

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIPORÃ
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

***PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE
2026-2029***

**AGOSTO/2025
IBIPORÃ - PR**

JOSÉ MARIA FERREIRA

Prefeito Municipal

MARICÉLIA SOARES DE SÁ

Vice Prefeito

LEILIANE DE JESUS DE MARTINI LOPES VILAR

Secretária Municipal de Saúde

ILTO DE SOUZA

Diretor Adjunto

CARMEM CECÍLIA DE CARVALHO LUNARDELLI

Diretora da Atenção Primária à Saúde

KENNIA CRISTINE DE SOUZA SILVA

Diretora Geral de Unidade de Pronto Atendimento

TEREZINHA SANCHEZ

Diretora Clínica

VANESSA CRISTINA LUQUINI

Diretora de Vigilância em Saúde

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Comissão Interna para fins de Confecção, monitoramento, avaliação e execução dos instrumentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde:

ALEX SANDRO ALVES
Assessor Técnico

AMANDA OLIVEIRA MACHADO PIOLLA
Coordenadora da Regulação

ANA PAOLA FERNANDES ROLIM
Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

CARMEM CECÍLIA DE CARVALHO LUNARDELLI
Diretora da Atenção Primária à Saúde

CÁSSIA CAROLINA GARCIA DAVOLIO GEHA
Coordenação de Saúde Mental

ERICA CRISTINA MENDES DIAS
Coordenação CAIS

ERICA FOLLY ROSA DE MARCHI
Coordenação da Assistência Farmacêutica de Ibiporã

KENNIA CRISTINE DE SOUZA SILVA
Diretora da Unidade de Pronto Atendimento
Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

LILIAN MAYUMI TANIDA
Coordenadora do Laboratório Municipal

NATIELY HAILA MOTTA
Coordenadora da Unidade de Transporte Sanitário

THAMINIE NOVELI ALVES
Coordenação de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento

VANESSA CRISTINA LUQUINI
Diretora de Vigilância em Saúde

VANESSA SILVA RODRIGUES DOS SANTOS
Coordenação de Programas de Saúde

VIVIA PAES DE SOUZA
Auditora da Secretaria Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Ibiporã apresenta as diretrizes para a gestão da saúde no período de 2026 a 2029, tendo como base as orientações da Portaria de Consolidação nº 01/2017, que estabelece o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Município de Ibiporã, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem atribuição de coordenar a política municipal de saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), explicitado nas Leis Orgânicas.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, subsidiando o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Programação Anual de Saúde (PAS), se consolidando como fundamental estratégia de planejamento, tendo seus resultados avaliados nos relatórios trimestrais e anuais de gestão, com a participação do controle social.

A elaboração do Plano de Saúde 2026 a 2029 ocorreu de março a agosto de 2025 e foi orientado pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional, contendo perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico, estrutura e organização da secretaria municipal de saúde, gestão do trabalho e educação permanente em saúde, participação social, ouvidoria, redes de atenção à saúde e financiamento. Desta forma, estabelecendo as diretrizes, objetivos, metas e indicadores, possibilitando o processo de monitoramento e avaliação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	7
3 ANÁLISE SITUACIONAL	9
3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO	10
3.1.1 Dados Demográficos	10
3.1.2 Educação	13
3.1.3 Trabalho e Rendimento	14
3.1.4 Índice de Desenvolvimento Humano	15
3.1.5 Estrutura Sanitária	16
3.1.6 Abastecimento de Água	16
3.1.7 Sistema de Esgotos Sanitários	17
3.1.8 Coleta de Lixo	17
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	17
3.2.1 Mortalidade Materna	18
3.2.2 Mortalidade Infantil	20
3.2.3 Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis	22
3.2.4 Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis	29
3.2.5 Programa Nacional de Imunização (PNI)	42
3.2.6 Pandemia de Covid-19	47
3.2.7 Resultado	48
3.3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE	48
3.4 GESTÃO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	51
3.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL	52
3.6 OUVIDORIA	52
3.7 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	53
3.7.1 Vigilância em Saúde	53
3.7.2 Atenção Primária	59
3.7.3 Regulação e Auditoria	65
3.7.4 Assistência Ambulatorial Especializada	65
ESPECIALIDADES MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS OFERTADOS PELO CISMEDPAR ATRAVÉS DO TETO DO CONTRATO DE RATEIO – ANO 2024	74
3.7.5 Assistência Hospitalar	76
3.7.6 Unidade de Transporte Sanitário	78
3.7.7 Assistência Farmacêutica	85
3.7.8 Assistência em Urgência e Emergência	86

3.8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	87
3.8.1 Materno infantil	87
3.8.2 Saúde Mental na Rede de Atenção Primária	90
3.8.3 Idoso	91
3.8.4 Hipertensão e Diabetes	92
3.8.5 Pessoa com Deficiência	92
3.8.6 Saúde do Homem	92
3.9 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE	93
3.10 FINANCIAMENTO.....	93
4 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES – D.O.M.I.	99
5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	120
REFERÊNCIAS.....	122
ANEXO I: PROPOSTAS DA 15ª CONFERÊNCIA AVALIADAS EM PLENÁRIA.....	124
ANEXO II: RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	124
ANEXO III: PUBLICAÇÃO EM DIÁRIO NO MUNICÍPIO	124

1 INTRODUÇÃO

Os avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são inegáveis e têm impactado significativamente a saúde da população. A expansão da Atenção Primária à Saúde e o controle e a eliminação de doenças de grande relevância epidemiológica, são exemplos concretos das melhorias alcançadas. No entanto, persistem desafios expressivos que exigem medidas estruturantes, capazes de garantir a continuidade dos progressos obtidos e enfrentar questões urgentes e emergentes.

O Plano Municipal de Saúde de Ibiporã 2026–2029 é um instrumento fundamental para a gestão do sistema público de saúde local, servindo como guia e subsídio para a tomada de decisões. Sua construção foi pautada em diretrizes e propostas originadas na Conferência Municipal de Saúde e na Plenária Municipal, refletindo os compromissos debatidos e aprovados no Conselho Municipal de Saúde.

Na primeira parte do documento, é apresentada a análise situacional do Município, e na segunda parte, estão dispostas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que nortearão a avaliação da gestão, com foco na garantia do acesso universal, qualificado e em tempo oportuno. Busca-se, com isso, contribuir para a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida da população. Trata-se de um plano que organiza o cenário político-sanitário municipal, enfrentando o desafio central de articular esforços para assegurar que cada cidadão receba o cuidado de que necessita.

Diante da dinamicidade que caracteriza o setor da saúde, será essencial realizar revisões e atualizações periódicas das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assegurando sua aderência à realidade e às necessidades da população.

2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

<u>MESA DIRETORA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO PARANÁ</u>	
<i>Diana Aparecida da Silva Piveta</i> Presidente - Segmento dos Trabalhadores <i>Osmar Betiati</i> Vice Presidente - Segmento dos usuários <i>Ilto de Souza</i> 1º Secretário - Segmento dos Gestores <i>Maria Cicera Raimundo de Souza</i> Vice -Secretário - Segmento dos Usuários	
CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2023 – 2026	
MEMBROS TITULARES	MEMBROS SUPLENTES
GESTORES	
Leiliane De Jesus de Martini Lopes Vilar Secretaria Municipal De Saúde	Vanessa Cristina Luquini Secretaria Municipal De Saúde
Ilto de Souza Secretaria Municipal De Saúde	Cassia Carolina Garcia Davólio Geha Secretaria Municipal De Saúde
PRESTADORES DE SAÚDE	
Sharlles Rafael Junior da Silva Hospital Cristo Rei	Artemizia Bertolazzi Martins Hospital Cristo Rei
Sueli Midori Kazahaya APAE	Carolina de Cássia Sacca Colognesi Laboratório Carlos Chagas / São Jorge
TRABALHADORES DE SAÚDE	
Adeonilde Pereira do Nascimento Sindicato Dos Servidores Municipais- Sindserv	Elisangela Regina da Silva Associação Dos Servidores Municipais De Iporã (ASMI)
Aldemar Galassi Sindicato Dos Agentes Comunitários De Saúde Do Estado Do Paraná (SINDACS)	Layanne Rafaela Pavão dos Santos Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PR)
Regina Midori Tamari Silva Conselho Regional De Farmacia (CRF- PR)	Flavia Vasconcellos Conselho Regional de Odontologia (CRO-PR)
José Luiz da Silva Associação Dos Servidores Municipais De Iporã (ASMI)	Diana Aparecida da Silva Piveta Sindicato Dos Servidores Municipais (SINDSERV)
USUÁRIOS	

Silvia Aparecida dos Santos Igreja Presbiteriana Independente (Espaço Vida)	Danielle Alves Cordeiro Igreja Presbiteriana Independente (Espaço Vida)
Otoniel Antonio da Silva Paróquia Nossa Senhora da Paz- Terço dos Homens	Sergio da Silva Caus Paróquia Nossa Senhora da Paz- Terço dos Homens
Ângela Maria da Rosa Lar Padre Leone	Andressa Thais Caus Lebkuchen Lar Padre LeoneLar Padre Leone
Rosilene Pelisson Paróquia Nossa Senhora da Paz	Esmeralda Massi Giroldo Paróquia Nossa Senhora da Paz
Vandira de Lima Bassani Paróquia São Rafael	Veronica Kotacho Paróquia São Rafael
Osmar Betiati Fraternidade Espírita Mensageiros Da Luz	Raul Cesar Zerbini Fraternidade Espírita Mensageiros Da Luz
Maria Goreti dos Santos Apasi – Associação De Pais E Amigos De Surdo De Ibiporã	Léia Augusto da Silva Nori Apasi – Associação De Pais E Amigos De Surdo De Ibiporã
Maria Cicera Raimundo De Souza Pastoral Da Criança	Neri Maria Clorinda Brandini Pastoral Da Criança

3 ANÁLISE SITUACIONAL

O nome Ibiporã vem do tupi e significa "Terra Bonita". A região era inicialmente desabitada, com vestígios de índios nômades, e foi visitada por colonizadores brancos a partir do século XIX. A ocupação definitiva começou em 1934, com a chegada dos primeiros moradores, atraídos pela fertilidade das terras roxas. O desenvolvimento foi impulsionado pela atuação dos irmãos Francisco e Alexandre Gutierrez Beltrão, que planejaram e estruturaram o núcleo urbano e incentivaram a venda de lotes para pequenos agricultores, principalmente migrantes de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, além de imigrantes europeus e japoneses.

