PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2026-2029

ANO

2025

Prefeito

João Marcos Ferrer

Vice-Prefeito

Sebastião Teixeira Júnior

Secretário Municipal de Saúde

Creide Vieira de Melo

EQUIPE DE ELABORAÇÃO
REVISADO E ATUALIZADO EM 2025

CREIDE VIEIRA DE MELO - Secretária Municipal de Saúde

KELLY FERNANDA HIGASHI - Assistência Farmacêutica

PRISCILA CRHISTIANE CAMILOTI DE SÁ – Vigilância Epidemiológica

FABIO ROGÉRIO HIGASHI – Coordenador Odontologia

GUSTAVO JULIANI ANTIVERI – Vigilância Sanitária

HELOISA PARANGABA FORTES - Escriturário II

VIVIANE CRISTINA PEZZOTTO HERNANDEZ- Chefe de Divisão de Assistência Social - Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIRASELVA

Conselheiros Membros Novos – Decreto nº 09/2023 – Revisaram o Plano

Marcelo Pimenta Mota – Prestador

Marina Bertoni Rodrigues – Prestador

Inanir Leal Tolovi – Comércio - Usuário

Ivone Costa – Comércio - Usuário

Neide Felix Rodrigues Santos – Igreja Católica - Usuário

Mázia Rosangela de Souza Nascimento – Igreja Católica - Usuário

Gilberto Pereira Costa – Igreja Evangélica Lar Cristão - Usuário

José Aparecido Paulete - Igreja Evangélica Lar Cristão - Usuário

João Umberto Biguetti – Sindicato Rural - Usuário

Cecília S. Camargo – Igreja Assembleia de Deus – Usuário

Tiago Garcia Prescendo – Corem – Trabalhador

Marcos Henrique Silva Junior – Corem – Trabalhador

Cássia Eliane Toratti Antiveiri – Corem – Trabalhador

Creide Vieira de Melo – Gestor Saúde

Priscila Christiane Camiloti de Sá – Atenção Primária

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**
2. **APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO**
2.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
3. ANÁLISE SITUACIONAL
3.1 PERFIS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO
3.1.1 Perfil Demográfico
3.1.2 Perfil Socioeconômico
3.1.3 TRABALHO E RENDA
3.1.4 RENDA
3.1.5 INDICE DESENVOLVIMENTO HUMANO(IDH-M)2010
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
3.2.1 Mortalidade
3.2.2 Morbidade
3.2.3 Vigilância em Saúde
4. **PERFIL ASSISTENCIAL**
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
4.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)
4.3 ATENÇÃO HOSPITALAR
4.4 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
5. GESTÃO EM SAÚDE
5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
5.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
5.3 FINANCIAMENTO EM SAÚDE
6. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
7. CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA
8. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES – D.O.M.I
8.1 INDICADORES DE PACTUAÇÃO 2026-2029
9 PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Miraselva apresenta o Plano Municipal de Saúde 2026-2029 relativo às ações e serviços públicos de saúde. Tendo como base estruturação da gestão de todo sistema de Saúde do Município, a partir de um diagnóstico situacional detalhado da necessidade da população e as peculiaridades próprias do município e redução da inequidade do sistema, estabelecendo diretrizes, objetivos, metas e indicadores que nortearão a execução das políticas públicas de saúde para o período.

Mais do que um documento formal, este Plano Municipal de Saúde reflete o compromisso da gestão com a ampliação do acesso, a qualificação da atenção e a melhoria das condições de saúde da população, reafirmando os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

Fundamental ainda foi garantir a participação dos trabalhadores dos serviços de Saúde, Gestão e Conselho Municipal no processo de planejamento e discussão do Plano, tendo em vista o protagonismo dos mesmos na produção do cuidado e da saúde coletiva do município, e esta participação foi garantida através de reuniões de trabalho realizadas durante o processo

2. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

Miraselva é um pequeno município no Norte do Paraná, desmembrado de Florestópolis e elevado à categoria de distrito pela lei nº. 3.527 de 16 de janeiro de 1958, em nível de município pela lei nº. 4.225 de 25 de julho de 1961. A cidade se destaca por um ambiente limpo e arborizado, sua tranquilidade, boa qualidade de vida e é reconhecida como uma das melhores cidades do Paraná para se viver, com atenção especial à saúde e segurança.

Caracterização do Território



BRASÃO OFICIAL

FONTE**:** Prefeitura, Governo

LOCALIZAÇÃO



FONTE: IPARDES

IMAGENS DO MUNICÍPIO





FONTE: Prefeitura, Governo

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - 2025

HISTÓRICO	INFORMAÇÕES
Origem do município – Desmembramento	Florestópolis
Data de instalação do município	11/11/1961
Data de comemoração do município	11 de novembro

FONTE: IPARDES

AUTORIDADE ELEITA - 2024

PREFEITO(A)
JOÃO MARCOS FERRER

FONTE: TRE

ÁREA TERRITORIAL E DISTÂNCIA À CAPITAL - 2025

TERRITÓRIO	INFORMAÇÃO	UNIDADE
Área territorial	90.294	km²
Distância da sede municipal à capital	452,60	km

Em 2024, a área do município era de 90,294 km², o que o coloca na posição 394 de 399 entre os municípios do estado e 5234 de 5570 entre todos os municípios.

FONTE: ITCG (Área), SEIL (Distância)

DIVISÃO ADMINISTRATIVA - 2025

DIVISÃO ADMINISTRATIVA	INFORMAÇÕES
Número de distritos administrativos	1
Comarca a que pertence	Porecatu

FONTE: IBGE (Distritos), TJPR (Comarca)

POSIÇÃO GEOGRÁFICA - 2016

POSIÇÃO GEOGRÁFICA	INFORMAÇÕES
Altitude (metros)	582
Latitude	22 º 57 ' 58 " S

Longitude	51 º 29 ' 05 " W

FONTE: IBGE

FONTE: SEDU – Paraná cidade

LIMITES DO MUNICÍPIO:

FONTE: IPARDES



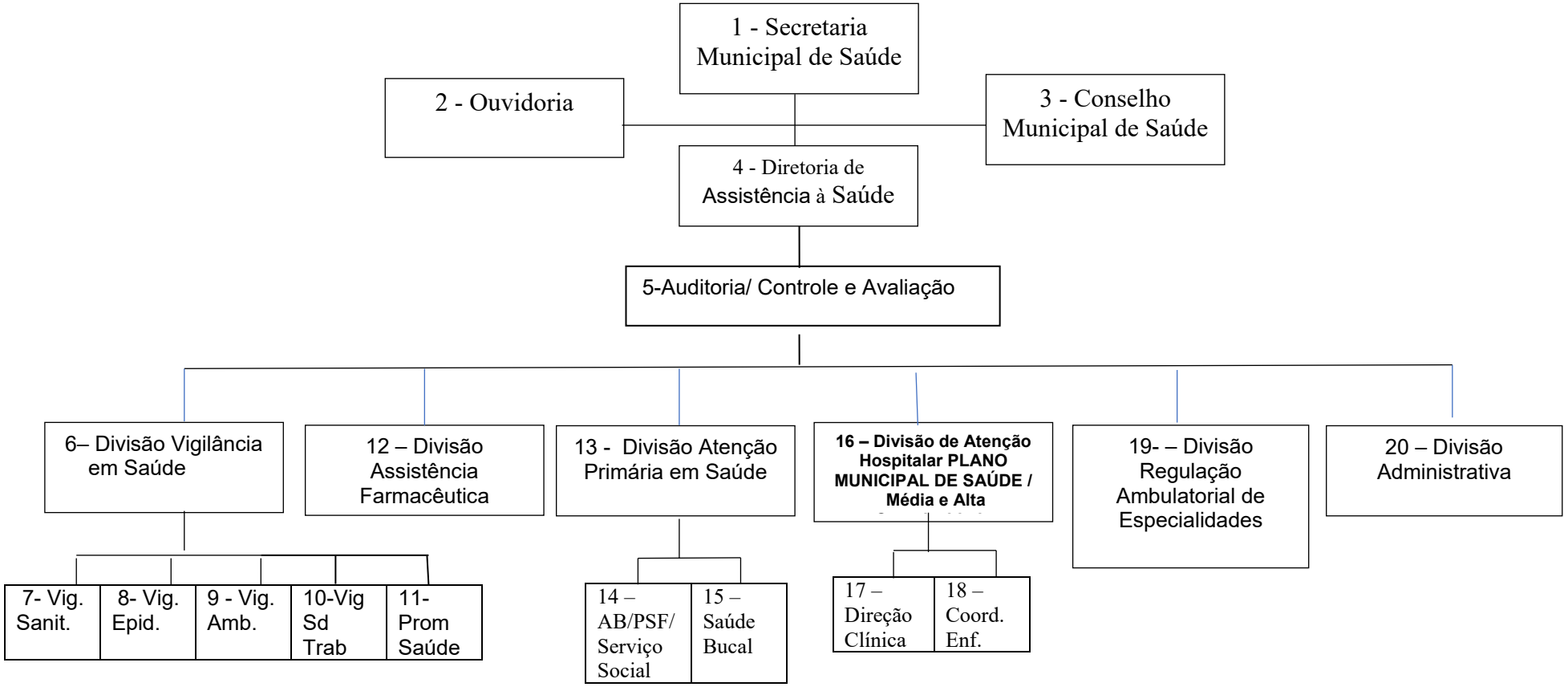
NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

a) Meios de transporte: Rodoviário;

b) Meio de Comunicação: Telefone, Correio, Fax, Rádio, Televisão, Internet, Imprensa Escrita;

2.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O município de Miraselva possui sobre sua responsabilidade 04 estabelecimentos de saúde que prestam atendimento à população em todos os ciclos de vida. Desses estabelecimentos uma unidade básica de saúde que é referência da atenção primaria, um hospital municipal de pequeno porte que presta atendimentos de urgência /emergência, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde em âmbito municipal e α secretaria municipal de saúde.


1 - Secretaria Municipal de Saúde
2 - Ouvidoria
3 - Conselho Municipal de Saúde
4 - Diretoria de Assistência à Saúde
5-Auditoria/ Controle e Avaliação
6– Divisão Vigilância em Saúde
12 – Divisão Assistência Farmacêutica
13 - Divisão Atenção Primária em Saúde
16 – Divisão de Atenção Hospitalar PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / Média e Alta
19- – Divisão Regulação Ambulatorial de Especialidades
20 – Divisão Administrativa
7- Vig. Sanit.
8- Vig. Epid.
9 - Vig. Amb.
10-Vig Sd Trab
11- Prom Saúde
14 – AB/PSF/ Serviço Social
15 – Saúde Bucal
17 – Direção Clínica
18 – Coord. Enf.

RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

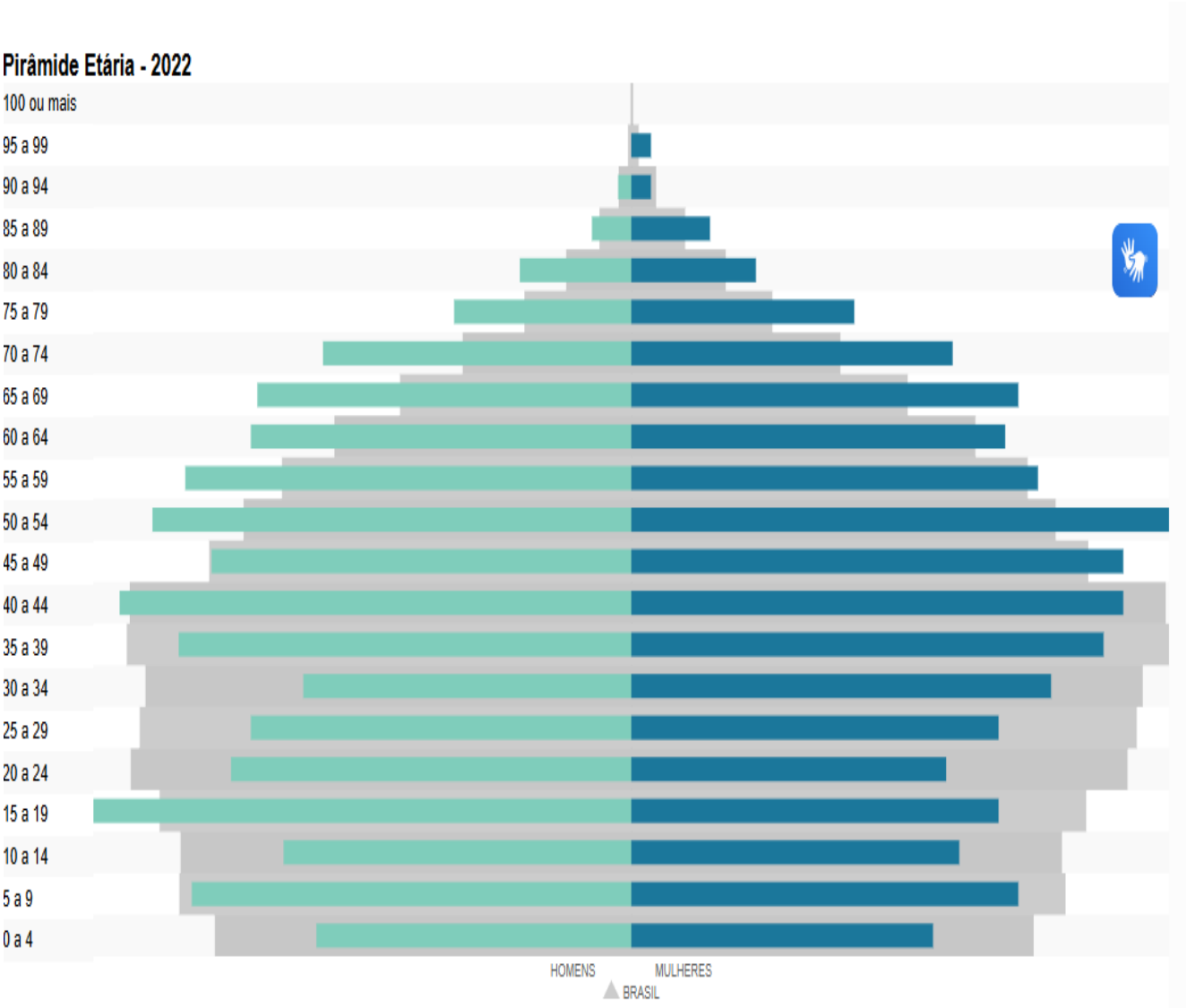
TIPO PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	EFETIVO	CONTRATADO	TOTAL
Nível Superior				
Dentista	40 horas	01	-	01
Enfermeiro(a)	40 horas	06	-	06
Farmacêutico(a)	40 horas	01	-	01
Farmacêutico(a)	30 horas	01	-	01
Bioquímico (a)	10 horas	01		01
Fisioterapeuta	20 horas	02	01	03
Médico Clinico Estratégia Saúde da Família	40 horas	-	01	01
Médico Plantonista	Plantão intercalados	03		03
Psicólogo(a)	20 horas	02	-	02
Fonoaudiólogo(a)	20 horas	-	01	01
Nutricionista	20 horas	01	-	01
Veterinário	40 horas		01	01
Assistente Social	40 horas	-	01	01
Nível Médio:				
ACE	40 horas	02	-	02
ACS	40 horas	05	-	05
Técnico de Enfermagem	40 horas	12	-	12
Auxiliar Enfermagem	40 horas	02	-	02
Auxiliar Consultório Dentário	40 horas	01	-	01
Escriturário II	40 horas	01	-	01
Motorista	40 horas	07	-	07
Cozinheira	40 horas	02	-	02
Serviços Gerais	40 horas	05	-	05

Todos os profissionais realizam carga horária de 40 horas semanais, com exceção das profissionais de fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista que realizam carga horária de 20 horas semanais todos conforme aprovações em concursos públicos e/ou contrato via CISMEPAR, licitação.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 PERFIS DEMOGRÁ E SITUACIONAL

3.1.1 - Perfil Demográfico TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL



POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO – 2022

FAIXA ETÁRIA (anos)	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Menores de 1 ano	7	10	17
De 1	4	3	7
De 2	7	7	14
De 3	5	8	13
De 4	7	6	13
De 1 a 4	23	24	47
De 5	16	8	27
De 6	14	7	21
De 7	9	13	18
De 8	13	4	17
De 9	11	15	30
De 5 a 9	63	47	110
De 10	21	20	41
De 11	11	10	21
De 12	13	12	25
De 13	21	23	44
De 14	17	7	21
De 10 a 14	83	72	155
De 15	15	9	24
De 16	13	11	24
De 17	11	12	23
De 18	10	9	19
De 19	8	4	12
De 15 a 19	54	45	99
De 20 a 24	62	52	114
De 25 a 29	56	58	114
De 30 a 34	69	54	123
De 35 a 39	62	65	127
De 40 a 44	74	77	150
De 45 a 49	61	61	122
De 50 a 54	73	75	148
De 55 a 60	70	83	153
De 60 a 64	63	54	117
De 65 a 69	53	67	119
De 70 a 74	57	56	113
De 75 a 79	42	42	84
De 80 anos e mais	40	51	86
TOTAL	1015	993	2008

Fonte IBGE – Censo Demográfico.

POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO – 2022

TIPO DE DOMICÍLIO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Urbano	853	850	1.703
Rural	162	143	305
TOTAL	1015	993	2008

FONTE: IBGE – Censo Demográfico

POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO COR / RAÇA – 2022

COR / RAÇA	POPULAÇÃO
Branca	1.188
Preta	78
Amarela	5
Parda	713
Indígena	-
Sem declaração da cor / raça	-
TOTAL	1.984

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

Observa-se que a população é praticamente a mesma dos anos anteriores sendo 50,54% população masculina e 49,45% população feminina.

Ao analisar as pirâmides municipal, pode-se dizer que a população está envelhecendo, pois há uma diminuição dos indivíduos jovens com incremento na população adulta e idosa.

Este comportamento característico de pequenas cidades, onde as populações jovens e adultas se ausentam para continuar os estudos, e trabalharem em grandes municípios.

3.1.2 - Perfil Socioeconômico

Estrutura Sanitária:

Abastecimento de água

O Abastecimento de água Saneamento é realizado pela SAMAE – SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO, 100% das residências do município tem água encanada e tratada, não há rede de tratamento de esgoto, utilizando-se de fossas sépticas. São realizados exames bacteriológicos semanalmente pelo sistema de água e distribuídos no comércio para a população.

Destino do lixo

A coleta de lixo doméstico é feita pela Prefeitura Municipal por 01 caminhão de coleta lixo, todos os dias 8 horas/dia, depositado em uma vala adequada, onde o lixo é depositado e coberto com terra, encontra-se há 2,5 Km do perímetro urbano do município. O Lixo hospitalar é recolhido por uma empresa terceirizada 01 (uma) vez por semana.

Educação

A Rede Municipal de Educação de Miraselva está vinculada ao Núcleo Regional de Educação de Londrina-PR (N.R.E.). O município não possui sistema próprio de ensino, por isso, segue as normativas do Sistema Estadual de Educação.

Miraselva possui em sua rede municipal de ensino 01 Centro de Educação Infantil e 01 Escola de Ensino Fundamental – Anos Iniciais.

O CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL REINO PEQUENINO, atende atualmente 86 alunos, na faixa etária de 0 a 5 anos, considerado ensino obrigatório, a faixa etária de 4 anos todas as crianças, no município estão matriculadas, pois realizamos a busca ativa destas.

Indicador 1B: Percentual da população de 0 a 3 anos que frequenta a escola/creche (Taxa de atendimento escolar)

FONTES

Brasil	Sul	Paraná	Norte Central Paranaense
			
Meta Prevista **50%**		Meta Prevista **50%**	Meta Prevista **50%**
Situação Atual **23.2%**	Situação Atual **9.2%**	Situação Atual **30.3%**	Situação Atual **35.3%**

Indicador 1A: Percentual da população de 4 a 5 anos que frequenta a escola/creche (Taxa de atendimento escolar)

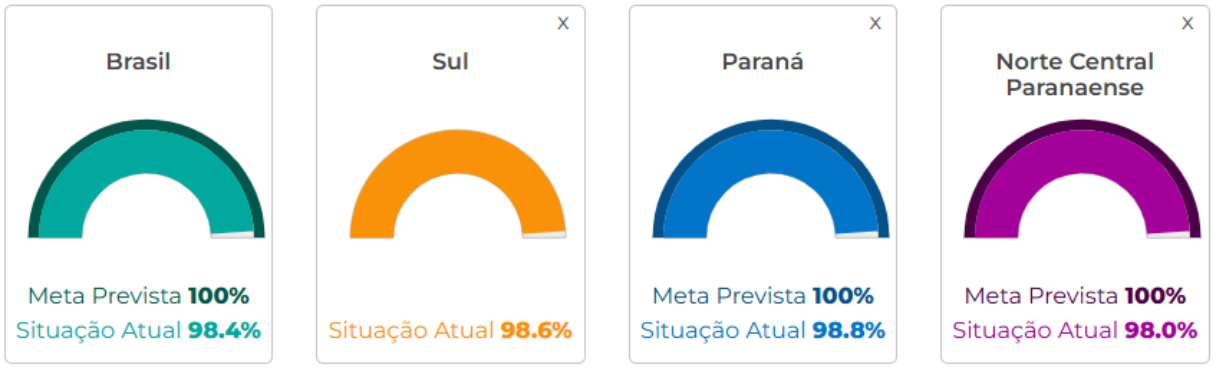
FONTES

Brasil	Sul	Paraná	Norte Central Paranaense
			
Meta Prevista **100%**		Meta Prevista **100%**	Meta Prevista **100%**
Situação Atual **81.4%**	Situação Atual **87.0%**	Situação Atual **77.7%**	Situação Atual **75.5%**

A ESCOLA MUNICIPAL MONTEIRO LOBATO E.F., atende atualmente 130 alunos, na faixa etária de 6 a 10 anos, sendo do 1º ao 5º ano, no ensino remoto;

Indicador 2A -Percentual de pessoas de 6 a 14 anos que frequentam ou que já concluíram o ensino fundamental (taxa de escolarização líquida ajustada)

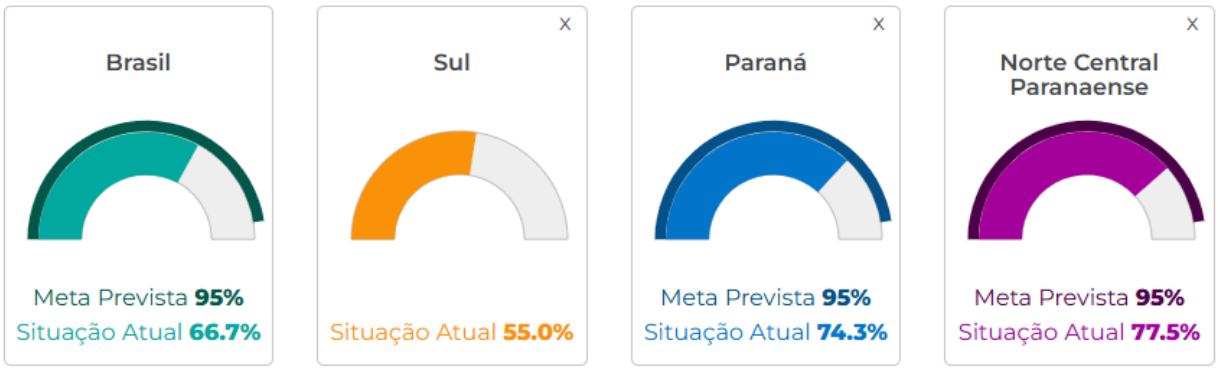
FONTES



Temos também o COLÉGIO ESTADUAL ARNALDO BUSATO – E.F.M., que tem como mantenedor o Governo do Estado do Paraná e atende nossa população no Ensino Fundamental Anos Finais e Ensino Médio. Atualmente este colégio está com 226 alunos matriculados, sendo 143 no Ensino Fundamental e 83 no Ensino Médio 83.

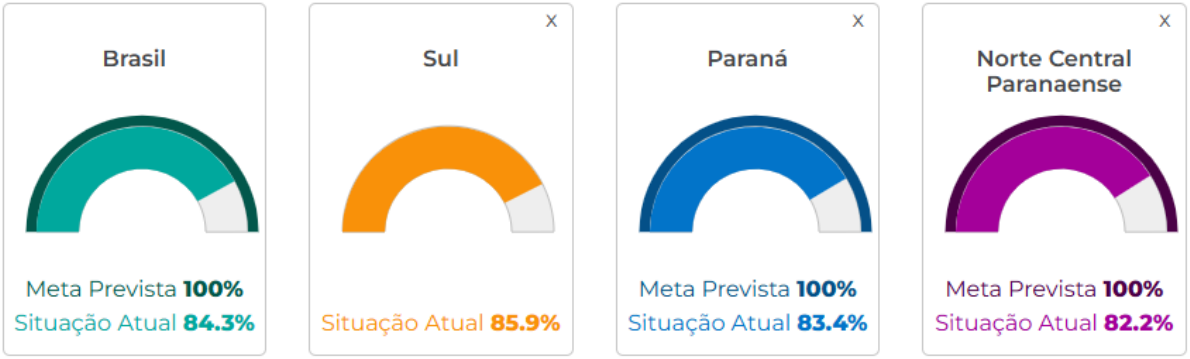
Indicador 2B - Percentual de pessoas de 16 anos com pelo menos o Ensino Fundamental concluído.

