### ***Vigilância da Saúde do Trabalhador***

Setor responsável pela investigação de acidentes de trabalho, junto com a vigilância sanitária atua nos estabelecimentos no intuito de diminuir riscos a saúde do trabalhador, compreende a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, as quais estão articuladas com toda a rede de atenção à saúde do SUS, conforme versa a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, instituída pela portaria 1.823/2012 do ministério da saúde.

### ***Atenção Primária em Saúde***

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território. A Atenção Primária à Saúde é, ou pelo

menos deveria ser, o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As ações da atenção primária à saúde são desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde existentes e também em domicílio, associações ou outras instituições que se posicionam solidariamente como parceiras da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olímpia.

### ***Atenção ao pré-natal e puerpério***

As Gestante tem seu cadastro realizado na Unidade de Atenção Primária a Saúde da Família realizados pela enfermeira.

As gestantes têm o seu pré-natal agendado antecipadamente, bem como têm assegurado a realização de todos os exames solicitados pelo médico, sem restrições. Elas tem seu pré-natal realizado pelo médico juntamente com enfermagem Também são acompanhadas pelas equipes ESF mensalmente para saber se estão fazendo o pré-natal corretamente, e nas gestações de risco intermediário ou alto risco as visitas das ESF passam a ser mais freqüentes dependendo da gravidade do caso. As Equipes da Estratégia Saúde da Família e NASF promovem as atividades do Grupo de Gestantes onde são realizadas reuniões com diversos profissionais para orientações, nestas reuniões as gestantes recebem orientações, incentivando o seu comparecimento nas próximas atividades oferecidas pela unidade. As gestantes de beneficiarias dos programas sociais e que apresenta situação de risco são encaminhadas para o serviço social do município onde participam de grupos de artesanato onde são confeccionado parte dos enxovais,

### ***Puericultura***

A puericultura em nosso município segue a seguinte rotina, a mãe da criança já recebe um kit, contendo um frasco de álcool a 70%, e pacote de gazes. A primeira visita da Enfermeira com o Agente Comunitário de Saúde para a mãe e o bebê em casa para orientações ocorre na primeira semana de puerpério. O Agente Comunitário de Saúde irá acompanhar e agendar a primeira consulta do

bebê e da mãe com o médico obstetra e médico pediatra, com 7 dias de vida. O teste do olhinho e o teste da orelhinha do pezinho são garantidos.

O pediatra faz o acompanhamento das crianças mensalmente; as demais visitas dos Agentes Comunitários de Saúde que verificam acompanhamento de peso, desenvolvimento e vacinas, fazendo os devidos encaminhamentos quando necessários.

### ***Programa de controle de hipertensão arterial e diabetes***

Estratégias e ações têm sido implementadas com intuito de reduzir as incapacidades que estas morbidades produzem, bem como medidas de rastreamento e de prevenção. Com a implantação dos programas de atendimento integral aos pacientes diabéticos e hipertensos, melhores índices de cobertura tem sido alcançado, por meio da Estratégia saúde da família apoiada pela equipe da Atenção Primária. Tem sido possível a detecção precoce de pacientes sintomáticos e sob risco, por meio de realização de grupos, palestras, acompanhamento por exames laboratoriais periódicos de acordo com a severidade de cada caso, controle clínico metabólico, consultas médicas e de enfermagem e fornecimento de medicamentos previsto em protocolos e portarias.

### ***Programa Saúde do adulto e do idoso***

O município realiza ações de promoção e prevenção á saúde através da vacinação e prevenção de quedas, através de grupos (atividade física e atividades de vida diária), A atenção integral a saúde do idoso – ações diversas como: consulta medica e de enfermagem, visita domiciliares, acompanhamento de acamados, dispensarão de medicamentos, entre outros. Atividade com essa clientela, como distribuições de folder explicando sobre prevenção de quedas, implantação da caderneta da pessoa idosa, com aumento gradativo do preenchimento; promoção á saúde através de prevenção como a vacinação, através de grupos (atividade física e atividades de vida diária) potencialidades de grupos como os de caminhada e de alongamento. As UBS desenvolvem parcerias intersetorias com outras secretarias.