A ferrovia São Paulo–Paraná chegou em 1934 e a estação foi inaugurada em 1936, favorecendo o crescimento do povoado. O município foi criado em 10 de outubro de 1947, através da Lei Estadual nº. 02, sendo instalado em 08 de novembro do mesmo ano, desmembrando-se de Sertanópolis, com a posse do primeiro prefeito José Pires de Godoy. O município consolidou-se com a instalação da Comarca em 1954, tornando-se plenamente independente de Sertanópolis.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

AUTORIDADE ELEITA	José Maria Ferreira
--------------------------	---------------------

FONTE: TRE (2025).

ANIVERSÁRIO, INSTALAÇÃO E DESMEMBRAMENTO	
Origem - Desmembramento	Sertanópolis
Data de instalação	08/11/1947
Data de comemoração (Aniversário)	8 de novembro

FONTE: Prefeitura (2023).

ÁREA TERRITORIAL E DENSIDADE DEMOGRÁFICA		
TERRITÓRIO	VALOR	UNIDADE
Área territorial	298.651	km²
Densidade demográfica	177,65	hab/km²

FONTE: IAT (Área) e IPARDES (2024).

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS

<i>DIVISÃO ADMINISTRATIVA</i>	<i>INFORMAÇÕES</i>
Número de distritos administrativos	1
Nome dos distritos administrativos	Ibiporã
Comarca a que pertence	Ibiporã

FONTE: IBGE (Distritos), TJPR (Comarca) (2023).

POSIÇÃO GEOGRÁFICA – 2016

<i>POSIÇÃO GEOGRÁFICA</i>	<i>INFORMAÇÕES</i>
Altitude (metros)	490
Latitude	23 ° 16 ' 10 " S
Longitude	51 ° 03 ' 29" W

FONTE: IBGE.

O município limita-se ao norte com Sertanópolis, a nordeste com Rancho Alegre, a leste com Jataizinho, ao sul com Assaí e a oeste e sudoeste com Londrina. O acesso a Ibiporã se dá pelas rodovias BR-369 e PR-090. As principais distâncias até os grandes centros urbanos são: 10 km até Londrina e 407 km até Curitiba. Entre os rios que atravessam o município destacam-se o Rio Tibagi, o Ribeirão Engenho de Ferro e o Ribeirão Jacutinga.

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

3.1.1 Dados Demográficos

No Município de Ibiporã, a população por situação do domicílio, em 2022, atingiu 98,13%, valor este que subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, para adequação e funcionamento da rede de serviços sociais e da infraestrutura urbana, incluindo os serviços de saúde.

Quanto à composição por faixa etária da população, o que se observa em Ibiporã é a tendência de redução da população mais jovem, e consequentemente,

uma maior participação da população com mais de 20 anos de idade, correspondendo a 74,59%.

Em que pese à tendência crescente de envelhecimento da população, ainda hoje, 54,34% da população de Ibiporã está na faixa de idade de até 39 anos. Aliás, a tendência de envelhecimento da população não se verifica somente em Ibiporã, é a realidade que vem se apresentando na maioria dos municípios do Estado e do País e relaciona-se com a redução dos índices de natalidade e com o aumento da expectativa de vida da população.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente, no município de Ibiporã não seria diferente em 2010 o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais foi de 12,20%, em 2022 passou a ser 18,37%.

A composição da população por sexo não sofreu alterações significativas no período de 2010 a 2022. Em 2010, 48,63% da população era do sexo masculino e 51,37% do sexo feminino; e em 2022, a população do sexo feminino (51,88%) permanece maior do que o sexo masculino (48,12%).

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2022)

Densidade Demográfica	173,31	hab/km ²
-----------------------	--------	---------------------

FONTE: IBGE.

POPULAÇÃO

População - 2024 (Estimada)	53.054
População - 2022	51.603
População - 2010	48.198

FONTE: IBGE.

POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO COR / RAÇA – 2010

COR / RAÇA	POPULAÇÃO
------------	-----------

Branca	32.526
Preta	2.366
Amarela	1.035
Parda	15.632
Indígena	44
Sem declaração	0

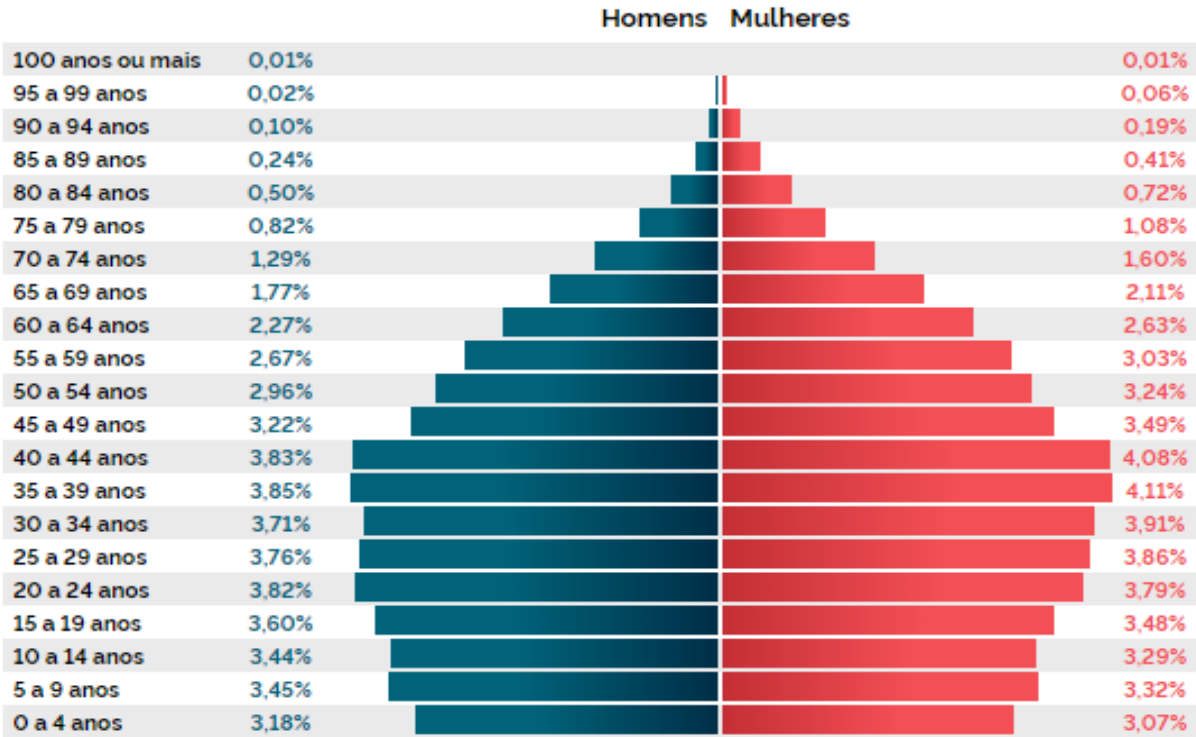
FONTE: IBGE.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>MASCULINO</i>	<i>FEMININO</i>	<i>TOTAL</i>
0 a 4 anos	1.563	1.391	2.954
5 a 9 anos	1.735	1.719	3.454
10 a 14 anos	1.682	1.700	3.382
15 a 19 anos	1.710	1.612	3.322
20 a 29 anos	3.620	3.692	7.312
30 a 39 anos	3.633	3.984	7.617
40 a 49 anos	3.549	3.895	7.444
50 a 59 anos	3.081	3.557	6.638
60 a 69 anos	2.410	2.849	5.259
70 a 79 anos	1.319	1.624	2.943
80 anos e mais	528	750	1.278
Total	24.830	26.773	51.603

FONTE: IBGE.

PIRÂMIDE ETÁRIA



FONTE: IBGE.

TAXA DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO POPULACIONAL SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO (2010)

TIPO DE DOMICÍLIO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)
Urbano	1,60
Rural	-2,65
TOTAL	1,35

FONTE: IBGE - Censo Demográfico.

3.1.2 Educação

Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 96,8%. Na comparação com outros municípios do estado, ficou na posição 334 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficou na posição 3870 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 5,7 e para os anos finais, de 5,1. Na comparação

com outros municípios do estado, ficava nas posições 357 e 299 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 3039 e 1695 de 5570.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB) – 2023

TIPO DE ENSINO	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
Anos iniciais (4ª série e/ou 5º ano)	5,7	-	-
Anos finais (8ª série e/ou 9º ano)	-	5,1	-
Ensino Médio	-	4,7	-

FONTE: MEC/INEP.