FONTES



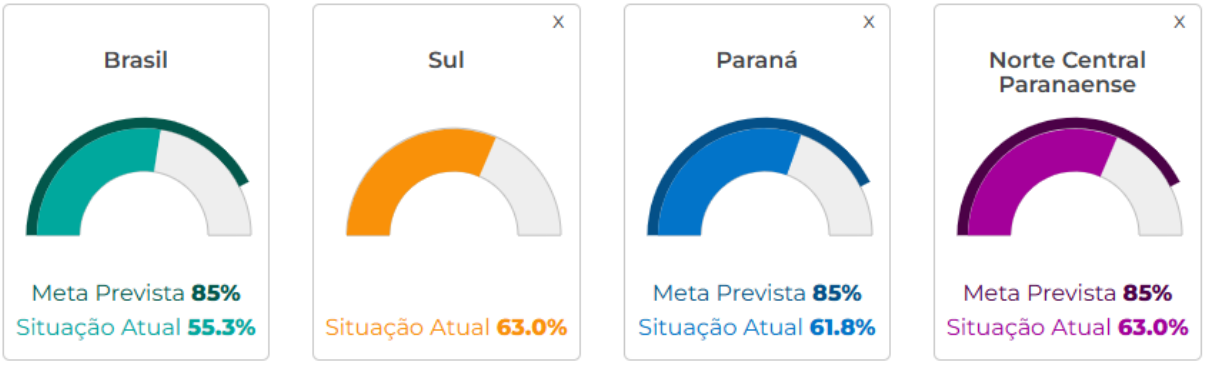
Indicador 3A - Percentual da população de 15 a 17 anos que frequenta a escola ou já concluiu a educação básica

FONTES



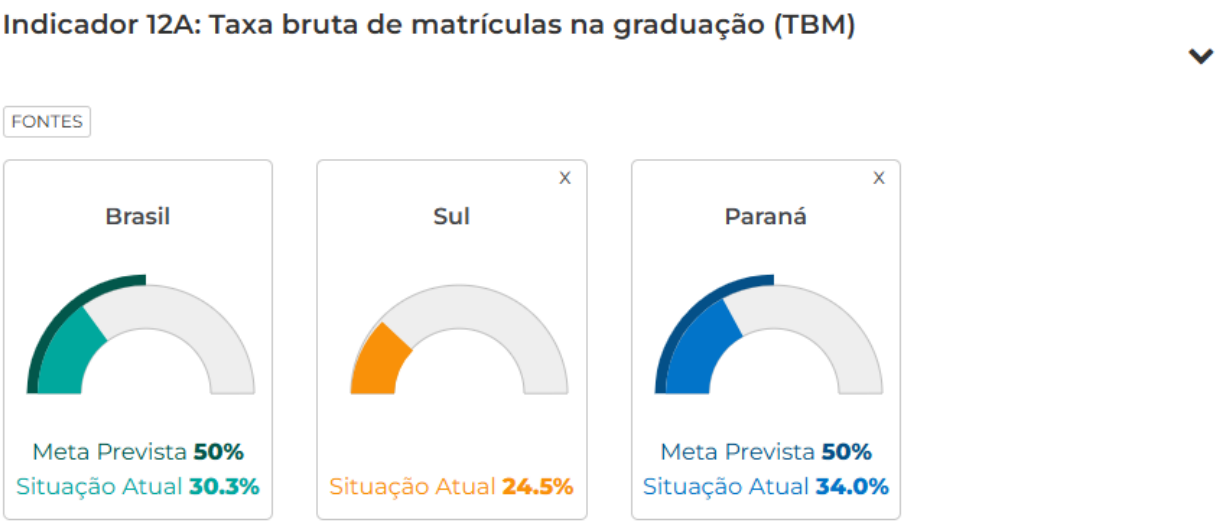
Indicador 3B: Percentual da população de 15 a 17 anos que frequenta o ensino médio ou possui educação básica completa

FONTES



ENSINO SUPERIOR E CURSOS TÉCNICOS

No que diz respeito ao Ensino Superior e a Cursos Técnicos, o município fornece apoio e suporte a Associação Estudantil de Miraselva (ASSEMI), contribuindo com o transporte dos alunos que estão matriculados em diversos cursos superiores ou técnicos nos municípios de Londrina e Porecatu. Miraselva tem ainda parcerias e articulações com Instituições de Ensino Superior e de Curso Técnico, facilitando o acesso da comunidade, dando possibilidade para a realização destes, que muitas vezes ocorrem dentro do próprio município ou em parceria com outros municípios.

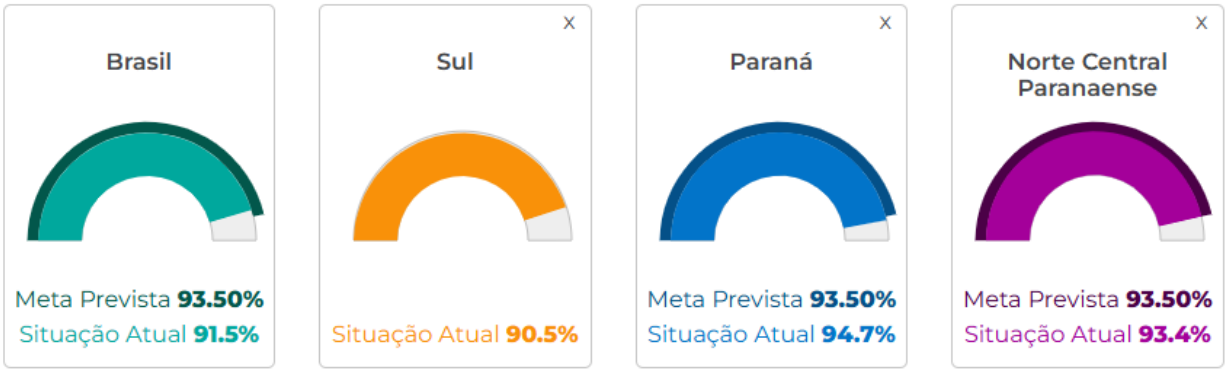


ANALFABETISMO FUNCIONAL

Por fim, falando do analfabetismo funcional, já tivemos em nosso município a Educação de Jovens e Adultos, que contribuiu para a diminuição deste índice, porém chegamos à cessação desta por não termos número suficiente de alunos para a abertura de turmas, no caso do Ensino Fundamental – anos iniciais. A dificuldade se dá principalmente pelo fato de que as pessoas consideradas analfabetas estarem em uma idade um pouco mais avançada e em alguns casos com problemas de saúde, o que traz a desmotivação para iniciar os estudos.

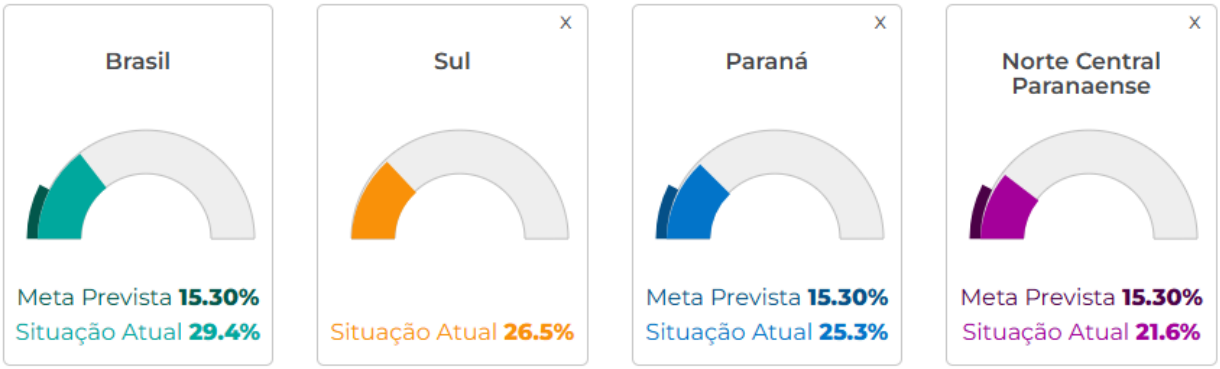
Indicador 9A-Taxa de alfabetização da população de 15 anos ou mais de idade

FONTES



Indicador 9B-Taxa de analfabetismo funcional de pessoas de 15 anos ou mais de idade

FONTES

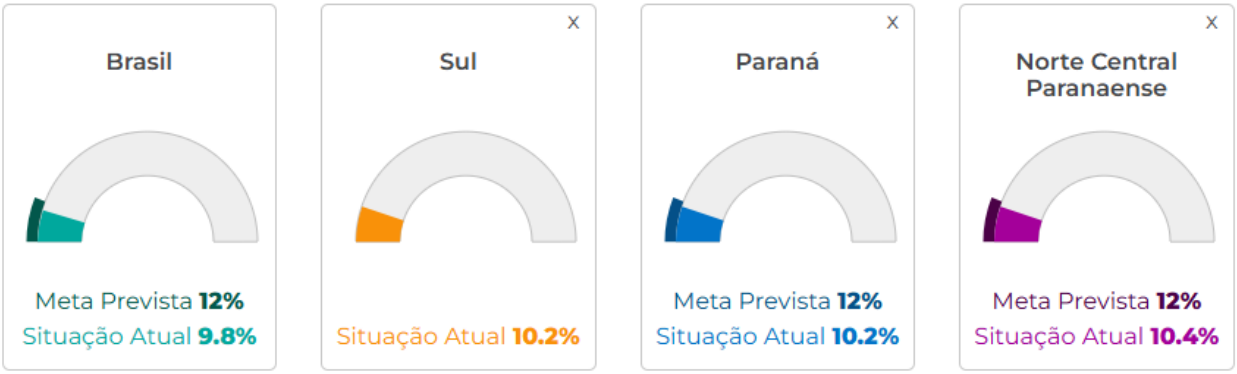


EXPECTATIVAS DE ANOS DE ESTUDO

Indica a situação da população em relação ao cumprimento dos anos mínimos de estu considerando a realização de cada fase da educação básica, onde em torno dos 18 anos ocor conclusão desta. É também um dos critérios educacionais que o Programa das Nações Unida Desenvolvimento (PNUD) leva em conta na elaboração do Índice de Desenvolvimento Human

Indicador 8A-Escolaridade média da população de 18 a 29 anos de idade

FONTES



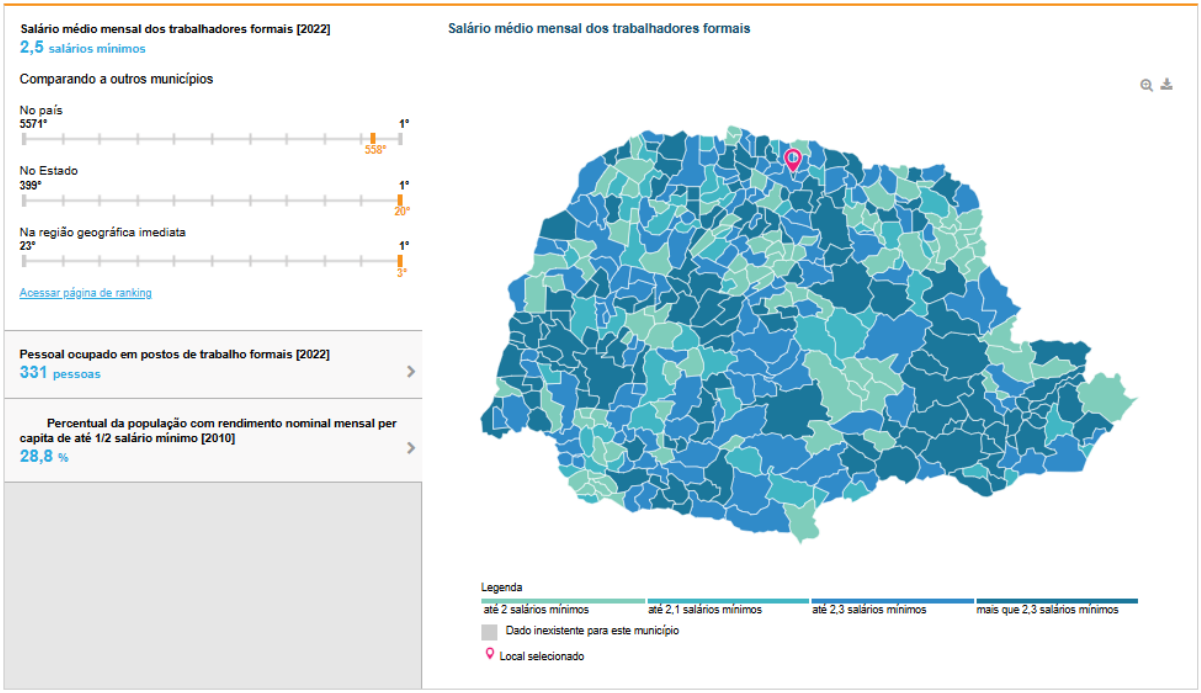
Segundo o CENSO, Miraselva está com:

- Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2022] 98,08 %
- IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2023] 6,1
- IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2023] 5,5
- Matrículas no ensino fundamental [2024] 244 matrículas
- Matrículas no ensino médio [2024] 80 matrículas
- IDHM 0,748 (dados de 2010)

De30 a39	**243**
De 40 a49	**7,1**
De 50 mais	**21,78**

3.1.3 – Trabalho e Renda

Trabalho e Rendimento



Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2022]	**2,5** salários mínimos
Pessoal ocupado em postos de trabalho formais [2022]	**331** pessoas
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	**28,8** %

3.1.3 –Renda

As principais fontes de Renda do município são administração pública, comercio local, agricultura e agropecuária.