### ***Assistência Ambulatorial Especializada***

Algumas especialidades são atendidas no próprio município tais como: ortopedia, ginecologia/obstetrícia, pediatria, geriatria, psiquiatria, fonoaudiologia e nutrição. As demais consultas médicas especializadas são acessadas via Consórcio Intermunicipal de Saúde pelas unidades da rede de atenção primária através da Central de Marcação de Consultas Especializadas Municipal. A adequação do agendamento e da oferta de consultas são fatores que apresentaram resultados satisfatórios, possibilitando o primeiro acesso às consultas especializadas com maior rapidez e contribuindo para a redução das filas de espera. Observa-se também a necessidade de elaborar mecanismos junto a comunidade visando a diminuição do absentéismo.

Alguns motivos que podem contribuir para demanda reprimida gerada no sistema são: o excesso de sub especialidades que gera ociosidade em algumas, ou fila de espera em outras e a não qualificação da fila.

Deverá ser organizado um trabalho mais criterioso, juntamente com os profissionais da rede de atenção primária - unidades solicitantes e com os prestadores para uma melhor gestão da fila de espera.

### ***Transporte de Pacientes***

A grande maioria dos pacientes atendidos pelo Serviço Público e Privado de Saúde do Município, depende do transporte efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza veículos para transportar pacientes do SUS para Arapongas, Maringá, Londrina, Umuarama, Curitiba e Cascavel.

Na impossibilidade de transportar os pacientes com veículos próprios, a Prefeitura Municipal fornece passagens de ônibus mediante apresentação de encaminhamento previamente agendado via SUS.

Atualmente a secretaria conta com 01 Ônibus, 01 Fiat Dukato, 01 Renault ambulância, 01 Fiat Doblo ambulância, 01 veículo VAN, 01 veículo Fiat Uno, 01 veículo Fiat Palio, 01 veículo Spin, 01 veículo Fiat Strada, 03 veículos Gol, 01 veículo Fiat Mobi, 01 veículo Prisma para transporte dos pacientes e deslocamentos das equipes da Estratégia Saúde da Família.

### ***Tratamento Fora do Domicílio***

Está organizado através do encaminhamento médico em guia própria, que, após autorizada, é agendada no CISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Umuarama. Além das consultas especializadas são realizados através do consórcio ou via TFD - Tratamento fora do domicílio, exames especializados.

As consultas e/ou exames não realizados pelo consórcio são encaminhados para as referências de acordo com a rede definida pela Secretaria de Estado da Saúde. Muitos casos são encaminhados para Curitiba, onde a Secretaria mantém convênio com a “Ivaí Casa de Apoio” que oferece hospedagem e alimentação a todos os pacientes bem como transporte para os hospitais e rodoviária quando os pacientes usam o ônibus como transporte”.

### ***Assistência às urgências e emergências***

O Hospital Municipal atende urgência e emergência do nosso município e todos os serviços prestados 100% gratuitos, mantido pelo convênio SUS. Os internamentos de Clínica Geral, Pediatria e Obstétrica são realizados no município, e os de alta complexidade são encaminhados para referência (Umuarama, Cascavel, Arapongas), mas grande parte está localizada no município de Umuarama (media e alta complexidade hospitalar), conforme pactuação de gestores Bipartite (descentralização, regionalização e municipalização) ou em centros urbanos maiores, conforme Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, que define a Rede de Referência em Alta Complexidade.

### ***Regulação dos Pacientes***

Quanto à regulação é utilizado o Sistema CARE - Central de Regulação Médica Regional, de competência do Estado do Paraná, que é um sistema de acolhimento e análise das solicitações de atendimento hospitalar e ambulatorial, efetuado por uma equipe médica com o propósito de avaliar, distribuir e monitorar o socorro de forma efetiva, com recursos apropriados, de acordo com um interrogatório sistematizado.

O Transporte Sanitário dos pacientes é feito pelas Ambulâncias do município e pelo SAMU O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que também faz a regulação.

## **Saúde Bucal**

A Rede de Atenção à Saúde Bucal é o conjunto de ações que envolvem o controle de doenças bucais, através da promoção e prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente, o atendimento pode ser de atenção primária, na Unidade de Atenção Primária, atendimento secundário, encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO - CISA) nas especialidades de diagnóstico bucal, cirurgia bucal-oral menor, periodontia, endodontia, prótese, pacientes especiais e odontopediatria. e atendimento terciário, em Unidades Hospitalares.