INFORMAÇÕES GERAIS

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	96,8 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2023]	5,7
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2023]	5,1
Matrículas no ensino fundamental [2023]	6.659 matrículas
Matrículas no ensino médio [2023]	1.825 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2023]	492 docentes
Docentes no ensino médio [2023]	199 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2023]	27 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2023]	10 escolas

FONTE: IBGE.

3.1.3 Trabalho e Rendimento

Em 2019, o salário médio mensal era de 2,3 salários mínimos, passando a 2,4 salários mínimos em 2022. Já a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25,5%, em 2019, e de 34,24% em 2022.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, em 2010, observa-se 30.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 273 de 399 dentre as cidades do estado e na posição 4.510 de 5.570 dentre as cidades do Brasil.

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2022]	2,4 salários mínimos
Pessoal ocupado [2022]	17.668 pessoas
População ocupada [2022]	34,24 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	30,9 %

FONTE: IBGE.

3.1.4 Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida sintética utilizada para avaliar o progresso de um país em termos de desenvolvimento humano, composto por três dimensões principais: longevidade, educação e renda. A longevidade é representada pela esperança de vida ao nascer, indicador que expressa as condições gerais de saúde e bem-estar da população. A educação é avaliada por meio da média de anos de estudo da população adulta e da expectativa de anos de estudo para as crianças em idade escolar. Já a renda é medida pela renda nacional bruta (RNB) per capita, ajustada à paridade do poder de compra, refletindo a capacidade material dos indivíduos de acessar bens e serviços essenciais. O valor do IDH varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano do país ou região. Os países são classificados em quatro grupos: desenvolvimento humano muito alto, alto, médio e baixo.

O critério "saúde" do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é contemplado na dimensão longevidade, que considera a qualidade de vida da população, especialmente por meio da esperança de vida ao nascer. Esse indicador reflete o acesso da população a serviços de saúde, como medicamentos, vacinas e tratamentos médicos. Além disso, essa dimensão também está relacionada a fatores

como taxas de natalidade, mortalidade infantil e índices de violência, pois esses elementos impactam diretamente o bem-estar e a longevidade da população.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM) - 2010

INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,726
IDHM - Longevidade	0,720
IDHM - Educação	0,647
IDHM - Renda	0,821

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - Ranking.

3.1.5 Estrutura Sanitária

Com base no Censo Demográfico de 1991, Ibiporã possuía um total de 10.176 domicílios residenciais, desses 8.499 localizados na zona urbana e 1.677 na zona rural. No Censo Demográfico de 2022, o município dispõe de um total de 18.786 domicílios residenciais, sendo que 18.444 estão localizados na zona urbana e 342 estão na zona rural. Desta forma, observamos que a urbanização foi um dos fatores preponderantes para um novo planejamento, como já citado anteriormente.

3.1.6 Abastecimento de Água

O sistema de abastecimento público de Ibiporã é realizado pela SAMAE (Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto), e é atendido por dois mananciais, um superficial (Ribeirão Jacutinga) e outro subterrâneo (poço do Aquífero Guarani). O sistema é composto pelas seguintes etapas: captação; adução de água bruta; tratamento (ETA - Estação de Tratamento de Água), reservação, distribuição e monitoramento e controle de qualidade da água.

O sistema de abastecimento público de Ibiporã conta com 477.000 metros lineares de redes de distribuição de água, atendendo todo perímetro urbano do município e boa parte da zona rural, distritos e bairros que estão localizados fora deste perímetro. O sistema de distribuição de água também conta com válvulas redutoras de pressão, registro de manobra e descarga, estações elevatórias (booster), entre outros dispositivos indispensáveis para um bom funcionamento do sistema.

A capacidade de produção de água atualmente é de aproximadamente 22.500,0 m³/dia e a demanda média nos períodos mais críticos do verão é de aproximadamente 20.000,0 m³/dia, portanto, o sistema atende de forma satisfatória, fornecendo água de qualidade à população, promovendo saúde e qualidade de vida.

Segundo o Censo Demográfico de 2022, 98,51% dos domicílios são abastecidos pela rede geral de água.

3.1.7 Sistema de Esgotos Sanitários

A rede coletora de esgotos sanitários de Ibiporã atende 95,93% dos domicílios, segundo o censo de 2022, sendo um índice de destaque entre os municípios brasileiros. É executado através do Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto (SAMAE). O esgoto, depois de coletado, é conduzido para as três Estações de Tratamento de Esgotos. Ibiporã é uma das poucas cidades brasileiras que tem implantado um sistema de esgotos completo, com coletor público, coletor predial, emissário, estação elevatória, rede de recalque e estação de tratamento, em localidade considerada zona rural (Distrito do Jardim John Kennedy e Taquara do Reino).

3.1.8 Coleta de Lixo

O serviço coleta de resíduos sólidos em Ibiporã é executado através do Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto (SAMAE), em conjunto com a Prefeitura Municipal de Ibiporã. O Programa de coleta seletiva diferenciada, desenvolvida na cidade de Ibiporã, engloba coleta diferenciada porta a porta (rejeitos, orgânicos e recicláveis), mobilização social, educação e conscientização ambiental da população e constante treinamento e nivelamento entre todos os colaboradores envolvidos. Segundo o Censo Demográfico de 2022, 99,16% dos domicílios são atendidos pela coleta de lixo.

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Este capítulo apresenta uma análise dos principais dados epidemiológicos do município, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a tomada

de decisão em saúde pública. São abordados indicadores de morbidade, mortalidade, informações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória, imunização, entre outros. A sistematização e interpretação desses dados permitem identificar tendências, vulnerabilidades e prioridades em saúde, contribuindo para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde e a efetivação das políticas públicas locais.

A atuação em saúde pública parte do reconhecimento de um cenário sanitário indesejado, com o objetivo de promover transformações sociais deliberadas e sustentáveis. Nesse processo, a aplicação adequada de métodos e técnicas de quantificação epidemiológica é fundamental. Por isso, destaca-se a importância da capacitação contínua das equipes locais de saúde, fortalecendo a análise e o uso qualificado das informações em saúde para a tomada de decisão.

Os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais para a compreensão da situação sanitária de uma população, pois permitem mensurar e acompanhar, ao longo do tempo, as condições de saúde, os fatores de risco, o acesso e a qualidade dos serviços, além dos determinantes sociais que influenciam o bem-estar coletivo.

Esses indicadores orientam a formulação de políticas públicas, o planejamento estratégico, a avaliação de programas e a alocação de recursos. Para que cumpram esse papel de forma efetiva, é essencial que sua utilização seja acompanhada de uma análise crítica e contextualizada, o que contribui para a promoção da equidade, da efetividade e da sustentabilidade nos sistemas de saúde.

3.2.1 Mortalidade Materna

Os indicadores de saúde materna, em especial a razão de mortalidade materna, constituem importantes parâmetros para avaliar o grau de desenvolvimento social e a equidade de gênero em um país, uma vez que refletem o comprometimento das nações com a promoção da cidadania e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. Em contextos marcados por elevadas taxas de mortalidade materna, a maioria dos óbitos é considerada evitável, revelando falhas estruturais nos determinantes sociais e nos sistemas de saúde.

A redução desses eventos demanda a melhoria das condições de vida e de trabalho, a inserção social livre de discriminações e violências, bem como o

acesso universal a serviços de saúde qualificados, com oferta de uma atenção integral, humanizada e respeitosa durante o ciclo gravídico-puerperal.

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), morte materna é:

“... a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993)”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), embora tenham sido alcançados avanços significativos nas últimas décadas, a mortalidade materna ainda representa um desafio global.

Estima-se que, em 2017, ocorreram cerca de 295 mil mortes maternas em todo o mundo devido a complicações relacionadas à gestação e ao parto — o que representa uma redução de aproximadamente 35% em relação ao ano 2000 (WHO, 2020). No entanto, o mais recente relatório da OMS (2023) alerta que essa tendência de redução desacelerou e, em algumas regiões, houve até mesmo um aumento nos índices.

No Brasil, a mortalidade materna continua sendo uma preocupação relevante, com fortes desigualdades regionais e sociais. De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, em 2021 (ano com dados mais consolidados), foram registrados 1.574 óbitos maternos, sendo: 1.001 por causas obstétricas diretas (como hemorragias, infecções puerperais e hipertensão na gravidez), 502 por causas indiretas (como doenças preexistentes agravadas pela gestação, incluindo Covid-19), e 71 com causa não especificada (BRASIL, 2023).

Em 2019, a Região Sul foi a segunda com menor número absoluto de mortes maternas, mas o estado do Paraná apresentou o maior número de óbitos da região naquele ano. Essa situação reforça a necessidade de estratégias específicas de prevenção, monitoramento e assistência qualificada, especialmente nos contextos mais vulneráveis.

Em Ibiporã, ocorreram dois óbitos em 2016, um em 2019 e um em 2023.

NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS

LOCALIDADES	2020	2021	2022	2023	2024
BRASIL	1.965	3.030	1.370	1.325	1.187
REGIÃO SUL	162	385	135	131	155
PARANÁ	77	187	60	61	77
17ª RS	12	15	03	02	06
IBIPORÃ	0	0	0	01	0

FONTE: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.

3.2.2 Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) representa o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade para cada mil nascidos vivos em determinado período. Este indicador expressa o risco de um recém-nascido não sobreviver ao primeiro ano de vida e é amplamente utilizado para avaliar os níveis de saúde, qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puericultura, bem como o grau de desenvolvimento socioeconômico da população (RIPSA, 2008).