As atividades básicas de geração de renda para famílias do Município:

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	EMPREGOS
Serviços industriais de utilidade pública	01	03
Construção civil	02	08
Comércio varejista	18	18
Comércio atacadista	01	02
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	01	01

Administradoras de imóveis, valores mobil.,serv.técn.profis.,aux.ativ.econ.	01	01
Transporte e comunicações	10	11
Serviços de alojamento,alim.,reparo,manut.,radiodifusão e televisão	04	05
Administração pública direta e indireta	01	187
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	16	63
TOTAL	55	299

FONTE:PREFEITURAL MUNICIPAL – DIVISÃO DE CADASTRO

3.1.4 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) – 2010

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos a nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc. Segundo a tabela acima a esperança de vida ao nascer de um cidadão Miraselvense é de 76,23 anos.

- IDH-M Renda: 0,668
- IDH-M Longevidade: 0,856
- IDH-M Educação: 0,836

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico de morbimortalidade é um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população, determinado pelo resultado da interação de zvariáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos, e resultante da urbanização, das tecnologias e

da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade (PARANÁ, 2020).

3.2.1 Mortalidade

Mortalidade Geral

	2020	2021	2022	2023	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	01	10	-	-	11
II.Neoplasias (tumores)	02	04	02	02	10
III.Doenças sangue órgãos hemat e trast imunitário	01	-	-	-	01
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	01	-	01	02
V.Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	02	-	-	02
VII.Doenças do olha e anexos	-	-	-	-	-
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-
IX.Doenças do aparelho circulatório	06	06	01	06	19
X.Doenças do aparelho respiratório	02	03	02	02	09
XI.Doenças do aparelho digestivo	-	03	02	-	05
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tec. conjuntivo	-	-	-	-	-
XIV.Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-
XV.Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-
XVI.Algumas afec originadas no perinatal	-	-	-	-	-
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	-

XVIII.Sint sinais e achas anorm ex clínico e laboratorial	-	01	-	-	01
XIX.Lesões enven e alg out conseq. Causas externas	-	-	-	-	-
XX.Causas externas de mobilidade e mortalidade	01	-	01	03	05
XXI.Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-
XXII.Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	**65**

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

O maior número de óbitos individualmente em cada doença nos últimos quatro anos é do aparelho circulatório com 19 óbitos, e totalizando todas as doenças juntas somam 65 óbitos.

Mortalidade Infantil

Óbitos p/ Residência por Faixa Etária segundo ano do Óbito – 2016 a 2024.

ANO ÓBITO	0 A 6 DIAS	28 A 364 DIAS	TOTAL
2016	00	00	00
2017	00	00	00
2018	00	00	00
2019	00	00	00

Fonte: Tabwin Datasus

Mortalidade Materna

Óbitos p/ Residência por Faixa Etária segundo ano do Óbito – 2021 a 2024.

ANO ÓBITO	TOTAL
2021	0
2022	0
2023	0
2024	0

Fonte: Tabwin Datasus

3.2.2 Morbidade

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná

Internações por Lista Morb CID-10 e Ano processamento

Município: 411600 Miraselva

Período: Jan/2020-Mai/2024

Lista Morb CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	21	6	7	13	59
II.Neoplasias (tumores)	15	06	08	22	7	58
III.Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitário	01	02	03	03	01	10
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	01	02	04	03	05	15
V.Transtornos mentais e comportamentais	03	-	01	02	02	08
VI.Doenças do sistema nervoso	02	01	02	02	02	09
VII.Doenças do olho e anexos	02	-	-	02	06	10
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-	-
IX.Doenças do aparelho circulatório	28	16	18	33	29	107’
X.Doenças do aparelho respiratório	08	10	11	12	15	56
XI.doenças do aparelho digestivo	10	11	16	16	29	82
XII.Doenças da pele e do tecido subcutâneo	02	02	03	04	10	21
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo	01	02	02	08	16	29
XIV.Doenças do aparelho geniturinário	10	04	10	15	31	70
XV.Gravidez parto e puerpério	20	15	10	16	15	76
XVI.Algumas afec originadas no período perinatal	07	01	01	03	02	15
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	02	-	01	02	01	6
XVIII.sint sinais e achad anorm ex e laborat	02	02	02	02	03	11
XIX.Lesões envn e alg out conseq. Causas externas	11	12	12	23	18	76
XX.causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-
XXI.Contatos com serviços de saúde	07	14	13	11	6	51
Cid 10 Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	
TOTAL	-	-			-	769

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

Situação da base de dados nacional em 29/04/2025.
.

Nota-se no gráfico acima que as principais causas de internação hospitalar são do Aparelho Circulatório seguido de doenças do aparelho digestivo.

3.2.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é um conceito que se expressa no acompanhamento da saúde da população através de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental pela intervenção nos problemas que podem desencadeá-los. Seguindo uma das diretrizes do SUS que é a descentralização, o município tem assumido gradativamente as ações de vigilância em saúde, permitindo assim maior agilidade na identificação de doenças, agravos e outros fatores que possam comprometer a saúde dos indivíduos e do meio-ambiente.

A avaliação do risco epidemiológico e a análise do impacto de determinados eventos sobre a saúde da população fundamentam a programação das atividades da Vigilância em Saúde.

A Vigilância em Saúde no Município está se estruturando, houve a aquisição de dois automóveis através do Programa Estadual VIGIASUS e atualmente está organizada da seguinte maneira:

- Vigilância Epidemiológica;
- Vigilância Sanitária, onde estes técnicos são referência para a Saúde do Trabalhador;
- Vigilância Ambiental (endemias)
- As ações de Promoção da Saúde são realizadas juntamente com as ESF’s.

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos no município, monitorando a ocorrência de agravos de notificação compulsória e buscando conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência. A análise das informações referentes aos eventos vitais e o perfil de morbidade que subsidiam o planejamento e avaliação das ações em saúde com informações oportunas. Também, coordena as ações necessárias à prevenção e controle de doenças transmissíveis, identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada na ocorrência de surtos ou surgimento de doenças inusitadas.

Em nosso município é de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica: Planejar, acompanhar, coordenar e organizar atividades de controle de doenças agudas e inusitadas, a vigilância dos óbitos maternos e infantis por meio dos comitês de mortalidade materno Infantil, Programa de Imunizações, bem como a alimentação e gestão dos sistemas de informação vigentes.

Os Planos específicos para a erradicação, eliminação e ou controle de doenças imunopreviníveis e de doenças de interesse a Saúde pública no Estado do Paraná são elaborados pelo Governo Estadual e implantados por meio da Vigilância Epidemiológica no município, que deve articular com os vários setores para efetivação do plano.

É imprescindível para o planejamento de ações na assistência o conhecimento do Perfil Epidemiológico, assim se faz necessária a criação de mecanismos de comunicação com os profissionais de saúde e gestores para nortear as ações e serviços de saúde do município.

Em nosso município a Vigilância Epidemiológica desenvolve rotineiramente ações em parceria com os diversos setores, como PSF, VISA, Hospital e outros, aumentando a visibilidade destes no conhecimento dos perfis epidemiológicos locais.

Vigilância Ambiental

A vigilância em saúde ambiental centra-se nos 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 Município o controle dos vetores que transmitem doenças, como: Dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela urbana, leishmanioses, malária, esquistossomose e chagas. Para as ações de vigilância entomológica, há um setor que orienta as ações de controle e combate dos insetos. Atua também nas ações ambientais como as ações de Vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere: à Água para Consumo Humano (Programa VIGIAGUA); que é realizado a coleta de amostras de água na área urbana e rural do município.

Vigilância Sanitária

O objeto de interesse da Vigilância Sanitária são os riscos sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e de consumo e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária deve exercer também a fiscalização e o controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, habitação e de lazer.

A VISA Municipal está organizada administrativamente com um funcionário, com nível superior, contemplando todas as áreas de atuação: Área de serviços e produtos, Alimentos, Meio Ambiente, Controle de Zoonoses, Controle de Vetores e Saúde do Trabalhador.

O planejamento das ações é realizado anualmente através da Pactuação dos Indicadores e PAS, conforme as diretrizes Nacionais e Estaduais e o critério de risco dos estabelecimentos, sendo que os considerados de risco são realizados inspeções em 100% dos estabelecimentos.

Atualmente estão cadastrados 46 Estabelecimentos de Interesse a Saúde, e o número de inspeção previsto é de 92 no ano.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

A vigilância da 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

No Município são notificados todos os Agravos referente a Saúde do trabalhador.

4. PERFIL ASSISTENCIAL

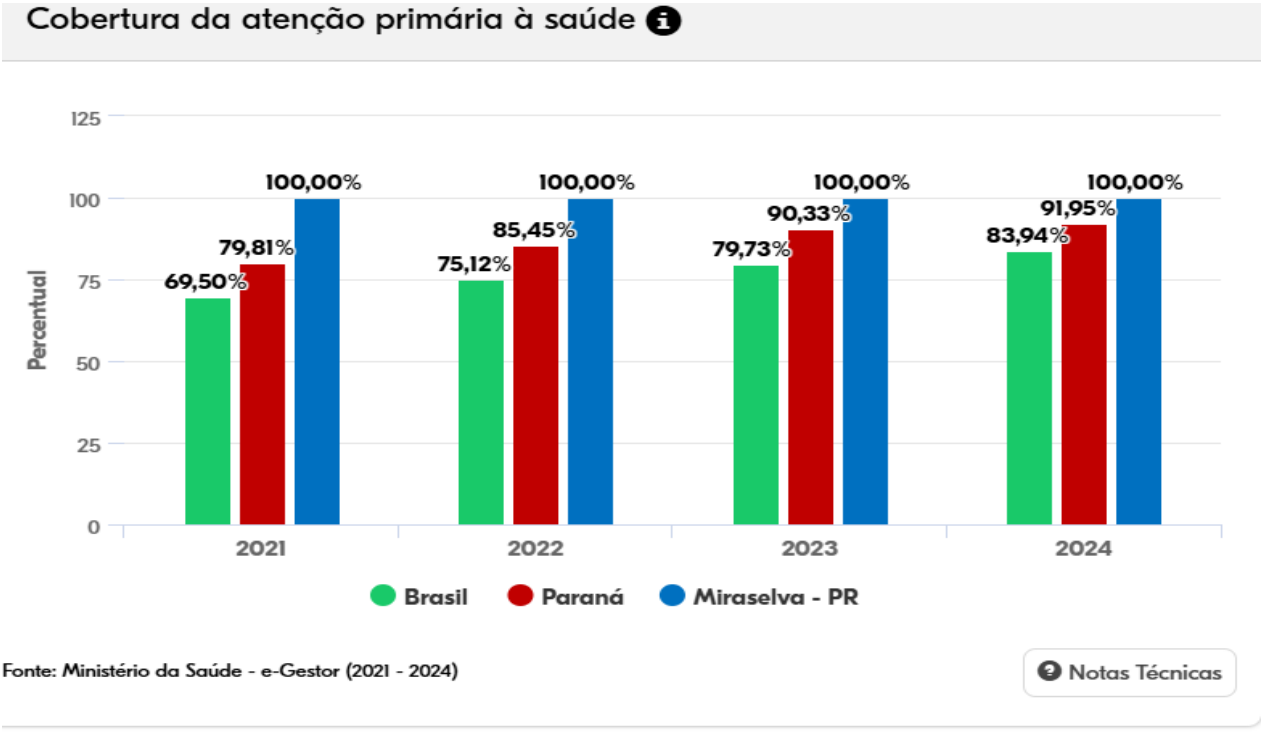
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Básica do município conta com 01 Unidade Básica que presta os serviços de consultas médicas, clínica geral e de médico da saúde da família, consultas de enfermagem, atendimento odontológico, acompanhamento de fonoaudiologia e psicológica, incluindo a assistência social ,consulta de nutrição, visitas domiciliares, imunização, inalação, curativo, coleta de exames, testagem e aconselhamento do HIV/Aids e outras DSTs, dispensação de medicamentos, dispensação de materiais médico-hospitalares para usuários acamados, ações de educação em saúde, notificação de doenças e agravos, ações de promoção de saúde e atividade física orientada. Para tanto, a equipe adotou como estratégia operacional de efetivação das políticas de saúde, a organização da Atenção em Eixos Estratégicos, orientados pelos ciclos de vida: Criança, Adolescente, Mulher/Homem e Idoso agregando áreas técnicas

afins, bem como as áreas transversais: Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, DST/Aids, Tabagismo e Alimentação e Nutrição.