Atualmente a Saúde bucal de Nova Olímpia conta com 2 consultórios odontológicos dentro da unidade básica de saúde, uma dentista de 40 horas do ESF e uma dentistas de 20 horas, realizando atendimentos geral no período da manhã e da tarde, por agendamento, conta com 1 auxiliar de Saúde Bucal, e uma THD com carga horária de 40 horas cada e uma auxiliar de serviço gerais de 40 horas.

O atendimento no consultório odontológico é realizado de Segunda a sexta feira, das 8h as 11h30 e a tarde das 13h às 17h, sendo 5 vagas por período e 2 urgências e ainda é realizado o Projeto de Escovação e Flúor na Escola Municipal Maria Rodrigues Travaglia,. Os agendamentos são feitos toda sexta-feira pela auxiliar de consultório dentário.

As gestantes encaminhadas para avaliação odontológica tem o agendamento com prioridade.

### **Programa saúde na escola**

Assistência a saúde da criança e adolescente – programa está em andamento, propõe garantir a criança e ao adolescente um conjunto de ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover

infância e adolescência protegidas e saudáveis. Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até 2 anos de idade com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo-se diagnósticos e tratamentos precoce para sub ou sobre alimentação, evitando assim desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também promovendo o aleitamento materno e a alimentação saudável, prevenção de acidente e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.

Saúde do homem – Incluem ações de promoção a saúde, prevenção, tratamento e cuidados paliativos (quando esses se fizerem necessários) que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres de próstata, juntamente com a odontoavaliação do câncer de boca, investigação de DSTs e encaminhar os pacientes com alterações nos exames. Realizado campanha em novembro para o público masculino.

Saúde da mulher – prevenção do câncer de colo de útero e detecção precoce do câncer de mama- incluem ações de promoção a saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários enfatizando a atenção integral a saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso a rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades. Para direcionar as ações da secretaria de saúde, as equipes da atenção primária usam os protocolos clínicos como linha guia na realização da coleta de preventivos de colo de útero e exame clínico das mamas, e seqüenciar o encaminhamento das pacientes com alterações nos exames.

Para ampliar o acesso das pacientes aos exames a secretaria realiza no mínimo 2 campanhas anuais, uma no mês de março para comemorar o mês da mulher e outro em outubro com Campanha NOVA OLÍMPIA OUTUBRO ROSA, sempre em parceria com outras instituições que realizam essa atividade.

### ***Programa de Tuberculose***

Esse programa é acompanhado pela enfermeira da epidemiologia e em parceria com equipe ESF. Após confirmação dos casos suspeitos os mesmos são

acompanhados também no CISA, o tratamento é realizado com uso de medicamentos que em alguns casos é necessário a dose supervisionada pelo enfermeiro e agente comunitário de Saúde, ainda é realizado a busca dos contactantes.

### ***Imunizações***

Esse programa tem como objetivo realizar esquema básico de vacinação em 100% das crianças até 2 anos, residentes em nosso município, através da vacinação de rotina, Além de realizar campanhas extras que atingem idosos, crianças maiores de 2 anos, adolescentes e outros dentro dos parâmetros fornecidos pelo Ministério.

### ***Assistência Farmacêutica***

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações de atenção básica à saúde. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

### ***Organização:***

A organização da Assistência Farmacêutica funciona com ações integradas e em ordem sequencial, sendo dependente uma da outra, a execução imprópria de uma das fases influencia nas demais e compromete o objetivo e os resultados de toda a cadeia. As fases são:

Seleção de Medicamentos e insumos; Programação, estimativas de consumo; financiamento e aquisição; prescrição; transporte e distribuição; armazenamento; dispensação ao paciente; uso pelo paciente; avaliação dos resultados fármaco epidemiologia.

**Medicamento:**

O medicamento é um dos componentes fundamentais da atenção à saúde e sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde.