Em 2019, o Brasil registrou uma TMI de aproximadamente 11,09 óbitos por mil nascidos vivos. No estado do Paraná, a taxa foi ligeiramente inferior, com 10,30 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto no município de Ibiporã, a TMI foi mais elevada, chegando a 13,87 por mil nascidos vivos.

Apesar da Região Sul do Brasil apresentar, historicamente, os menores índices de mortalidade infantil entre as regiões brasileiras, o estado do Paraná tem se destacado por registrar as maiores taxas da região, o que sinaliza a necessidade de atenção especial às especificidades locais.

Em 2024, foram registrados 10 óbitos infantis no município de Ibiporã. Sendo estes 03 óbitos considerados evitáveis, ou seja, passíveis de prevenção mediante ações adequadas de atenção à saúde; 05 Inevitáveis, relacionados a condições não preveníveis com os recursos disponíveis; e 02 com causas inconclusivas, não sendo possível determinar com clareza sua evitabilidade.

O monitoramento contínuo da mortalidade infantil, associado à qualificação da atenção materno-infantil, é essencial para reduzir desigualdades e promover a equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

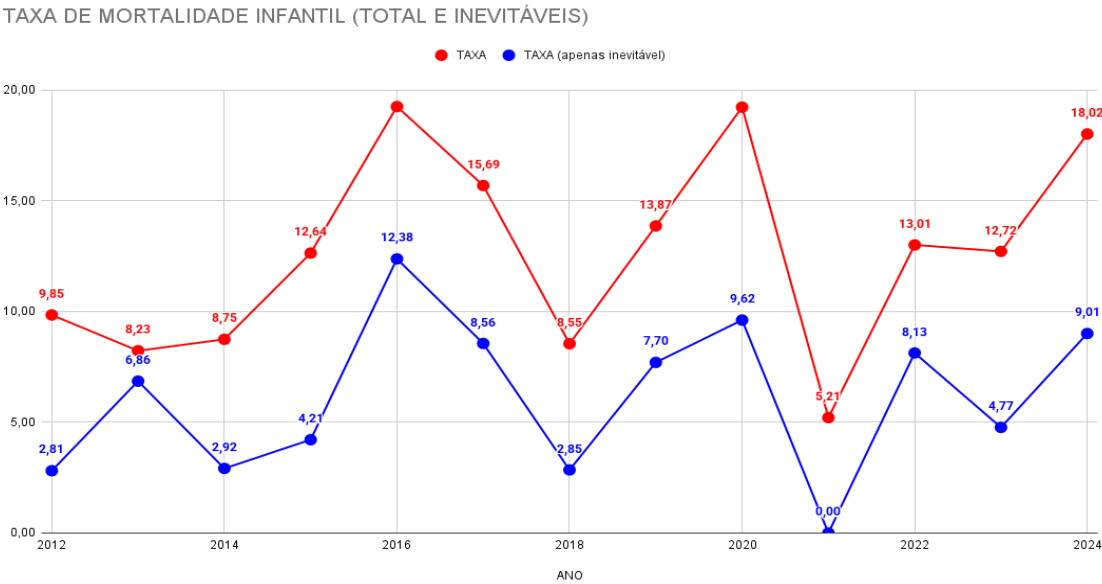
NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIL

LOCALIDADES	2020	2021	2022	2023	2024
BRASIL	31.439	31.856	32.257	32.017	28.268
REGIÃO SUL	3.404	3.428	3.681	3.560	3.391
PARANÁ	1.361	1.343	1.451	1.511	1.372
17ª RS	127	111	124	125	119
IBIPORÃ	12	03	08	08	10

FONTE: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.

O monitoramento da taxa de mortalidade infantil é um importante indicador da qualidade de vida, do acesso aos serviços de saúde e das condições socioeconômicas da população.

O gráfico a seguir apresenta a evolução da taxa de mortalidade infantil total e das mortes consideradas inevitáveis no município, entre os anos de 2012 e 2024. Observa-se uma variação significativa ao longo do período, com picos nos anos de 2016, 2020 e 2024. Destaca-se a persistência de óbitos evitáveis, o que reforça a necessidade de ações integradas e contínuas de atenção à saúde materno-infantil, especialmente nas fases de gestação, parto e puerpério, além da melhoria na atenção básica e vigilância em saúde.



FONTE: Vigilância Epidemiológica de Ibiporã.

3.2.3 Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis

A Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento do padrão de ocorrência, tendência e mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dos acidentes, das violências e de seus fatores de risco e estimular ações e estratégias que visem a promoção da saúde da população.

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Compreendem dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas principalmente pelas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus, e as causas externas, tais como os acidentes e as violências.

A vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) inclui o monitoramento das doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estas doenças são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo mundo. São doenças multifatoriais que se desenvolvem no curso da vida e que possuem longa duração.

Estão relacionadas a diversos fatores, condicionantes e determinantes sociais, entretanto a maioria é ocasionada por fatores de risco modificáveis dentre os quais destacam-se o tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física.

No estado do Paraná, observou-se nas últimas décadas uma redução nas taxas de mortalidade por DCNTs, atribuída à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), à melhoria na qualidade da assistência e à redução do consumo de tabaco, especialmente a partir dos anos 1990. No entanto, as DCNTs permanecem como uma das principais causas de morbimortalidade, representando um desafio persistente para o sistema de saúde.

Dentre as DCNTs, as Doenças do Aparelho Circulatório, como se pode observar na Tabela a seguir, são a primeira causa de morte da população total de Ibioporã, seguido de Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório, causas externas, e doenças do aparelho digestivo.

MORTALIDADE DE RESIDENTES, SEGUNDO CAPÍTULO CID-10 – 2021 A 2024

CAPÍTULO (CID-10)	2021	2022	2023	2024	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	177	45	33	15	270
II. Neoplasias (tumores)	85	68	89	83	325
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	03	01	01	03	08
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14	12	14	15	55
V. Transtornos mentais e comportamentais	04	06	10	18	38
VI. Doenças do sistema nervoso	23	32	20	20	95
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	01	0	0	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	113	115	88	94	410
X. Doenças do aparelho respiratório	35	68	57	83	243
XI. Doenças do aparelho digestivo	24	33	23	30	110
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	05	02	04	12
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	01	05	04	02	12
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	17	21	23	15	76
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	01	0	01
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	07	07	14	09	37
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	01	02	01	05	09
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	08	10	05	05	28

XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	49	66	37	57	209
TOTAL	562	497	422	458	1939

Quanto a mortalidade por sexo, observa-se que em 2024 que no sexo masculino há maior incidência de óbitos por transtornos mentais e comportamentais, doenças no aparelho digestivo e causas externas.

MORTALIDADE POR CAUSA BÁSICA - 2024

CAUSA POR CAPÍTULO (CID-10)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	07	08	15
II. Neoplasias (tumores)	49	34	83
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	03	03
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	09	06	15
V. Transtornos mentais e comportamentais	15	03	18
VI. Doenças do sistema nervoso	11	09	20
IX. Doenças do aparelho circulatório	49	45	94
X. Doenças do aparelho respiratório	43	40	83
XI. Doenças do aparelho digestivo	20	10	30
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	03	04
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	01	01	02
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	04	11	15
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	03	06	09

XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	04	01	05
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	04	01	05
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	45	12	57
TOTAL	265	193	458

Quanto à internação hospitalar, observamos na tabela a seguir que em 2024, as maiores causas de hospitalização, são as doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas, e doenças do aparelho digestivo, respectivamente.

MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA – 2021 A 2024

CAPÍTULO CID-10	2021	2022	2023	2024	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	685	450	519	637	2291
II. Neoplasias (tumores)	348	464	394	389	1595
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	31	55	37	30	153
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	29	85	65	70	249
V. Transtornos mentais e comportamentais	132	162	205	192	691
VI. Doenças do sistema nervoso	61	111	103	178	453
VII. Doenças do olho e anexos	33	53	54	54	194
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	04	10	19	26	59
IX. Doenças do aparelho circulatório	349	572	573	692	2186
X. Doenças do aparelho respiratório	218	479	592	816	2105
XI. Doenças do aparelho digestivo	320	510	90	608	1528
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	92	169	150	167	578

XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	54	84	92	136	366
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	268	509	465	586	1828
XV. Gravidez, parto e puerpério	385	582	505	398	1870
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	71	96	89	80	336
XVII. Malf. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	09	23	20	31	83
XVIII. Sint. sinais e achad. Anorm. Ex. clín. e laborat.	61	83	73	151	368
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	459	732	633	634	2458
XXI. Contatos com serviços de saúde	64	75	633	177	949
TOTAL	3673	5304	5311	6052	20340

FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 27 de junho de 2025.

Esses dados reforçam a importância do monitoramento contínuo e da implementação de políticas públicas intersetoriais que promovam hábitos saudáveis, previnam agravos e fortaleçam a atenção integral às pessoas com doenças crônicas. As neoplasias malignas (cânceres) representam um importante desafio para os sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2040, o mundo registre cerca de 29,5 milhões de novos casos de câncer por ano e 16,3 milhões de óbitos decorrentes da doença, sendo a maioria dos casos e mortes em países de baixa e média renda (WHO, 2022).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para o triênio 2023-2025 a ocorrência de cerca de 704 mil novos casos de câncer por ano, considerando todos os tipos, incluindo pele não melanoma. Os tipos mais frequentes são:

- Pele não melanoma (31,3%);
- Mama (10,5%);
- Próstata (10,2%);
- Cólon e reto (6,5%);
- Pulmão (4,6%);
- Estômago (2,1%).