Esta Unidade está organizada para ser preferencialmente a porta de entrada da população, coordenando o cuidado e reorientando para os outros níveis de atenção. Tem como filosofia a melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas a partir de um modelo com enfoque na família e para a promoção da saúde e atenção continuada.

O objetivo é para que a equipe incorpore uma visão ampliada, especializando-se nos problemas de saúde mais comuns de sua área e, sobretudo, considerando as necessidades de saúde dos usuários do sistema. Enfatiza-se a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde e da comunidade. A Rede de Atenção Básica de Miraselva é organizada a partir de territórios sobre os quais a unidade de saúde tem responsabilidade sanitária e o seu processo de expansão com ênfase na efetivação da Estratégia de Saúde da Família/ESF. Estima-se que 100% desta população utilizam a Rede de Atenção Assistencial do SUS em Miraselva, que é composto por um conjunto de serviços próprios e conveniado.



.

Saúde da Criança e do Adolescente

As Equipes do Estratégia Saúde da Família desenvolvem ações de estratificação de risco, puericultura, imunização, avaliação e acompanhamento pediátrico **conforme linha guia da Rede Materno Infantil,** tendo como referência Consorcio Intermunicipal do Médio Paranapanema - CISMEPAR para crianças que apresente situações de risco, promovendo o atendimento integral a saúde criança e do adolescente.

Atenção Integral a Saúde da Mulher

- Promoção do atendimento à saúde integral da mulher com enfoque na prevenção;
- Realização de campanhas de prevenção de câncer do colo uterino e prevenção decâncer de mama;
- Atendimento ao climatério.

Pré-natal realizado conforme linha guia da Rede Materno Infantil.

- Estimulação precoce do pré-natal através de busca ativa.
- Classificação de riscos de todas as gestantes, onde as de médio risco e alto risco são encaminhadas para CISMEPAR e Hospital de Clínicas de Londrina respectivamente.
- Vacinação das gestantes e mulheres em geral.
- Realizar visita puerperal na 1 ª semana.
- Participação de Outubro Rosa.

Saúde de Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. As ações desenvolvidas.

- Novembro Azul com palestras sobre DST e Câncer de próstata;
- Realização de PSA;
- USG próstata.

Controle da Tuberculose

O programa de controle de tuberculose esta inserido ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, onde estabelece diretrizes ações para o alcance de seus objetivos:

- Busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Exame de BAAR;
- Busca ativa de comunicante;
- 100% cura dos casos novos.

O tratamento é descentralizado nas UBS, constituído de tratamento supervisionando, buscando-se diminuir o índice de abandono, tem como meta atingir 100% de cura dos casos em tratamentos.

Controle da Hanseníase

As equipes de Saúde da família desenvolvem ações de controle de hanseníase norteadas no Plano Nacional de controle de hanseníase do Ministério da Saúde.

- Diagnóstico precoce dos casos;
- 100% de cura dos casos acompanhados;
- Reabilitação;

- Educação em Saúde;
- Busca ativa de comunicantes.

Controle das DCNTs. (HÁ e DM)

As ações para controle se constituem em promoção e prevenção de quadro de agudização das doenças crônicas e redução da morbimortalidade por doenças cérebro, cardiovascular e diabetes mellitus, buscando incentivar apopulação visando à melhoria na qualidade de vida e hábitos alimentares.

Realiza-se a estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos e o acompanhamento conforme PLANIFICA SUS.

Saúde Bucal

A odontologia no município atualmente conta com um profissional cirurgião dentista com carga horária de 40 horas, onde realiza a estratificação de e os procedimentos necessários, saindo do atendimento com retorno agendado conforme Linha Guia de Saúde Bucal.

Conta também com uma ACD que auxilia o cirurgião dentista e realiza atividades educativas, aplicação de flúor e escovação nas escolas de ensino fundamental do município.

No momento estamos com referência de convenio com a CISMEPAR para serviços especializados.

Saúde do Idoso

A assistência à Saúde do Idoso visa reduzir a morbimortalidade da população maior de 60 anos com o objetivo de promover a independência funcional da população idosa, diminuir os riscos de quedas e fraturas, integrá-los à comunidade.

O acompanhamento é realizado conforme Caderno do APSUS Saúde do Idoso, com estratificação de risco e acompanhamento.

IST / AIDS

O atendimento à DST / AIDS representa uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatite B e C, Sífilis e a prevenção dos demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. O município realiza os testes rápido e tem como referência para atender essa população o Centro de Triagem e Aconselhamento em Londrina.

Saúde Mental

Contamos com o atendimento pelos profissionais da ESF aos pacientes de saúde mental, onde estes são atendidos conforme o caderno de Saúde Mental do programa PLANIFICA onde é realizado a estratificação de risco e todo o acompanhamento conforme o protocolo. Temos também duas psicóloga por 20 horas cada que faz o atendimento aos pacientes, disponibilizamos acompanhamento diário para pacientes com medicação assistida. Atualmente temos como referência o CAPS do município de Florestópolis para atendimento ambulatorial.

4.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

Atendemos como média complexidade ambulatorial, a especialidade de, o atendimento nutricional, o serviço de fisioterapia, e o atendimento psicológico são realizados pelos profissionais do município. O maior fluxo de atendimento de especialidades que temos na referência é o município de Londrina, onde essas consultas são agendadas através do CISMEPAR e do Município de Londrina, temos como referência também o serviço de saúde mental através do CAPS, no município de Florestópolis – PR.

Os exames de média e alta complexidade são atendidos também pelos municípios de referência, principalmente o município de Londrina, e temos ainda pactuado tomografia computadorizada com o município de Cambé e ressonância magnética com o município de Arapongas.

Serviços de Diagnose e Laboratorial

Ofertamos diversos exames laboratoriais (bioquímicos) onde o serviço é próprio e inda terceirizamos alguns exames através do Convenio com o CISMEPAR.

4.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

O município de Miraselva possui 1 hospital de pequeno porte (HPP) o “Hospital Municipal João Juliani, com 10 leitos cadastrados, onde é realizada a assistência à urgência e emergência, de suporte básico e inicial, que disponibiliza atendimento 24 horas por procura espontânea ou encaminhados da UBS. São também realizadas consultas eletivas. Contamos com 02 ambulâncias destinadas a transferências e locomoções, diárias de pacientes acamados em estado grave, dentro do município e para outros municípios.

O acesso e encaminhamento para alta complexidade se dá pela Central Reguladora de Leitos e pelo SAMU.

4.4 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Rede Urgência/Emergência:

A distinção conceitual entre as condições de urgência e emergência é um marco regulatório importante, pois impõe uma certa racionalidade assistencial das condições de pronto atendimento. Assim teremos as condições de emergência como prioridade absoluta, seguidas das condições de urgência que, por sua vez, serão seguidas pelas condições que necessitam de atendimento, mas não necessariamente imediato, ainda que em um período curto, frequentemente provocado por algum tipo de risco ou sofrimento. A essa racionalidade assistencial no pronto atendimento, tomando como fundamental a condição clínica do usuário. O munícipio de Miraselva fica como uma unidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas portas aberta conta com 10 leitos, uma sala de atendimento de urgência (equipamentos e medicação

necessária para os primeiros procedimentos de protocolo), funcionários capacitados para o atendimento como, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para melhor atender os pacientes.

SAMU e Central de Regulação:

A partir de dezembro de 2011 habilitou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. O Município de Miraselva foi contemplado com o SAMU de atendimento básico com Centenário do Sul e o SAMU de suporte avançado com Rolândia desde então contamos com esse atendimento que por sua vez melhorou se muito em questão de suporte, agilidade, tempo e profissionais capacitados para melhor atender a população.

Sendo em caso onde o paciente pode aguardar podemos utilizar a Central de Regulação de Leitos que atende os Municípios da 17ª Regional de Saúde onde o Município de Miraselva está contemplado com esse atendimento.

5. GESTÃO EM SAÚDE

5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Sistema Único de Saúde – SUS, nos últimos anos, tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular. O aprofundamento do processo de descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento, busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão do município. Por sua vez, a consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante do Sistema Municipal de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento. Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações. Tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles

medicamentos considerados essenciais, prestando assistência Farmacêutica a partir de prescrição médica, odontológica ou de enfermagem.

A Assistência Farmacêutica em Miraselva

A Assistência Farmacêutica é uma política de saúde garantida pela Lei 8080/90, a qual constitui um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações que visam promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população em conjunto com outras importantes ações em Atenção Básica também definidas na referida lei, tal como o suporte psicológico, nutricional, saúde do trabalhador, entre outros.

A Lei 8080/90 estruturou as ações do SUS, definindo os papéis de cada nível – Federal, Estadual e Municipal- sem, contudo, excluir as pessoas, sociedade e famílias das responsabilidades quanto a saúde. Definiu condições, mecanismos e responsabilidades para o gerenciamento de ações em saúde, criando condições propícias para a estruturação por exemplo, de sistemas de compra na forma de Consórcios Inter gestores Bi e Tripartite os quais agilizam a distribuição e fornecimento, assim como a compra programada e com custo reduzido pelos municípios que os integram.

O serviço de Assistência Farmacêutica no município conta com duas unidades dispensadoras, sendo uma na Secretaria Municipal de Saúde e outra no Hospital. O Contamos com 01 Farmacêutico do Município que é responsável pelo gerenciamento dos medicamentos: coordenando, planejando, acompanhando, controlando e avaliando todas as etapas desde a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição.

Ações da Assistência Farmacêutica em Miraselva

Programa Paraná Sem Dor

Programa disponibilizado para atender pacientes com dores crônicas aquelas com duração superior a 30 dias- resultantes de patologias crônicas ou agudizadas como as neoplasias, doenças articulares e ósseas em geral, resultantes de doenças

autoimunes – como os reumatismos, artrites etc.- assim como as de causas idiopáticas. Para ter acesso ao programa, o paciente ou seu representante deve procurar a unidade de saúde onde , após ser orientando pelos diversos atores envolvidos no seu atendimento – auxiliares de enfermagem, médico, farmacêutico e, até ou inicialmente pelos ACS- A unidade de saúde, seja por meio da Farmácia, ou do próprio médico deve providenciar o preenchimento do LME (Laudo de Medicamento Excepcional) com as informações pessoais do paciente e a medicação prescrita para um período de 90 dias juntamente com o receituário compatível os quais serão enviados à Regional de Saúde imediatamente pela Farmácia, juntamente com cópias de: - documentos RG e CPF - Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) - comprovante de residência atualizado .

Programa de Tuberculose e Hanseníase

Visa o tratamento para combate e controle dessas patologias. Incluem-se no programa, pacientes diagnosticados por exames clínicos e laboratoriais. A inclusão segue o mesmo roteiro de abordagens pelos envolvidos no atendimento- auxiliares, médico, farmacêuticos e também os ACS. O tratamento básico é por farmacoterapia, o qual a Farmácia Municipal cadastra os pacientes em um programa especial do Sistema de Gestão G-SUS com os dados necessários e envia relatórios trimestrais necessários ao acompanhamento dos pedidos e evolução do tratamento pela Regional de Saúde para abastecimento polo.