**Componente básico:**

O componente básico é de responsabilidade da União com o valor de R\$5,85 por habitante /ano e do estado e município com o valor R\$2,36 por habitante /ano cada ente. A aquisição destes medicamentos é realizada de acordo com a REMUME do município, sendo quatro programações ao ano com os repasses das entidades acima citadas em forma de pregão eletrônico por meio de registro de preço do programa Consórcio Paraná Saúde, onde após a compra recebemos essas medicações na regional de saúde em lotes separados e de forma gradual. O armazenamento é feito em prateleiras onde os medicamentos com validade mais próxima ao vencimento ficam a frente, para desta forma não haver perdas. A dispensação é feita de acordo com o receituário médico, com exceção dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos que a tem validade de seis meses.

**Componente estratégico:**

Temos também o componente estratégico que o financiamento, aquisição e distribuição aos estados são de responsabilidade do gestor federal. O recebimento dessas medicações é realizado na regional onde se segue um protocolo para cada qual. Essa medicação é armazenada em armários específicos com exceção dos contraceptivos e insulinas. A dispensação é realizada de acordo com a prescrição médica.

**Componente Especializado:**

O componente especializado é caracterizado por medicamentos de alto custo ou que pela cronicidade do tratamento se tornam caros, usa-se como critério os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas-PCDT que desta forma garante o disciplinamento do acesso a este componente. O recebimento ocorre na regional e seu armazenamento é em armários específico com uso de chaves, sua dispensação ocorre no sistema informatizado do ministério da saúde CEAF.



### ***Lista Suplementar:***

A lista suplementar de medicamentos é atendida com o pedido do ministério público, onde a aquisição é realizada na empresa licitada onde na mesma é feita a retira e conferência da nota fiscal. O armazenamento é em armário específico e a dispensação é feita ao paciente solicitante.

### ***Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)***

A Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) é composto de uma equipe de profissionais que atuam na atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, em caráter multiprofissional, atendendo às necessidades no nível especializado em Saúde Mental.

Os atendimentos são realizados na secretaria de saúde do município de Nova Olímpia local onde tem espaço para desenvolver seus trabalhos. A equipe é composta pelos seguintes profissionais: psiquiatra, assistente social e psicólogo.

Os pacientes chegam ao AMENT através de encaminhamentos dos médicos da Unidade Básica de Saúde.

Os profissionais realizam atendimentos aos pacientes de forma individual e em grupos conforme as demandas existentes no território.

## ***Programa Saúde Mental***

O Programa Saúde Mental, é realizado por psicólogas, possui um Cadastramento dos pacientes que são acompanhados individualmente e em grupo através de reuniões que acontecem uma vez ao mês onde é feito acompanhamento e orientação aos pacientes, são realizadas atividades e palestras.

### ***Gerente de Atenção Primária (Coordenadora da Atenção Primária)***

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

**INDICADORES MUNICIPAIS DA SAÚDE**

**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**

**VIGÊNCIA Meta 2022 - 2025**

**DIRETRIZ 01: Fortalecimento da Rede Materno Infantil**

**2022**

**2023**

**2024**

**2025**

<b>1</b>	1.1.1	Ampliar para 90% das gestantes SUS com 7 ou mais consultas no pré-natal	Proporção de gestantes SUS com 7 ou mais consultas de pré-natal	95%	96%	97%	98%
<b>2</b>	1.1.2	Vincular 80% gestantes SUS ao hospital para a realização do parto, conforme estratificação de risco.	Proporção de gestantes SUS vinculadas ao hospital para realização do parto	100% de gestantes vinculadas			
<b>3</b>	1.1.3	Reduzir em 5% ao ano o Coeficiente de Mortalidade Materna, em relação ao ano anterior (corrigido: Reduzir ..., em relação ao ano de	Coeficiente da Mortalidade Materna/100.000 nascidos vivos	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>