Excluindo o câncer de pele não melanoma, estima-se a ocorrência de 480 mil novos casos anuais, sendo 51% em homens e 49% em mulheres (INCA, 2023). As Causas Externas – que englobam violências e acidentes – continuam sendo importantes causas de morbimortalidade, especialmente entre jovens do sexo masculino. Em 2019, a razão de óbitos por agressão foi de 17 homens para cada mulher; em Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), a proporção foi de 13 homens para cada mulher; e as principais vítimas fatais são homens jovens, e os principais motivos de internação por CE são agressões e acidentes de trânsito.

A violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais também geram impactos profundos na saúde física, mental e social das vítimas, afetando o tecido familiar e comunitário. Essas formas de violência podem deixar marcas duradouras e até transgeracionais (BRASIL, 2015).

A notificação compulsória desses agravos foi implantada em 2009 via SINAN-Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Entre 2016 e 2019, o Brasil registrou mais de 126 mil notificações de casos de:

- Violência doméstica;
- Violência sexual;
- Violências autoprovocadas;
- Outras formas de violência interpessoal.

Dentre os anos registrados:

- Em 2016, houve 22.971 notificações;
- Em 2019, esse número subiu para 39.551 notificações;
- Em 2024, chegou a 608.724 notificações.

Em Ibiporã, as principais vítimas desse tipo de violência são mulheres, adolescentes e jovens, com maior concentração de casos nas faixas etárias entre 10 e 49 anos. Destaca-se o grupo de mulheres entre 20 e 29 anos, que apresenta o maior número de notificações.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA – 2024

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 01 ano	02	0	02
01 a 04 anos	04	01	05
05 a 09 anos	05	03	08

10 a 14 anos	0	11	11
15 a 19 anos	07	14	21
20 a 29 anos	16	24	40
30 a 39 anos	05	11	16
40 a 49 anos	04	21	25
50 a 59 anos	02	09	11
60 anos e mais	08	17	25
TOTAL	53	111	164

FONTE: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.
Acesso em 27 de junho de 2025.

Com base nos dados apresentados sobre lesões autoprovocadas, observa-se que o total de casos notificados é de 70, sendo a maioria do sexo feminino (48 casos, 68,6%) e 22 do sexo masculino (31,4%). A faixa etária com maior número de ocorrências é a de 20 a 29 anos, com 28 casos (40%), seguida das faixas de 15 a 19 anos e 30 a 39 anos, ambas com 9 casos cada (12,9%). Destaca-se ainda um número expressivo de casos entre meninas de 10 a 14 anos, com 8 registros, enquanto não há registros entre meninos dessa faixa. A maior concentração de casos entre adolescentes e jovens adultos, especialmente do sexo feminino, reforça a necessidade de ações preventivas e de cuidado em saúde mental voltadas a esse público, com foco na escuta qualificada e acolhimento nas redes de atenção.

LESÃO AUTO PROVOCADA

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
10 a 14 anos	0	08	08
15 a 19 anos	03	06	09
20 a 29 anos	12	16	28
30 a 39 anos	03	06	09
40 a 49 anos	02	06	08
50 a 59 anos	01	03	04
60 anos e mais	01	03	04
TOTAL	22	48	70

FONTE: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.
Acesso em 27 de junho de 2025.

3.2.4 Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis

Apesar dos avanços no conhecimento científico e nas estratégias de controle das doenças transmissíveis, que resultaram em expressiva redução da morbimortalidade global, o cenário atual ainda é marcado por heterogeneidade. Enquanto algumas doenças estão parciais ou totalmente controladas — como sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose e hanseníase — outras, como HIV/AIDS, hepatites virais e sífilis, continuam a representar desafios importantes de saúde pública, especialmente no que se refere à sua morbidade e à manutenção de cadeias de transmissão.

Esse panorama é agravado por fatores contemporâneos como:

- Urbanização acelerada;
- Mudanças ambientais;
- Aumento da mobilidade populacional e migrações;
- Vulnerabilidade urbana e desigualdades sociais.

Essas condições facilitam a reintrodução e a disseminação de doenças como dengue, chikungunya e zika vírus, que persistem como ameaças epidêmicas recorrentes no Brasil. Essa combinação de fatores resulta em um perfil epidemiológico dinâmico, consolidando as doenças infecciosas como problemas persistentes e relevantes da saúde pública brasileira.

3.2.4.1 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

As IRAS continuam sendo uma das principais causas de morbimortalidade hospitalar no mundo, impactando significativamente a qualidade do cuidado e os custos dos sistemas de saúde. Essas infecções são adquiridas durante a prestação de serviços de saúde e, em grande parte dos casos, são evitáveis.

Medidas comprovadamente eficazes para a sua prevenção incluem:

- Higienização correta das mãos;
- Processamento adequado de artigos e superfícies;
- Uso racional e correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Práticas seguras de assepsia e antissepsia.

A implementação rigorosa dessas ações está diretamente associada à redução da incidência de IRAS, além de se refletir na melhoria dos indicadores de segurança do paciente e da qualidade assistencial. A Organização Mundial da Saúde considera a prevenção das IRAS uma estratégia prioritária global, especialmente no contexto pós-pandemia de COVID-19 (WHO, 2023).

3.2.4.2 Hepatites Virais

As hepatites virais continuam sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, tanto pela elevada prevalência quanto pelas complicações associadas às formas crônicas, especialmente as hepatites B e C.

- A Hepatite B (HBV) pode ser prevenida por vacinação e, na maioria dos adultos, apresenta soroconversão espontânea. No entanto, casos de transmissão vertical (da mãe para o filho) têm maior risco de evolução para formas crônicas.
- A Hepatite C (HCV) tem maior probabilidade de cronificação, podendo evoluir para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, sendo considerada uma das principais causas de transplante de fígado no Brasil.

Desde a ampliação do acesso ao teste rápido e à descentralização da testagem em unidades básicas de saúde, houve um aumento na detecção precoce dos casos, especialmente nas regiões com maior vulnerabilidade social. Conforme o Plano Estratégico para Eliminação das Hepatites Virais no Brasil 2023-2030, o país tem adotado metas alinhadas às diretrizes da OMS, buscando eliminar as hepatites B e C como problemas de saúde pública até 2030 (BRASIL, 2023).

HEPATITES VIRAIS POR CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA EM IBIPORÃ

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA	2021	2022	2023	2024
Vírus B	02	06	06	01
Vírus C	03	03	06	11
TOTAL DE CASOS	05	09	12	12

FONTE: DATASUS. Indicadores e Dados Básicos das Hepatites nos Municípios Brasileiros. Acesso em 27 de junho de 2024.

3.2.4.3 HIV/AIDS

Ibiporã	104	11	08	10	07	08	07	07	08	06	08	04	04	192
Paraná	34.849	2.200	2.164	2.177	1.914	1.977	1.984	1.900	1.455	1.717	1.848	1.971	907	57.067
Brasil	722.919	43.773	42.533	41.423	39.745	39.028	38.614	38.372	30.689	35.558	37.056	38.000	17.889	1.165.599

FONTE: MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) dados até 30/06/2024; (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

CASOS DE AIDS NOTIFICADOS NO SINAN, DECLARADOS NO SIM OU REGISTRADOS SISCEL/SICLOM, POR ANO, EM IBIPORÃ

CASOS	1980-2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Homens	65	10	02	06	07	05	04	07	05	06	06	02	04	129
Mulheres	39	01	06	04	-	03	03	-	03	-	02	02	-	63
Menores de 05 anos	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Entre 15 e 24 anos	10	02	-	02	-	-	-	02	-	02	-	01	01	20
TOTAL	104	11	08	10	07	08	07	07	08	06	08	04	04	192

FONTE: MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) dados até 30/06/2024; (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

Com base nos dados de casos de AIDS notificados no município de Ibiporã entre 1980 e 30 de junho de 2024, observa-se um total de 192 registros, sendo 129 (67,2%) em homens e 63 (32,8%) em mulheres. A distribuição histórica revela uma concentração significativa de casos no período de 1980 a 2012 (104 notificações), com uma média anual reduzida nos anos subsequentes.

Nos últimos cinco anos (2020 a 2024), os números mantêm-se relativamente estáveis, variando entre 4 e 8 casos anuais, embora os dados ainda sejam preliminares. Em relação à faixa etária, destaca-se a ocorrência de 20 casos entre jovens de 15 a 24 anos, grupo prioritário para ações de prevenção, testagem e promoção da saúde sexual.

A ausência de casos em menores de 5 anos desde 2012 pode refletir os avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV. Contudo, a persistência de notificações indica a necessidade contínua de fortalecimento das estratégias de prevenção combinada e ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno no município

Em um período de dez anos, houve um aumento de 128,6% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2013, registraram-se 1,4 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 3,2/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV.

3.2.4.4 Sífilis

A situação da sífilis no Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reflete um cenário semelhante ao de outros países, com números preocupantes que exigem controle efetivo e vigilância constante. A sífilis adquirida, de notificação compulsória desde 2010, apresentou em 2019 uma taxa de detecção de 72,8 casos por 100 mil habitantes no país.

No mesmo ano, foram observadas ainda:

- Taxa de detecção de sífilis em gestantes: 20,8 casos por 1.000 nascidos vivos;
- Taxa de incidência de sífilis congênita: 8,2 casos por 1.000 nascidos vivos;
- Taxa de mortalidade por sífilis congênita: 5,9 por 100.000 nascidos vivos.

Esses indicadores demonstram um alto grau de transmissão vertical da infecção, apesar da existência de diagnóstico e tratamento eficazes e disponíveis no SUS. Ressalta-se que, assim como no ano anterior, nenhuma Unidade da Federação (UF) apresentou taxa de incidência de sífilis congênita superior à taxa de detecção da infecção em gestantes, o que pode indicar melhorias nos processos de notificação e rastreamento durante o pré-natal.