Insumos Estratégicos/Insulinas e Imunoglobulinas

Visa o atendimento dos pacientes hiperglicêmicos (Diabéticos tipo I) assim como à demanda hospitalar por imunoglobulinas, especialmente as anti-Rh. A inclusão de diabéticos é feita após a constatação por médico- apoiado por exames laboratoriais e anamnese- da condição do paciente no quadro patológico específico.

Programa de Medicamentos Excepcionais junto à 17ª Regional de Saúde de Londrina

Compreende os medicamentos pactuados pelo Estado em conjunto com o Governo Federal, excepcionais e/ou de alto custo.

Quanto a estes, a Farmácia somente orienta os pacientes com antecedência se possível, pois a inclusão depende do conjunto de ações entre os profissionais médicos da 17ªRS- providenciando dos LME, receituários médicos de acordo com o PCDT, declarações de justificativa etc. O Consórcio Paraná Saúde Consórcio Paraná Saúde, compreende um pactuado federal- estadual e municipal de destinação de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica cujo elenco deve estar de acordo com a RENAME. Constitui-se de equipe formalmente organizada com o propósito de agilizar e baixar os custos na aquisição de medicamentos básicos. Há repasses periódicos de origem federal e estadual, assim como municipal após assinatura anual de contrato específico pelo chefe do poder executivo, com lei a ser autorizada pela câmara municipal e a seguir encaminhado à sede do Consórcio Paraná Saúde em Curitiba-Pr para, enfim, formalizar o acordo de pactuação de repasse.

5.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O município não teve demanda de Judicialização da Saúde nos últimos anos.

5.3 FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Previsão Orçamentária

Blocos de financiamento	Recursos da União	Recursos do Estado	Recursos do município	Total
Atenção Básica	1.650.000,00	770.000,00	660.000,00	3.080.000,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	330.000,00	165.000,00	165.000,00	660.000,00
Vigilância Epidemiológica	80.000,00	66.000,00	33.000,00	179.000,00
Vigilância Sanitária	51.000,00	38.000,00	55.000,00	144.000,00
Administração Geral	110.000,00	165.000,00	77.000,00	352.000,00

FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL/ CONTABILIDADE

6. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O município visa fortalecer a gestão do trabalho realizando contratação através de concursos públicos, com isso provendo o quadro de funcionários conforme necessidade, e implantar o Plano de Cargos Carreiras e Salários.

A educação em saúde acontece continuamente através da educação permanente, e pontualmente nos momentos de formações e capacitações ofertados pelo estado e ou ministério. E o município tem como proposta a oferta de capacitações para todas as categorias profissionais, conforme levantamento das necessidades.

7. CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde encontra-se em pleno funcionamento. As reuniões são realizadas frequentemente e/ou de forma extraordinária, quando necessário. Objetiva discutir os problemas de saúde e buscar soluções para o desenvolvimento da saúde dos munícipes, como também fiscalizar as ações na política municipal de Saúde como também a qualidade dos serviços prestados.

Sua composição é paritária sendo 8 titulares e 8 suplentes sendo:

- Gestão – 1 titular, 1 suplente;
- Trabalhador – 2 titulares, 2 suplentes;
- Prestador – 1 titular , 1 suplente;
- Usuário – 4 titulares, 4 suplentes

Ouvidoria

Temos o serviço de ouvidoria atuando ativamente, onde é disponibilizado caixa de elogios, sugestões e reclamações em todos os pontos de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde, sendo recolhidas mensalmente e feito a análise do conteúdo, dispomos também do serviço de reclamação direto ao ouvidor(a), e ou através de telefone.

8. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES – D.O.M.I.

8.1 INDICADORES DE PACTUAÇÃO 2026-2029

01- Diretriz Nacional Prevenir, reduzir e controlar doenças riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça /etnia e gênero.
Diretriz Estadual: Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde.
Diretriz Municipal: Promoção da atenção integral Vigilância em Saúde.
Objetivo: Organizar e monitorar o controle dos agravos a saúde da população através de ações permanentes de promoção e vigilância em saúde

INDICADOR 01: Proporção de óbito de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados				
LINHA DE BASE	**2024:** 100%			
Meta: Investigar 100% Óbitos em mulheres em idade fértil.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	100%	100%	100%	100%
Ações: • Implementar a investigação e discussão dos óbitos maternos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde. Monitorar a notificação de óbitos em mulheres em idade fértil.				
INDICADOR 02: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida				
LINHA DE BASE	**2024:** 95%			
. **Meta**: Manter o Registro em 100%.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	100%	100%	100%	100%
Ações: - Intensificar a coleta das Declarações de Óbitos; - Garantir o envio de dados ao SIM com regularidade; - Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade.				
INDICADOR 03: Taxa de mortalidade infantil				
LINHA DE BASE	**2024:** 00			
. **Meta**: Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 10 óbitos/ 1000 nascidos vivos	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	00	00	00	00
Ações: • Aumentar adesão à puericultura, e realizar monitoramento das crianças faltosas;				

<table>
<tr><td colspan="5">

- Atender integralmente a mulher durante o Pré-natal e puerpério;
- Investigar os óbitos infantis e apresentar diante de Comitê de Mortalidade Materno-Infantil;
- Fortalecer ações de incentivo ao Aleitamento Materno;
- Investigar durante o pré-natal doenças infectocontagiosas através de testes rápidos;

Acompanhamento das crianças estratificadas como alto risco para serviço/médico de referência
</td></tr>
<tr><td colspan="5">INDICADOR 04: Taxa de mortalidade Materna</td></tr>
<tr><td>LINHA DE BASE</td><td colspan="4">2024: 00</td></tr>
<tr><td rowspan="3">. Meta: Manter em 00 o número de óbitos maternos até 2029</td><td colspan="4">VALOR DA META</td></tr>
<tr><td>2026</td><td>2027</td><td>2028</td><td>2029</td></tr>
<tr><td>00</td><td>00</td><td>00</td><td>00</td></tr>
<tr><td colspan="5">

- Ações: Implementar a investigação e discussão dos óbitos maternos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde;
- Investigação e apresentação de óbito em Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno-Infantil;
- Melhorar acesso e qualidade a assistência no pré-natal;
- Promoção do atendimento humanizado no atendimento à gestante no pré-parto e puerpério;
- Encaminhamento para referência em tempo hábil das gestantes de médio e alto risco; Acompanhamento das gestantes que apresentam risco
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="5">NDICADOR 05: Cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional.</td></tr>
<tr><td>LINHA DE BASE</td><td colspan="4">2024: 75%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">. Meta: aumentar para 95% cobertura vacinal BCG e Rota vírus Pentavalente, pneumocócica 10-valente, Poliomielite, Tríplice viral, Meningocócica C e Febre Amarela</td><td colspan="4">VALOR DA META</td></tr>
<tr><td>2026</td><td>2027</td><td>2028</td><td>2029</td></tr>
<tr><td>95%</td><td>95%</td><td>95%</td><td>95%</td></tr>
<tr><td colspan="5">

Ações:

- Incentivar as divulgações das campanhas através dos ACS's, escolas, rádio e panfletos;
- Disponibilizar as vacinas na rede de serviços locais;
- Vacinar população alvo conforme esquema vacinal;
- Monitorar mensalmente a cobertura de cada vacina;
- Realizar busca ativa dos faltosos;
- Registrar no sistema de informação;
- Ampliar o acesso para dias e horários alternativos.
</td></tr>
</table>

INDICADOR 06: Proporção (%) de casos de dengue notificados em <7 dias do atendimento e encerrados em <60 dias de notificação no período pré-epidêmico.

LINHA DE BASE	**2024:** 65%			
. **Meta**: 90% de casos de dengue notificados em <7 dias do atendimento e encerrados em <60 dias de notificação no período pré-epidêmico (entre a semana 31 e 4).	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	90%	90%	90%	90%

Ações:

- Garantir o envio de dados ao SINAN com regularidade;
- Aprimorar a qualidade da classificação/diagnóstico de dengue;
- Promover educação permanente dos profissionais de saúde no intuito de garantir diagnóstico adequado para dengue;
- Treinamento e atualização para os profissionais de saúde da atenção básica sobre o tema;
- Realizar acompanhamento e busca ativa de pacientes notificados, com vista ao encerramento precoce das notificações;

Monitorar o resultado do indicador periodicamente (mínimo uma vez ao mês) para detecção de valores baixos e identificação da causa a tempo de intervir

.

INDICADOR 07: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

LINHA DE BASE	**2024:** 00			
. **Meta**: Manter ausência 0 número de casos	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	0	0	0	0

Ações:

- Identificar grupos de risco e garantir acesso da população ao exame;
- Garantir que a gestante ao abrir o pré-natal, já saia com o teste agendado;
- Abrir agenda de teste rápido em todas as Unidades de Saúde, sendo no mínimo uma vez por semana;
- Realizar tratamento adequado para gestante/parceiro diagnosticados com sífilis;

Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes e crianças

- Realizar pelo menos 3 testes de sífilis por gestante;

.

INDICADOR 08: Número de casos de Aids em menores de 05 anos	
LINHA DE BASE	**2024:** 0

Meta: Ausência de casos manter em 0 número de casos.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	0	0	0	0

Ações:

- Realizar a testagem para HIV no pré-natal e no parto, de acordo com as normativas vigentes;
- Realizar tratamento adequado em gestante e parceiro;
- Notificar gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas;
- Realizar ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes e em crianças expostas, de acordo com as normas vigentes.

INDICADOR 09: Contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes**.**

LINHA DE BASE	**2024:** 00			
. **Meta**: Atingir 90% dos contatos dos casos novos casos de hanseníase, nos anos das coortes examinados.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	90%	90%	90%	90%

Ações:

- . Tratar os casos novos diagnosticados de hanseníase, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;
- Atualizar os dados do Boletim de acompanhamento de hanseníase no SINAN;
- Realizar busca ativa de pacientes em atraso do tratamento medicamentoso;
- Encaminhar ao serviço de referência os casos reacionais para controle/tratamento adequado;
- Divulgação de sinais e sintomas de hanseníase para a população;
- Busca Ativa para captação dos contatos intradomiciliares;
- Consulta constante ao Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde e Notas Técnicas;

Treinamento e atualização para os profissionais de saúde da atenção básica sobre o tema

INDICADOR 10: Proporção (%) de contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados

LINHA DE BASE	**2024: 00**			
. **Meta**: Manter 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	70%	70%	70%	70%

Ações:

- Realizar tratamento diretamente observado dos casos novos de pulmonares

bacilíferos conforme protocolo;
- Examinar comunicantes dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- Promover ações de educação permanente à comunidade referentes ao tema;

Aumentar quantitativo de coletas de BAAR de escarro anual, buscando identificar casos oligo/assintomáticos

OBJETIVO: Promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos técnicos, profissionais e gestores que atuam nas Redes do SUS, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

INDICADOR 11: Número de atividades de educação permanente em saúde do trabalhador (EPST) para os profissionais da Atenção e/ou Vigilância em saúde.

LINHA DE BASE	**2024:** 01			
Meta:	**VALOR DA META**			
Realizar no mínimo 2 (duas) atividades de educação permanente em saúde do trabalhador (EPST) para os profissionais da Atenção e/ou Vigilância em saúde ao ano.	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	02	02	02	02

Ações:
- Manter as referências técnicas em saúde do trabalhador, vigilância sanitária e epidemiologia do município capacitadas para notificação e avaliação dos dados do Sinan-Net;
- Manter integrada a equipe de vigilância em saúde e assistência;
- Investigar doenças ou agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho;
- Estabelecer perfil epidemiológico das principais doenças dos trabalhadores do município;
- Promover educação permanente da população adstrita sobre danos à saúde do trabalhador, priorizando os ramos de atividades segundo diretriz do Estado;
- Promover educação permanente dos profissionais de saúde com vista a identificar/diagnosticar os principais danos/agravos relacionados à saúde do trabalhador.
- Buscar estruturar dentro do serviço de saúde, setor responsável pela verificação e acompanhamento das empresas, órgãos públicos e privados quanto ao cumprimento das leis da política de saúde e saúde mental para o trabalhador;

OBJETIVO: Promoção, proteção e recuperação da saúde, e dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal.