		2016)					
<b>4</b>	1.1.4	Reduzir em 15% ao ano o Coeficiente de Mortalidade Infantil, em relação ao ano anterior	Coeficiente da Mortalidade Infantil/1.000 nascidos vivos	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>	<b>Zero óbito</b>
<b>5</b>	1.1.5	Realizar 3 testes de sífilis nas gestantes	Nº de testes de sífilis por gestante.	Realizar No Mínimo 3 testes por Gestantes	Realizar No Mínimo 3 testes por Gestantes	Realizar No Mínimo 3 testes por Gestantes	Realizar No Minimo3 testes por Gestantes
<b>6</b>	1.1.6	Aumentar em 2% ao ano o parto normal (gestantes SUS) no Estado, em relação ao ano anterior 15% – em 2016	Proporção de parto normal - gestantes SUS	<b>23,30%</b> - investir em orientações durante o pre natal sobre os benefícios para me e para o bebe	<b>23,60%</b> - investir em orientações durante o pre natal sobre os benefícios para me e para o bebe	<b>23,90%</b> - investir em orientações durante o pre natal sobre os benefícios para me e para o bebe	<b>24,23%</b> - investir em orientações durante o pre natal sobre os benefícios para me e para o bebe
<b>DIRETRIZ 02: Fortalecimento da Rede Paraná Urgência</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>7</b>	2.1.1	Reduzir em 5 % a taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências, em relação a 2016 – 3,13	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências/100.000 hab.	<b>2,97%</b>	<b>2,82%</b>	<b>2,67%</b>	<b>2,53</b>
<b>8</b>	2.1.2	Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardio e cérebro vasculares em 2,5%, em relação ao ano de 2014, na faixa etária de 0 a 69 anos – 2,33 em 2016	Taxa de mortalidade por doença cardio e cérebro vasculares na faixa etária de 0 a 69 anos/100.000 hab. nessa faixa etária	<b>2,30 %</b>	<b>2,24%</b>	<b>2,18%</b>	<b>2,12%</b>

<b>DIRETRIZ 04: Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>9</b>	4.1.1	Manter em 65% de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	<b>65,00%</b>	<b>65,00%</b>	<b>65,00%</b>	<b>65,00%</b>
<b>10</b>	4.1.2	Reduzir em 10% o percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores – 0,23% - 2016	Proporção de exodontias sobre procedimentos restauradores	<b>0,20%</b>	<b>0,18%</b>	<b>0,16%</b>	<b>0,14%</b>
<b>DIRETRIZ 06: Implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>11</b>	6.1.1	Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) em relação a 2016 = 9 pactuado	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas) por 100 mil habitantes nessa faixa etária	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

12	6.1.2	Manter em até 32% as internações por condições sensíveis a APS, na faixa etária acima de 60 anos – 21,93 em 2016	Proporção de internações por causas evitáveis, na faixa etária acima de 60 anos	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%
<b>DIRETRIZ 07: Qualificação da Atenção Primária à Saúde</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
14	7.1.1	Manter em 100% a cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	100%	100%	100%	100%
15	7.1.2	Reduzir para 28% as internações por causas sensíveis da Atenção Primária – 29,93 em 2016	Proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Primária	28%	28%	28%	28%
16	7.1.3	Atingir a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,65 ao ano, na população-alvo 0,75 – pactuado em 2016	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,75%	0,75%	0,75%	0,75%
17	7.1.4	Manter a razão de mamografias realizadas na população alvo em 0,40, ao ano em 2016 – 0,60	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%

18	7.1.5	Obter 80% de adesão das Unidades de Saúde/Centro de Saúde no processo de Tutoria.	Percentual de adesão das UBS/Centro de Saúde no processo de Tutoria	80%	80%	80%	80%
<b>DIRETRIZ 09: Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
19	9.1.2	Manter em 80% o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família Pactuado 90,00% em 2016	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
20	9.1.3	Ampliar para 70% de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo Programa Leite das Crianças	Percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo PLC	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%
<b>DIRETRIZ 11: Fortalecimento do Desenvolvimento Regional da Atenção à Saúde</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
21	11.1.5	Implantar o modelo de atenção às condições crônicas por meio das seguintes Linhas de Cuidado - LC: hipertensão arterial e diabetes, gestação de	Número de CEPs com Linhas de Cuidado implantadas	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