Contudo, a sífilis congênita ainda representa um desafio importante para o sistema de saúde, especialmente pela sua forte associação com a qualidade

do cuidado pré-natal, a cobertura da testagem, o acesso ao tratamento oportuno da gestante e do parceiro, e a garantia da penicilina benzatina nos serviços.

A análise dos dados de sífilis em gestantes em Ibiporã entre 2005 e 2024 revela um aumento significativo tanto no número de casos quanto na taxa de detecção ao longo do tempo. De 2005 a 2012, foram registrados apenas 9 casos, mas a partir de 2013 observa-se uma tendência de crescimento, com picos importantes nos anos de 2022 (23 casos; taxa de 36,7 por 1.000 nascidos vivos) e principalmente em 2023, com 35 casos e uma taxa alarmante de 55,6 por 1.000 nascidos vivos — a mais alta do período analisado.

Ainda que 2024 apresente apenas 8 casos até junho (dado preliminar), a elevada detecção nos anos anteriores indica uma ampliação do diagnóstico, possivelmente relacionada ao aumento da testagem e da sensibilização das equipes de saúde. No entanto, também pode refletir falhas nas ações de prevenção e no controle da transmissão vertical.

A oscilação da taxa ao longo dos anos reforça a importância de manter estratégias permanentes de rastreamento durante o pré-natal, tratamento oportuno das gestantes e de seus parceiros, bem como ações educativas contínuas para evitar novos casos e desfechos desfavoráveis ao recém-nascido.

CASOS E TAXA DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS POR ANO DE DIAGNÓSTICO. IBIPORÃ - PARANÁ (2005-2024)

Sífilis em Gestantes	2005/2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Casos	09	07	13	16	18	13	16	07	19	18	23	35	08	202
Taxa de detecção	-	9,6	19,0	22,5	24,8	18,5	22,8	10,8	30,4	31,3	36,7	55,6	14,4	-

FONTE: MS/SVSA/DATHI. **NOTAS:** (1) dados até 30/06/2024; (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

Os casos de sífilis congênita em Ibiporã, com base na idade da criança no momento do diagnóstico entre 1998 e 2024, revela que a grande maioria das notificações se concentra nos primeiros sete dias de vida, totalizando 36 dos 42 casos registrados (85,7%). Esse dado sugere que o diagnóstico está sendo realizado ainda na maternidade ou nos primeiros atendimentos neonatais, o que é positivo do ponto de vista da vigilância e intervenção precoce.

A ocorrência de apenas seis casos após os 28 dias de vida e nenhum caso registrado entre 7 e 27 dias ou em faixas etárias mais avançadas reforça a importância da triagem precoce e do acompanhamento adequado no pré-natal. No entanto, o aumento expressivo dos casos a partir de 2022 — com destaque para o ano de 2023 (11 casos) — acende um alerta para possíveis falhas na prevenção da transmissão vertical, seja por diagnóstico tardio, tratamento inadequado da gestante ou ausência de tratamento do parceiro.

Esses achados reforçam a urgência de intensificar as ações de qualificação da assistência pré-natal, vigilância ativa dos casos e educação em saúde para reduzir a incidência de sífilis congênita no município

CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO A IDADE DA CRIANÇA, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, EM IBIPORÃ - PARANÁ (1998-2024)

IDADE DA CRIANÇA	1998/2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Menos de 7 dias	01	-	01	03	-	01	04	01	03	04	04	10	04	36
7 a 27 dias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28 a 364 dias	-	01		01	01	-	-	-	-	-	02	01	-	06
1 ano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 a 4 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 12 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: MS/SVSA/DATHI. **NOTAS:** (1) dados até 30/06/2024; (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

3.2.4.5 Tuberculose

A Tuberculose (TB) continua sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Estima-se que, em 2019, cerca de 10 milhões de pessoas tenham desenvolvido TB, resultando em aproximadamente 1,2 milhão de mortes globais relacionadas à doença. No que se refere ao tratamento, o percentual de sucesso foi de 85% entre os casos novos notificados em 2018, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, em 2020, foram registrados 66.819 casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Ainda em 2019, o país notificou cerca de 4.500 óbitos por tuberculose, resultando em um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes.

No Estado do Paraná, os indicadores refletem uma situação epidemiológica mais favorável em comparação com os demais estados da Região Sul. Em 2020, o estado apresentou:

- Taxa de incidência de 19,0 casos por 100 mil habitantes;
- Coeficiente de mortalidade de 1,4 óbitos por 100 mil habitantes.

No município de Ibiporã, foram confirmados 24 casos de tuberculose em 2024, sendo predominantemente do sexo masculino e de 20 a 59 anos, reforçando a importância da vigilância ativa, do diagnóstico precoce e da adesão ao tratamento diretamente observado (TDO) para o controle da doença no âmbito local.

TUBERCULOSE - CASOS CONFIRMADOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – 2024

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
05 a 09 anos	01	-	01
15 a 19 anos	-	01	01
20 a 39 anos	14	02	16
40 a 59 anos	03	01	04
60 anos e mais	01	01	02
TOTAL	19	05	24

FONTE: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET

3.2.4.6 Hanseníase

Nos últimos anos, a Hanseníase no Paraná vem apresentando uma melhoria de seus indicadores, especificamente no Indicador de Proporção de Cura nos Anos das Coortes caracterizando como efetivas as ações de cuidado na Hanseníase. A seguir, tabela com número de casos novos de Hanseníase de residentes em Ibiporã.

NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NA POPULAÇÃO GERAL EM IBIPORÃ - PARANÁ (2020 A 2024)

CASOS NOVOS	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL

Masculino	01	01	01	02	05	10
Feminino	0	01	01	02	02	06

FONTE: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A análise dos casos novos de hanseníase notificados em Ibiporã entre 2020 e 2024 aponta um total de 16 registros, sendo 10 (62,5%) no sexo masculino e 6 (37,5%) no feminino. Observa-se um aumento progressivo a partir de 2022, com pico em 2024, ano em que foram registrados 07 casos — o maior número no período analisado. Essa tendência pode indicar tanto uma ampliação das ações de busca ativa e diagnóstico, quanto um possível aumento na transmissão da doença no território. A presença contínua de casos ao longo dos anos reforça que a hanseníase ainda representa um problema de saúde pública local, exigindo vigilância constante, ações de educação em saúde e fortalecimento da atenção básica para identificação precoce dos sinais e sintomas.

3.2.4.7 Monitorização das Doenças Agudas (MDDA)

A monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) teve início em 1994, em resposta à sétima pandemia de cólera, cuja introdução no Brasil ocorreu em 1991 e, no estado do Paraná, em 2002. Considerando o risco constante de ocorrência de emergências em saúde pública, associadas a agravos emergentes, reemergentes e inusitados, bem como a facilidade de deslocamento global em curto espaço de tempo, torna-se essencial manter uma vigilância sentinela das Doenças Diarreicas Agudas (DDA).

Essa vigilância tem como objetivo monitorar e analisar a magnitude do agravo, identificar a circulação dos agentes etiológicos, e detectar precocemente a ocorrência de surtos, especialmente os causados por Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). A adoção de medidas de vigilância contínua permite uma resposta oportuna, contribuindo para a prevenção de agravos e a proteção da saúde coletiva.

NÚMERO DE CASOS DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS NOTIFICADOS EM IBIPORÃ - PARANÁ (2020 A 2024)

2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
794	910	2.090	1.815	3.170	8.779

FONTE: SIVEP - DDA.

A análise dos casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) notificados em Ibiporã entre 2020 e 2024 revela uma tendência crescente e preocupante. Em 2020 e 2021, os números foram relativamente baixos (794 e 910 casos, respectivamente), o que pode estar relacionado às medidas sanitárias adotadas durante a pandemia de COVID-19, como o isolamento social, maior higienização e redução da circulação de pessoas.

A partir de 2022, observa-se um aumento expressivo, com mais que o dobro dos casos em relação ao ano anterior (2.090 casos), seguido por 1.815 em 2023 e um novo pico em 2024, com 3.170 notificações — o maior número registrado no período.

Esse crescimento pode estar associado à retomada das atividades presenciais, aumento da vigilância e notificação, ou ainda a fatores ambientais e estruturais, como a qualidade da água, saneamento básico e condições de higiene.

Diante desse cenário, torna-se fundamental o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, educação em saúde, melhoria das condições sanitárias e investigação de possíveis surtos, especialmente em instituições de ensino e locais com maior vulnerabilidade socioambiental.

3.2.4.8 Zoonoses

A interação entre seres humanos e animais exige o desenvolvimento de atitudes conscientes para a manutenção do equilíbrio biológico, social e ambiental entre as espécies. As modificações ambientais resultantes das atividades humanas têm aumentado o risco de exposição a diversas doenças.

Fatores como alterações ambientais — incluindo as mudanças climáticas e a perda da biodiversidade —, somados a mudanças comportamentais e à rápida circulação de pessoas, animais e mercadorias, são determinantes para a ampliação das arboviroses (como Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela,

Oropouche, entre outras) e zoonoses (tais como Leptospirose, Raiva, Hantavirose, Teníase, Cisticercose, Brucelose, Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas).

A deficiência dos serviços de esgotamento sanitário e a inadequada disposição dos resíduos sólidos impactam significativamente o aumento do risco de ocorrência de doenças de veiculação hídrica, infecciosas e parasitárias, além de propiciar condições para a proliferação de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, transmissor da dengue.