INDICADOR 12: Número de autoridades sanitárias conforme lei estadual 13.331/2001

LINHA DE BASE	**2024:** 01
Meta:	**VALOR DA META**

Manter número mínimo de autoridades sanitárias nomeadas de acordo com a lei estadual 13.331/2001	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	01	01	01	01

Ações:

- Promover participação das autoridades sanitárias nomeadas no município;
- Manter o cadastro da Vigilância Sanitária e respectiva equipe atualizado;
- Garantir a qualificação e capacitação das equipes para a realização das ações que lhe competem;
- Manter a articulação com a Regional de Saúde, e fomentar espaços de discussão participativa para fortalecer os processos de trabalho no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária;
- Fortalecer o processo de planejamento das ações de Vigilância Sanitária;
- Prover materiais e recursos necessários (material de consumo, computadores, acesso à internet, mobiliário, veículo, outros).
- Realizar controle sanitário baseado no risco;
- Monitorar número de inspeções sanitárias em conformidade no ano;

INDICADOR 13: Proporção (%) de não conformidades de controle da qualidade de água com ação da vigilância em saúde compatível

LINHA DE BASE	**2024:** Sem Dados			
PROPOSTA DA META: Manter 80% de não conformidades de controle da qualidade de água com ação da vigilância em saúde compatível	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	80%	80%	80%	80%

Ações:

- Realizar a coleta de água e envio para análise conforme normas vigentes;
- Manter técnico capacitado para desenvolver as atividades pertinentes ao Programa VIGIA-GUA;
- Garantir e viabilizar a participação de técnico(s) do VIGIAGUA em Cursos/Treinamentos/Capacitações promovidos pela SESA ou outras entidades;
- Disponibilizar equipamento medidor de turbidez e de cloro prevendo a manutenção adequada dos mesmos (calibração e reagentes);
- Garantir veículo para realizar a coleta e envio de amostras ao laboratório de Referência;
- Garantir que as informações necessárias das amostras coletadas (numeração, data, endereço, ponto coleta, nome da forma de abastecimento, responsável pela coleta, resultados obtidos) sejam alimentadas no SISAGUA;
- Utilizar como referência técnica o Manual de Coleta do VIGIAGUA elaborado pela SESA (Lacen/CEVA);
- Manter um técnico com login de acesso ao SISAGUA;
- Manter contato com a referência técnica da Regional de Saúde, para assessoria esclarecimento de dúvidas sobre metas, uso e calibração de equipamento e uso

da plataforma do SISAGUA e GAL.

INDICADOR 14: Número de reuniões do Comitê Intersetorial vinculado ao gabinete da Prefeitura que trata da dengue e arboviroses no ano.

LINHA DE BASE	**2024:** 01			
PROPOSTA DA META:	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
Realizar o mínimo de 3 (três) reuniões do Comitê Intersetorial vinculado ao gabinete da Prefeitura que trata da dengue e arboviroses no ano.	03	03	03	03

Ações:

- Conscientizar atores sociais e população geral sobre o trato da dengue e arboviroses;
- Estabelecer agenda periódica fixa para reuniões intersetoriais;
- Monitorar e avaliar o Plano de Contingência de combate ao Aedes Aegypti.
- Assegurar a execução do Plano Municipal de Contingência de combate ao Aedes Aegypti.
- Desenvolver práticas educativas tendo por base as ações de comunicação, imprescindíveis para fomentar os processos de mobilização e adesão das pessoas da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária para o enfrentamento e controle da Dengue, Chikungunya e Zika;
- Acompanhar as operações de combate ao vetor, tendo como objetivo as ações intersetoriais para manutenção do índice de infestação Predial (IP) inferiores a 1%, segundo o PNCD;
- Fomentar o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização dos munícipes, a fim de que, haja no processo de conscientização da população, melhor entendimento na manutenção do ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do mosquito transmissor da Dengue;
- Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e Entomológica para ampliar a capacidade de detecção precoce de surtos da doença;
- Acompanhar e assessorar as ações de saneamento ambiental para um efetivo controle do Aedes aegypti, buscando garantir um fornecimento contínuo de água, sua correta armazenagem no domicílio, além da coleta e destinação adequada dos materiais inservíveis (reciclagem) do município que são importantes criadouros do vetor;
- Acompanhar e assessorar a elaboração de instrumentos legais que orientem as ações do Poder Público Municipal na solução dos problemas encontrados na execução das atividades de prevenção e controle da Dengue;

INDICADOR 15: Número de notificações de intoxicações por agrotóxicos

LINHA DE BASE	**2024:** 00			
PROPOSTA DA META:	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
Realizar ao menos 01 notificação de intoxicação por agrotóxico	01	01	01	01

Ações:

- Capacitar as equipes de saúde do município quanto à sensibilização de notificação de Intoxicação exógenas
- Informar as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) sobre o cenário entomológico e epidemiológico vigente, alertando sobre a necessidade da suspeição, diagnóstico oportuno, notificação e manejo precoce de casos, e comunicar os casos notificados para ciência, busca ativa e monitoramento pelas equipes;
- Fomentar o preenchimento adequado e qualificado da assistência prestada nos prontuários e sistemas de informação vigentes, para subsidiar as investigações epidemiológicas e o encerramento oportuno dos casos;
- Investigar o mínimo de 80% dos casos notificados de intoxicação exógena, por agrotóxicos utilizando roteiro complementar para investigação de intoxicações exógenas;

INDICADOR 16: Número de Núcleo de Segurança do Paciente em funcionamento.

LINHA DE BASE	**2024:** 00			
PROPOSTA DA META:	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
Implantar e manter um Núcleo de Segurança do Paciente implantado Serviço Municipal de Saúde de Miraselva	01	01	01	01

Ações:

- Número de resoluções municipais que oficializaram a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Ato normativo nomeando membros no núcleo de segurança do paciente;
- Treinamento dos profissionais integrantes no tema.

INDICADOR 17: Percentual de semanas epidemiológicas com monitoramento por ovitrampas em 100% do território municipal.

LINHA DE BASE	**2024: SEM DADOS**			
Meta: 4 ciclos ao ano	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	50%	50%	50%	50%

Ações:

- Realizar instalação de ovitrampas compreendendo 100% da área urbana do município;
- Monitorar para acompanhar a infestação por Aedes Aegypti, gerando informações capazes de aumentar a eficácia das ações de controle vetorial.

INDICADOR 18: Número de profissionais de referência técnica para saúde do trabalhador no município conforme a Pt. 603/2018.

LINHA DE BASE	**2024:** 01			
PROPOSTA DA META:	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
Manter 01 Profissional da VISA ou Atenção Básica	01	01	01	01

Ações:

- Designar profissional

Diretriz Nacional: Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Diretriz Estadual: Fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná.

Diretriz Municipal: Propiciar ampliação e qualidade do acesso à Atenção Primária.

Objetivos: Qualificar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.

INDICADOR 19: Cobertura potencial estimada da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS)

LINHA DE BASE	**2024:** 100%			
Meta: Manter cobertura populacional em 100%	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	100%	100%	100%	100%

Ações:

- Manter as Equipes de Saúde da Família existentes;
- Manter equipes atualizadas no CNES;
- Manter a alimentação dos sistemas de informação da APS
- Trabalhar com a territorialização e manter mapa estratégico atualizado;
- Fortalecer as ações das Equipes de Saúde da Família na zona rural;
- Atender todo o público realizando a estratificação de risco e protocolos disponíveis.

OBJETIVO: Implementar a linha de cuidado em saúde mental na rede de atenção à saúde.

INDICADOR 20: Percentual de internações psiquiátricas.

LINHA DE BASE	**2023:** 07			
Meta: Diminuir 01 número ao ano as internações psiquiátricas.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	06	05	04	03

Ações:

- Realizar estratificação de risco em saúde mental;
- Ofertar atividades educativas frente ao tema saúde mental do trabalhador de saúde;
- Realizar estudo para possibilidade de contratação de educador físico junto a secretaria de saúde a fim de implementar ações com vistas a saúde física/mental da população e dos trabalhadores de saúde;
- Realizar ações intersetoriais priorizando ações de promoção, prevenção e tratamento voltados para questões das dependências químicas;
- Ofertar acompanhamento psicológico para pacientes na atenção básica;
- Ofertar acompanhamento psiquiátrico para pacientes na atenção básica.

- Desenvolver, em parceria com o poder judiciário, atividades educativas sobre substâncias psicoativas para pessoas em conflito com a lei;
- Criar protocolo de pronto atendimento em Saúde mental que contemple o atendimento 24h e equipe da ESF;
- Pactuação de um fluxo de atendimento para referenciamento do atendimento em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS infantil e adulto.

Diretriz Nacional: Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Diretriz Estadual: Fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná.

Diretriz Municipal: Promover ações de prevenção e proteção da saúde da população.

Objetivos: Acompanhar o cuidado integral à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e a aplicação de boas práticas de cuidado na atenção primária à saúde, considerando as evidências e diretrizes clínicas vigentes do cuidado; subsidiar dados para gestores e equipes para o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica.

NDICADOR 21: Percentual de cidadãos identificados com Hipertensão acompanhados por Atendimento Individual.

LINHA DE BASE	**2024:** 35,2			
Meta:	**VALOR DA META**			
Manter acima de 50% dos cidadãos diagnosticados com Hipertensão arterial com ao menos um atendimento individual nos últimos 6 meses.	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	50%	50%	50%	50%

Ações:

- Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por profissional médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses;
- Ter pelo menos 01 registro de aferição da pressão arterial, realizado nos últimos 6 meses;
- Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/Tacs, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses;
- Ter realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura, nos últimos 12 meses;
- Estabelecer programação de consultas a partir da estratificação de risco dos hipertensos;
- Reuniões multiprofissional de estudo de caso;
- Manter atualizado estratificação de risco;
- Criar grupo de atividades físicas em parceria com Secretaria do Esporte

OBJETIVO: Acompanhar o cuidado integral à pessoa com diabetes e a aplicação de boas práticas de cuidado na APS, considerando as evidências e diretrizes clinicas vigentes do cuidado à pessoa com diabetes:

Subsidiar dados para gestores e equipes sobre o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado à pessoa com diabetes.

INDICADOR 22: Percentual de cidadãos identificados com Diabetes acompanhados por Atendimento Individual.

LINHA DE BASE	**2024:** 37,7			
Meta: Manter acima de 50% dos cidadãos diagnosticados com Diabetes Mellitus com ao menos um atendimento individual nos últimos 6 meses.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	50%	50%	50%	50%

Ações:

- Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por profissional médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses;
- Ter pelo menos 01 registro de medição da pressão arterial, realizado nos últimos 06 meses;
- Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/Tacs, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses;
- Ter realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura, nos últimos 12 meses;
- Ter pelo menos 01 registro de hemoglobina glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos 12 meses;
- Ter pelo menos 01 registro de avaliação dos pés, realizado nos últimos 12 meses.

OBJETIVO: Promover boas práticas para o cuidado integral à pessoa idosa e a aplicação de boas práticas de cuidado na APS, considerando as evidências e diretrizes clínicas vigentes da linha de cuidado para pessoa idosa.

INDICADOR 23: Percentual de idosos com a classificação de risco para as fragilidades.

LINHA DE BASE	**2024:**			
Meta: Manter ao mínimo 90%	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**

dos idosos com estratificação de risco para Fragilidade até 2029.	90%	90%	90%	90%

Ações:

- Ter realizado pelo menos 01 (uma) consulta por profissional médica (o) ou enfermeira(o) presencial ou remota nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;
- Ter realizado pelo menos 02 (dois) registros simultâneos de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos 12 meses;
- Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;
- Ter um registro de uma dose da vacina influenza, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;
- Educação permanente para os profissionais para melhoria da atenção ao idoso;
- Viabilizar integração entre setores públicos de assistência social, cultura, esporte e lazer para promoção de atividades educativas para um envelhecimento saudável.

OBJETIVO: Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças bucais.

INDICADOR 24: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.

LINHA DE BASE	**2024:** 100%			
Meta: Manter em 1000% a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	100%	100%	100%	100%

Ações:

- Manter equipe completa;
- Fomentar ampliação do número de 1ª Consulta odontológica programada na APS, através de levantamento pelo ACS (conforme ficha B1 – MS);
- Avaliar a razão entre a quantidade de exodontias realizadas dentre o total de procedimentos preventivos e curativos do cardápio de ofertas da APS (conforme ficha B3 – MS);
- avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programadas) e resolutividade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados (conforme ficha odonto B2 – MS);
- Registro de consulta odontológica em gestante;
- Ampliar o número de escovação dental supervisionada em relação ao ano anterior.

OBJETIVO: Avaliar o acesso e monitoramento efetivo durante a gestação e puerpério, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.