		alto risco, atenção aos idosos					
	<b>DIRETRIZ 14: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica</b>			<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>22</b>	14.3.2	Manter o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica - IOAF aos 399 municípios paranaenses	Nº de municípios que aderiram ao IOAF	<b>JÁ ADERIDO Manter</b>	<b>JÁ ADERIDO Manter</b>	<b>JÁ ADERIDO Manter</b>	<b>JÁ ADERIDO Manter</b>
	<b>DIRETRIZ 15: Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde</b>			<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>23</b>	15.1.1	Investigar 93% dos óbitos infantis e 95% fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>24</b>	15.1.2	Investigar 100% dos óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>25</b>	15.1.3	Investigar 97% dos óbitos em mulheres em idade fértil - MIF	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>26</b>	15.1.4	Monitorar 80% dos casos novos notificados no SINAN, de sífilis congênita em menores de 1(um) ano de idade.	Proporção de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade notificados e avaliados com tratamento adequado ao	<b>Monitorar 100%</b>	<b>Monitorar 100%</b>	<b>Monitorar 100%</b>	<b>Monitorar 100%</b>

			nascer				
<b>27</b>	15.1.5	Alcançar coberturas vacinais do Calendário Básico de Vacinação em 70% dos municípios Em 2016 pactuado 75,00%	Percentual de municípios do Estado com cobertura vacinal adequadas para as vacinas do calendário básico da criança	<b>75,00%</b>	<b>75,00%</b>	<b>75,00%</b>	<b>75,00%</b>
<b>28</b>	15.1.6	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 85%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>29</b>	15.1.7	Aumentar a proporção de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose para 90%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	<b>100% testes realizados</b>	<b>100% testes realizados</b>	<b>100% testes realizados</b>	<b>100% testes realizados</b>
<b>30</b>	15.1.8	Manter em 96%,no mínimo, a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	<b>96,00%</b>	<b>96,00%</b>	<b>96,00%</b>	<b>96,00%</b>

<b>31</b>	15.1.9	Encerrar a investigação de pelo menos 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata - Doenças de Notificações Compulsórias Imediatas (DNCI), registrados no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>
<b>32</b>	15.1.10	Reduzir para menos de 01 caso para cada 100 mil habitantes a incidência de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade na população da mesma faixa etária/100.000 hab	<b>Zero casos</b>	<b>Zero casos</b>	<b>Zero casos</b>	<b>Zero casos</b>
<b>33</b>	15.1.11	Aumentar em até 5% as Unidades de Saúde que notificam violência interpessoal e autoprovocada	Percentual de unidades novas implantadas	100% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação 1 – Hospital Municipal	100% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação 1 – Hospital Municipal	100% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação 1 – Hospital Municipal	100% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação 1 – Hospital Municipal
<b>34</b>	15.1.12	Atingir 100% dos municípios, executando todas as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias	Percentual dos municípios, executando todas as ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação vigente	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

35	15.1.1 5	Realizar no mínimo 6 ciclos de visita domiciliar em 80% dos domicílios, por ciclo, em 87,5% dos municípios infestados por Aedes aegypti.	Proporção de municípios infestados que realizaram 6 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios	<b>REALIZAR 6 CICLOS DAS VISITAS</b>			
36	15.1.1 6	Atingir pelo menos 95% dos municípios, notificando os casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	95% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação	95% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação	95% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação	95% - investir em capacitação profissional para identificar os agravos e realizar a notificação
37	15.1.1 7	Atingir no mínimo 80% das ações pactuadas no Programa PROVIGIA	Proporção de ações realizadas no ano pelos municípios que aderiram ao Programa	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>	<b>80,00%</b>
<b>DIRETRIZ 17: Ouvidoria como Instrumento de Gestão e Cidadania</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
38	17.1.1	Apoiar e capacitar os municípios para implantar 92 Ouvidorias Municipais de Saúde até 2025	Proporção de Municípios com Ouvidorias implantadas	<b>100% implantado</b>	<b>100% implantado</b>	<b>100% implantado</b>	<b>100% implantado</b>
<b>DIRETRIZ 18: Fortalecimento do Controle Social no SUS</b>				<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
39	18.1.3	Acompanhar a execução do PQCMS (Programa de Qualificação dos	Número de municípios que tiveram	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

	Conselhos Municipais de Saúde) em 100% dos municípios	recursos alocados para os Conselhos Municipais de Saúde				
--	---	---	--	--	--	--

---

**ANDRÉIA C. BATISTA ALVES**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**GESTÃO : 2021 - 2024**