A dengue foi considerada erradicada no Brasil até a reintrodução do *Aedes aegypti* em 1967 e da circulação viral em 1981, por meio de uma epidemia no município de Boa Vista – Roraima.

No Paraná, a doença apresenta variações cíclicas, com períodos irregulares e altas incidências em anos epidêmicos. O vetor demonstrou capacidade de adaptação a diferentes condições ambientais, inclusive àquelas anteriormente tidas como desfavoráveis, como variações climáticas extremas, presença de água suja ou salgada e resistência a inseticidas.

O lixo urbano, especialmente o domiciliar, tornou-se um importante criadouro do *Aedes aegypti*, reforçando a necessidade de gestão eficiente dos resíduos sólidos e de políticas públicas voltadas à prevenção e controle de arboviroses.

As notificações de dengue em Ibiporã entre 2014 e 2024 evidenciam um comportamento epidêmico da doença, com ciclos de alta incidência seguidos por períodos de queda. Os anos de 2016, 2019, 2020 e 2023 destacam-se como períodos de surtos significativos, com 1.520, 1.550, 4.726 e 6.195 casos prováveis, respectivamente — sendo 2023 o ano de maior número de notificações no período analisado. Já os anos de 2017, 2018 e 2022 apresentaram baixos registros, indicando interepidemicidade.

Em 2024, foram notificados 2.195 casos, o que mantém o município em alerta para nova escalada. Esse padrão cíclico está relacionado a fatores como a sazonalidade, condições climáticas favoráveis à proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, além da introdução de novos sorotipos e baixas coberturas de controle vetorial.

A elevada carga da doença em determinados anos ressalta a importância de ações contínuas e integradas de vigilância, mobilização comunitária,

controle ambiental e fortalecimento da atenção primária para manejo adequado dos casos e prevenção de formas graves.

DENGUE - NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO EM IBIPORÃ - PARANÁ (2014 A 2024)

ANO 1º SINTOMA	CASOS PROVÁVEIS
2014	513
2015	898
2016	1520
2017	23
2018	06
2019	1550
2020	4726
2021	336
2022	151
2023	6195
2024	2195

FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan Net. Acesso em 01 de agosto de 2025.

A presença do Febre de Chikungunya no Paraná foi confirmada desde 2014, e em 2025 foram registrados 4.912 casos confirmados do agravo, dentro de 9.947 notificações, com um óbito autóctone confirmado no estado. Em Ibiporã, um caso foi confirmado em 2025.

Em 2015, a associação entre infecção por vírus Zika e ocorrência de microcefalia congênita levou à declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Posteriormente, os protocolos de vigilância foram consolidados e continuam vigentes. Apesar da diminuição dos casos ao longo dos anos, o estado do Paraná registrou suspeitas e investigações continuadas. Em Ibiporã, até o momento, não há confirmações de casos de Zika ou microcefalia congênita associados ao vírus.

NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA VÍRUS REGISTRADAS EM IBIPORÃ - PARANÁ, POR ANO DE INÍCIO DOS SINTOMAS (2020 A 2024)

2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
02	03	02	02	02	11

FONTE: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A raiva humana, com letalidade próxima de 100%, continua sendo uma preocupação importante para a saúde pública. Apesar de não haver casos humanos recentes no Paraná, a vigilância permanece ativa, especialmente diante da circulação do vírus entre morcegos e animais silvestres. Entre 2017 e 2023, foram registrados 7.893 atendimentos antirrâbicos humanos no estado, relacionados a agressões por animais potencialmente transmissores como cães, gatos, morcegos e outros mamíferos.

Em Ibiporã, embora não haja registros recentes de exposições classificadas como de alto risco, os protocolos municipais seguem rigorosos, com atuação articulada entre os profissionais da Vigilância Epidemiológica e o Laboratório Central (Lacen-PR), garantindo prontidão no atendimento antirrábico e investigação de qualquer agressão que envolva animais.

NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO, SEGUNDO CONDIÇÃO DO ANIMAL EM IBIPORÃ - PARANÁ, POR (2020 A 2024)

CONDIÇÃO DO ANIMAL	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Sadio	191	192	150	182	157	872
Suspeito	12	34	24	42	40	152
Raivoso	01	01	01	-	-	03
Morto / Desaparecido	27	23	29	44	26	149

FONTE: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

3.2.5 Programa Nacional de Imunização (PNI)

A prevenção e o controle das doenças imunopreveníveis no Brasil decorrem da implantação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), da estruturação do sistema de vigilância epidemiológica e da articulação entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Esses fatores têm contribuído de forma significativa para a redução da incidência de doenças evitáveis por vacina, permitindo que muitas delas estejam atualmente em processo de controle, eliminação ou erradicação.

Além da vacinação de rotina, o município desenvolve diversas ações estratégicas:

- Vacinação de bloqueio para casos suspeitos de doenças imunopreveníveis;
- Campanhas anuais de vacinação, como: Multivacinação; Influenza; Campanhas de seguimento contra o sarampo;
- Monitoramento rápido de cobertura vacinal (MRCV);
- Análise e monitoramento dos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI);
- Manutenção da rede de frio em todos os níveis, garantindo a conservação adequada dos imunobiológicos e assegurando a qualidade dos produtos administrados à população.

Outro componente essencial é o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), implantado no Paraná em 1993, que serve de apoio técnico para a solicitação de vacinas especiais não disponíveis nas salas de vacinação regulares.

Em Ibiporã, as ações de imunização são realizadas por meio de:

- 09 salas de vacinação funcionando rotineiramente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com oferta de todas as vacinas do calendário nacional;
- A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que realiza a aplicação das vacinas antitetânica e antirrábica;
- 02 hospitais do município, sendo que ambos aplicam a vacina contra Hepatite B aos recém-nascidos, e 01 hospital também aplica a vacina BCG.

A execução das ações de vacinação é uma responsabilidade dos municípios, os quais devem planejar estratégias eficazes e assegurar os recursos necessários para o alcance das metas pactuadas junto ao sistema de saúde, garantindo ampla cobertura vacinal e a proteção coletiva da população.

SÉRIE HISTÓRICA COBERTURA VACINAL EM IBIPORÃ - PARANÁ (2010 A 2025)

IMUNOBIOLOGICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
BCG	99%	99%	105%	109%	114%	127%	118%	107%	90%	72%	70%	49%	73%	94%	88%	105%
Febre Amarela	86%	88%	88%	98%	80%	79%	92%	77%	82%	76%	58%	51%	65%	101%	76%	94%
Hepatite A					59%	108%	81%	90%	92%	82%	70%	69%	78%	80%	94%	94%
Hepatite B em crianças até 30 dias					146%	148%	158%	135%	54%	39%	25%	35%	36%	78%	115%	96%
Meningococo C	1%	109%	90%	98%	85%	98%	109%	85%	86%	83%	74%	63%	67%	92%	92%	89%
Meningococo C (1º reforço)				103%	89%	84%	102%	88%	84%	86%	68%	56%	64%	85%	92%	82%
Pentavalente			27%	92%	84%	99%	112%	84%	86%	71%	68%	61%	66%	87%	92%	90%
Pneumocócica	27%	87%	92%	92%	83%	97%	109%	86%	86%	85%	74%	67%	64%	90%	92%	89%
Pneumocócica (1º reforço)				107%	87%	82%	63%	83%	84%	87%	64%	28%	65%	68%	102%	79%
Poliomielite	95%	92%	96%	89%	81%	92%	102%	84%	86%	83%	69%	65%	65%	87%	92%	91%
Poliomielite (1º reforço)				86%	76%	73%	67%	85%	67%	74%	63%	48%	64%	70%	99%	
Rotavírus Humano (VORH)	88%	88%	86%	96%	89%	97%	104%	87%	84%	81%	66%	60%	58%	89%	89%	90%
Tetra Viral (SRC+VZ)				20%	91%	74%	95%	85%	56%	76%	37%		14%			
Tríplice Viral (SRC-D1)	90%	84%	84%	100%	73%	92%	97%	93%	90%	88%	75%	82%	88%	93%	105%	88%
Tríplice Viral (SRC-D2)				62%	91%	80%	95%	87%	88%	82%	59%	53%	64%	70%	98%	93%
Varicela											68%	68%	77%	68%	82%	84%

FONTE: DATASUS/Tabnet/SI-PNI/MS e Painel de Cobertura Vacinal do MS.

A análise das coberturas vacinais entre os anos de 2010 e 2025 revela oscilações significativas no desempenho das ações de imunização no município. Observa-se que o período de 2010 a 2015 foi marcado, em sua maioria, por altas coberturas vacinais, frequentemente superiores a 90% — com destaque para vacinas como BCG, Pentavalente, Poliomielite, Tríplice Viral (SRC-D1 e D2), e Pneumocócica,

que atingiram ou superaram a meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Contudo, a partir de 2016, verifica-se uma tendência de queda progressiva nas coberturas vacinais, com intensificação entre 2020 e 2022 — possivelmente relacionada aos efeitos da pandemia de COVID-19, à hesitação vacinal e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Neste período, imunobiológicos como Hepatite B em crianças até 30 dias, Rotavírus, Poliomielite (reforço) e Tetra Viral apresentaram coberturas alarmantemente abaixo de 70%, comprometendo o controle de doenças imunopreveníveis e ampliando o risco de reintrodução de agravos já controlados.