<table>
<tr><td colspan="5">INDICADOR 25: Percentual de gestantes com ao menos 07 consultas de pré-natal.</td></tr>
<tr><td>LINHA DE BASE</td><td colspan="4">2024: 70%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Meta:
Manter acima de 70% das gestantes com ao menos 07 Consultas realizadas por médico/ou enfermeiro durante o período gestacional.</td><td colspan="4">VALOR DA META</td></tr>
<tr><td>2026</td><td>2027</td><td>2028</td><td>2029</td></tr>
<tr><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
<tr><td colspan="5">Ações:
• Melhoria do processo de busca ativa das gestantes faltantes às consultas agendadas;
• Instalação e monitoramento de planilhas(drive) de controle gestacional, constando informações como data de consulta, sorologias, estratificação de risco, entre outras;
• Estabelecer rotina de atualização (mensal) das informações constadas nas planilhas de controle;
• Encaminhamento para referência em tempo hábil das gestantes de médio e alto risco;
• Acompanhamento das gestantes que apresentam risco.
• Estimular busca ativa pelos ACS a fim de abertura precoce com acompanhamento gestacional até 12ª semana de gestação;
• Realizar no mínimo 7 aferições de pressão arterial da gestante ao longo do controle gestacional;
• Registro de realização de testes rápidos (nos 3 trimestres ou, no mínimo no primeiro e último) ou exames avaliados.
• Realizar no mínimo 7 registros de peso e altura da gestante ao longo do controle gestacional;
• Realizar o mínimo de 3 visitas de acompanhamento pelo ACS durante o período gestacional com intervalo mínimo de 30 dias entre as visitas;
• Registro de vacinação de dTpa.
• Registro de consulta odontológica.</td></tr>
<tr><td colspan="5">OBJETIVO: Avaliar o acesso e monitoramento efetivo das crianças até dois anos de idade em relação aos episódios de cuidados necessários, com incentivo a captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.</td></tr>
<tr><td colspan="5">INDICADOR 26: Percentual de crianças menores de 02 anos com estratificação de risco.</td></tr>
<tr><td>LINHA DE BASE</td><td colspan="4">2024:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Meta:
Manter percentual igual ou maior de 90%</td><td colspan="4">VALOR DA META</td></tr>
<tr><td>2026</td><td>2027</td><td>2028</td><td>2029</td></tr>
<tr><td>90%</td><td>90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr>
<tr><td colspan="5">Ações:</td></tr>
</table>

- Ter a 1ª consulta presencial realizada por médica(o) ou enfermeira(o), até o 30º dia de vida.
- Ter pelo menos 09 (nove) consultas presenciais ou remotas realizadas por médica(o) ou enfermeira(o) até dois anos de vida.
- Ter pelo menos 09 (nove) registros simultâneos de peso e altura até os dois anos de vida.
- Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, sendo a primeira até os primeiros 30 (trinta) dias de vida e a segunda até os 06 (seis) meses de vida;
- Ter vacinas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenza tipo b, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola, pneumocócica, registradas com todas as doses recomendadas.
- Oferecer alimentação diferenciada, com critério medico clinico (caso adolescente, jovem ou adulto), e critério médico pediatra (crianças).

OBJETIVO: Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

INDICADOR 27: Percentual de estratificação de risco para Fragilidade de idosos implantada e implementada.

LINHA DE BASE	**2024:**			
Meta:	**VALOR DA META**			
Manter ao mínimo 90% dos idosos com estratificação de risco para Fragilidade até 2029.	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	90%	90%	90%	90%

Ações:

- Identificar os idosos da área de abrangência das Unidades de Saúde;
- Estratificar risco dos idosos e realizar primeira consulta médica;
- Consulta domiciliar médica e de enfermagem para os acamados da área de abrangência;
- Educação permanente para os profissionais para melhoria da atenção ao idoso;
- Melhoria no atendimento e acompanhamento do idoso nas Unidades de Saúde;
- Elaboração e distribuição de materiais técnicos e preventivos para os profissionais de saúde e sociedade com vistas à saúde do idoso.
- Viabilizar integração entre setores públicos de assistência social, cultura, esporte e lazer para promoção de atividades educativas para um envelhecimento saudável.
- Ter realizado pelo menos 01 (uma) consulta por profissional médica (o) ou enfermeira(o) presencial ou remota nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;
- Ter realizado pelo menos 02 (dois) registros simultâneos de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos 12 meses;
- Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;
- Ter um registro de uma dose da vacina influenza, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.

OBJETIVO: Promover boas práticas para o cuidado à saúde da mulher no âmbito da APS.

INDICADOR 28: Percentual de mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico Solicitado, Realizado ou Avaliado na APS, nos últimos 36 meses.

LINHA DE BASE	**2024:** 37%			
Meta: Atingir 40% das mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico solicitado e/ou avaliado na APS.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	40%	40%	40%	40%

Ações:

- Realização de Campanhas de coleta de exames citopatológicos aos sábados durante ao ano (1Xmes) nas Unidades Básicas de Saúde, mediante avaliação e autorização da gestão;
- Abertura de agendas semanais para coleta de exames citopatológicos nas Unidades de Saúde com objetivo de coletar em média 16 exames mensais por equipe na faixa etária preconizada;
- Educação em saúde visando a conscientização da importância da realização deste exame nos locais onde há maior concentração de mulheres nesta faixa etária;
- Realizar busca ativa pela E.S.F. e agendamento de consulta médica/enfermagem em mulheres com resultados de exames alterados;
- Melhorar a divulgação dos serviços ofertados à população;
- Estruturar a Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Município;
- Equipe de saúde obrigatoriamente alimentando e utilizando o sistema SISCAN;
- Sensibilizar as equipes de saúde frente ao tema;
- Mapear as áreas por meio do E.S.F. com relação ao último exame citopatológico realizado pelo público alvo;
- Fomentar junto à equipe médica fluxo para estímulo à coleta do exame citopatológico.
- Monitoramento dos instrumentos de gestão mensal;
- Fomentar busca ativa de resultados de exames realizados por mulheres na idade de corte para avaliação na APS pelos ACS's.

INDICADOR 29: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, nos últimos 24 meses.

LINHA DE BASE	**2024:** 0,57			
Meta: Atingir 70% das mulheres entre 50 e 69 anos com exame de mamografia solicitado e/ou avaliado na APS, até 2029	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	0,60	0,65	0,65	0,70

Ações:

- Abertura de agendas semanais para distribuição de exames de mamografia;

- Educação em saúde visando a conscientização da importância da realização deste exame nos locais onde há maior concentração de mulheres nesta faixa etária;
- Realizar busca ativa pela E.S.F. e agendamento de consulta médica/enfermagem em mulheres com resultados de exames alterados;
- Ampla divulgação dos serviços ofertados;
- Cronograma de ações de educação em saúde à equipe;
- Melhorar a divulgação dos serviços ofertados à população;
- Estruturar a Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Município;
- Equipe de saúde obrigatoriamente alimentando e utilizando o sistema SISCAN
- Sensibilizar as equipes de saúde frente ao tema.
- Mapear as áreas por meio do E.S.F. com relação ao último exame de mamografia realizado pelo público alvo;
- Fomentar junto à equipe médica fluxo para estímulo à coleta do exame de mamografia.

INDICADOR 30: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.

LINHA DE BASE	**2024:** 35,55			
Meta:	**VALOR DA META**			
Aumento progressivo ao ano anterior.	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	41%	41%	43%	45%

Ações:

- Orientar sobre os benefícios do parto normal;
- Incentivar as gestantes durante as consultas do pré-natal;
- Reativar o grupo de gestantes com encontros periódicos;
- Incentivar a participação do parceiro durante as consultas de pré-natal.

INDICADOR 31: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.

LINHA DE BASE	**2024:** 13 %			
Meta:	**VALOR DA META**			
Abaixo de 18%	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
	17%	17%	16%	16%

Ações:

- Implantar ações educativas sobre educação sexual em escolares;
- Acolhimento do adolescente na Atenção Primária com consulta de enfermagem.

Diretriz Nacional. **Diretriz Nacional**: qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS

Diretriz Estadual: Fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná.

Diretriz Municipal: Propiciar qualidade nos servidiços à Atenção à saúde no âmbito municipal

Objetivos: Garantir os serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.				
INDICADOR 32: Garantia de convenio farmacêutico com consorcio Paraná Saúde para compra de medicamentos no âmbito municipal				
LINHA DE BASE	**2024:** 100%			
Meta: Manter convenio com Consorcio Paraná Saúde para utilização de recursos financeiros destinados ao componente básico da assistência farmacêutica.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	01	01	01	01
Ações: • Garantir e aumentar transferência de recursos financeiros, da contrapartida municipal do fundo Municipal de Saúde para o Consórcio Paraná. Realizar ações educativas sobre o uso seguro de medicamentos, prevenção de doenças e promoção da saúde, envolvendo a população na busca por hábitos saudáveis.				

INDICADOR 33: Tempo de espera para atendimentos não emergenciais				
LINHA DE BASE	**2024:** Sem Dados			
Meta: Garantia de atendimento de 24h, no atendimento ambulatorial e de urgência e emergência no Hospital Municipal de Miraselva	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	01	01	01	01
Ações: • . Manter contato com Empresas para plantões médicos; • Manter número de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem adequados para o bom atendimento aos pacientes; • Executar de forma clara e objetiva a classificação de risco aos usuários que buscam atendimento • Programar núcleo de educação continuada em saúde; Núcleo de Segurança do Paciente. • Reforma do Hospital Municipal João Juliani.				

Diretriz Municipal: Fortalecimento Controle Social.				
OBJETIVO: Fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde.				
INDICADOR 34: Número de reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde.				
LINHA DE BASE	**2024:** Sem Dados			
. **Julia**ni. ao menos 12 reuniões ao ano pelo	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**

Conselho Municipal de Saúde	12	12	12	12

Ações:

- Reestruturar, sempre que necessário a composição do conselho municipal de saúde;
- Estimular conselheiros à participação nas reuniões para alcance de quórum;
- Estabelecer agenda anual de reuniões para melhor programação dos conselheiros;
- Auxiliar o Conselho Municipal de Saúde quanto à espaço e estrutura física para a realização das reuniões;
  Promover divulgação do calendário de reuniões do CMS;

OBJETIVO: Fortalecer e melhorar o canal de interação com o usuário através da Ouvidoria de Saúde.

INDICADOR 35: Cumprimento do prazo de resposta ao usuário da Ouvidoria.

LINHA DE BASE	**2024:** Sem Dados			
META: Proporcionar que 100% das demandas sejam respondidas no prazo estabelecido.	**VALOR DA META**			
	2026	**2027**	**2028**	**2029**
	100%	100%	100%	100%

Ações:

- Monitoramento, aprimoramento e avaliação dos processos de atendimento ao público, com base no indicador;
- Registro de compromissos da Ouvidoria do SUS com seus públicos em instrumentos como a carta de serviço ao(à) cidadão(ã);
- Acompanhamento, análise e divulgação dos resultados do atendimento ao público pelo ouvidor e pelo gestor;
- Serviços de Saúde e Gestor respondendo demanda em tempo estabelecido conforme Resolução 417/2016 da SESA;

- Ações de Educação em Saúde à população sobre objetivos da Ouvidoria de Saúde Municipal;
- Aumentar a divulgação sobre o serviço de Ouvidoria de Saúde Municipal;

9. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de monitoramento e avaliação constitui a base da gestão e é um recurso gerencial de primeira linha. Não representa um fim em si mesmo ouum ritual, só cumprindo seus objetivos se afeta ou apoia processos gerenciais e de tomada de decisão. O monitoramento e a avaliação são necessários à aprendizagem

institucional e ao fortalecimento do conhecimento das alternativas e estratégias de intervenção possíveis.

A base fundamental para o monitoramento e a avaliação do Plano serão os indicadores selecionados, que são medidas que permitem quantificar uma determinada realidade e acompanhar as mudanças que ocorrem. Os indicadores são instrumentos utilizados para medir a eficácia, eficiência e o impacto das políticas e programas. Quando se referem ao grau em que seus objetivos foram alcançados, tem-se uma medida de eficácia. Quando o foco é o nível de utilização dos recursos em relação às metas e aos resultados, a medida é de eficiência. Quando o objetivo é verificar as mudanças de mais longo prazo operadas no estado de saúde da população, tem-se a perspectiva de impacto.

Os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão. O produto do processo se expressará materialmente nos Relatórios, mas o processo deve se dar de forma permanente na rotina institucional.

Os monitores e avaliadores serão aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos com a elaboração do Plano e o vivenciarão: os responsáveis por conduzir os processos (os gestores de políticas), os gerentes de programas e projetos, os integrantes das equipes técnicas, os representantes do conselho de saúde e colegiados de gestores, entre outros. O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica, para o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e com as políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 12 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023. 210 p. Curitiba: SESA, 2020.

Outras utilizadas. Manual do gestor CONASEMS 2019 e 2025