Especificamente em 2021 e 2022, a maioria das vacinas apresenta coberturas inferiores a 80%, com destaque negativo para a Poliomielite (reforço), Hepatite B, Rotavírus e Meningocócica C (reforço), que chegam a níveis críticos (abaixo de 60%). Apesar disso, os dados de 2023 e a previsão para 2024 e 2025 sugerem uma tendência de recuperação gradual, embora ainda aquém das metas ideais para a proteção coletiva.

Dentre os imunobiológicos com maior estabilidade, destacam-se a BCG, Tríplice Viral D1 e a Pentavalente, que mesmo diante das oscilações, mantiveram-se com coberturas próximas ou superiores a 80% em diversos períodos.

Esse panorama reforça a necessidade de ações estratégicas de vigilância em saúde, como:

- Fortalecimento da busca ativa de não vacinados;
- Ampliação dos horários de funcionamento das salas de vacina;
- Capacitação continuada das equipes de imunização;
- Campanhas de comunicação social para enfrentamento da hesitação vacinal;
- Integração com a Atenção Primária à Saúde para monitoramento sistemático da caderneta vacinal.

Assim, o município deve priorizar, no próximo quadriênio, ações voltadas à retomada das altas coberturas vacinais, com foco especial nas vacinas com

desempenho crítico, assegurando o cumprimento das metas do PNI e a proteção da população contra doenças imunopreveníveis.

Atualmente, o Brasil apresenta circulação do vírus selvagem autóctone do sarampo e da rubéola. Em 2019, foram confirmados 20.901 casos de sarampo no país; em 2020, 8.448 casos; e até maio de 2021, 456 casos já haviam sido confirmados.

Nesse mesmo período (SE 01 a 22), três estados mantinham circulação ativa do vírus: Amapá, Pará e São Paulo, sendo o Amapá o estado com a maior incidência, registrando 56,91 casos por 100 mil habitantes (Boletim Epidemiológico nº 52, julho/2021). No Paraná, após 20 anos sem registros de casos confirmados, o primeiro caso de sarampo foi notificado novamente em 2019 (Boletim Epidemiológico nº 50, SESA/PR, setembro/2020).

Em relação à poliomielite, ainda há circulação do poliovírus selvagem em regiões do continente asiático (Afeganistão e Paquistão) e do continente africano (Nigéria). O último caso de poliomielite registrado no Brasil ocorreu em 1989, e no estado do Paraná, em 1986. Com o objetivo de erradicar a doença, foi implementado um Plano Estratégico Global, que inclui mudanças importantes no esquema vacinal brasileiro a partir de 2016.

A vacinação passou a ser composta por três doses da vacina inativada poliomielite (VIP) aos 2, 4 e 6 meses, e dois reforços com a vacina oral bivalente (VOP), cuja formulação foi modificada de trivalente (tipos 1, 2 e 3) para bivalente (tipos 1 e 3).

A coqueluche, por sua vez, provocou alerta mundial em 2011, afetando todas as faixas etárias, com maior gravidade entre crianças menores de 6 meses, especialmente aquelas com esquema vacinal incompleto ou não iniciado (vacinas Pentavalente ou DTP).

A estratégia mais eficaz para a prevenção da doença inclui:

- Vacinação sistemática de crianças;
- Imunização de gestantes e profissionais de saúde atuantes em maternidades e UTIs neonatais;
- Quimioprofilaxia dos contatos de casos suspeitos ou confirmados.

Em 2024, a coqueluche voltou a circular, principalmente devido à baixa cobertura vacinal. Em Ibiporã, foram confirmados 26 casos em 2024, e 04 em 2025.

A influenza continua sendo um agravo de importância epidemiológica e clínica em Ibiporã, com impacto direto na saúde de grupos vulneráveis como crianças menores de cinco anos, gestantes, puérperas, idosos e pessoas com comorbidades.

A vigilância das Síndromes Gripais (SG) e das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) é realizada de forma contínua no município, por meio de notificação obrigatória e investigação de casos hospitalizados, especialmente durante o período sazonal de maior circulação viral.

NÚMERO DE SRAG COM CONFIRMAÇÃO DE INFLUENZA EM IBIPORÃ - PARANÁ (2023 A 2025)

SRAG confirmado	2023	2024	2025
Ibiporã	02	15	07
Paraná	989	2.603	3.059

FONTE: SESA/PR;

A cobertura vacinal contra influenza segue como desafio. Em 2023, a campanha de vacinação atingiu 45,37% de cobertura entre os grupos prioritários (gestantes, puérperas, idosos, trabalhador de saúde e professor). Já em 2024, até o encerramento oficial da campanha, o município atingiu 55,74% de cobertura vacinal (gestantes, puérperas, idosos e crianças de 6 meses a menores de 6 anos).

Para 2025, a cobertura parcial é de 50,07% para os grupos prioritários (crianças de 6 meses a menores de 6 anos, gestantes e idosos). A hesitação vacinal, o cansaço pós-pandemia e a desinformação continuam sendo barreiras importantes para o alcance da meta.

O município prevê a intensificação de estratégias para ampliar a cobertura vacinal, como ações extramuros, vacinação em horários estendidos e campanhas educativas nas escolas e unidades de saúde.

Também está previsto o aprimoramento da vigilância laboratorial, com fortalecimento da coleta de amostras para diagnóstico diferencial e maior integração

entre os serviços da Atenção Primária e da Vigilância Epidemiológica, especialmente no manejo de surtos e casos graves.

A experiência acumulada nos últimos anos reforça a necessidade de planejamento prévio, resposta rápida a surtos sazonais e fortalecimento da comunicação de risco com a população. A influenza, por seu potencial de agravamento e transmissibilidade, continuará como agravo prioritário para o município no ciclo de planejamento 2026-2029.

3.2.6 Pandemia de Covid-19

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente o sistema de saúde de Ibiporã entre 2020 e 2022, exigindo respostas rápidas e integradas de vigilância, assistência e gestão.

Desde os primeiros casos, o município estruturou uma rede de enfrentamento que incluiu a organização de unidades de referência para atendimento de síndromes gripais, ampliação da testagem (RT-PCR e testes rápidos), notificação e monitoramento de casos, além da articulação com o hospital de referência para manejo de casos moderados e graves.

O pico de notificações e óbitos ocorreu entre 2021 e o início de 2022, período em que a ocupação de leitos hospitalares e a pressão sobre os serviços de saúde atingiram níveis críticos.

O município também enfrentou desafios relacionados à aquisição de insumos, reorganização de fluxos assistenciais e sobrecarga das equipes de saúde, especialmente da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde.

A campanha de vacinação contra a COVID-19, iniciada em janeiro de 2021, representou um marco no controle da pandemia, permitindo a redução progressiva dos casos graves e óbitos. Ibiporã obteve boas coberturas vacinais, resultado de estratégias locais de busca ativa, ampliação de horários de vacinação e ações itinerantes.

No pós-pandemia, os impactos ainda são perceptíveis, com aumento das demandas reprimidas, agravamento de doenças crônicas e sequelas associadas à COVID longa, exigindo reorganização da Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, a pandemia evidenciou fragilidades e fortalezas na estrutura do SUS local, reforçando a importância da vigilância em tempo real, da

comunicação em saúde, da qualificação da força de trabalho e da capacidade de resposta a emergências sanitárias.

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde 2026-2029 incorpora aprendizados da pandemia para fortalecer o sistema de saúde, com foco na vigilância integrada, cuidado longitudinal, estruturação da rede de urgência e emergência, e na capacidade de resposta a eventos de importância em saúde pública.

3.2.7 Resultado

A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis continuam sendo pilares estratégicos para a consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil. A realidade epidemiológica atual, marcada por cenários complexos e dinâmicos, demanda respostas técnicas qualificadas, gestão eficiente e compromisso político com a saúde coletiva.

O enfrentamento das doenças transmissíveis — sejam elas antigas, reemergentes ou emergentes — exige articulação intersetorial, investimento contínuo em infraestrutura, insumos, recursos humanos e informação em saúde.

No contexto municipal, é imprescindível que as ações de vigilância estejam alinhadas aos princípios do SUS, integradas à Atenção Primária à Saúde e estruturadas com base em evidências epidemiológicas locais.

A capacidade de resposta oportuna aos agravos e a manutenção de altas coberturas vacinais dependem da atuação coordenada entre gestão, trabalhadores da saúde e sociedade civil.

Assim, reforça-se a importância de um compromisso político sustentado, que assegure a continuidade das ações, o fortalecimento das estruturas de vigilância e o aprimoramento da qualidade da assistência, visando à proteção da saúde da população e à redução das iniquidades. A saúde pública só se fortalece com planejamento estratégico, decisões baseadas em dados e responsabilidade compartilhada.

3.3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

A Política Municipal de Saúde de Ibiporã tem como finalidade assegurar o direito constitucional à saúde, promovendo a redução dos riscos de

agravos e o acesso universal, equânime e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa política se sustenta nos princípios da integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização do cuidado e gestão participativa, orientando-se por ações preventivas, pela qualificação dos serviços e pela redução das desigualdades em saúde.

A gestão municipal da saúde compreende um processo administrativo contínuo e estratégico, que visa avaliar as necessidades da população e, por meio do gerenciamento de programas, processos e equipes, formular e executar políticas públicas de saúde que garantam a segurança e o bem-estar da população.

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde é composta pela Secretário Municipal de Saúde, Diretoria Adjunta, Diretoria de Vigilância em Saúde, Diretoria da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Diretoria Clínica, Diretoria de Atenção Primária em Saúde e pelas coordenações técnicas alinhadas a Diretorias e aos serviços existentes.

Complementam essa estrutura os setores de Auditoria, Regulação em Saúde, Central de Abastecimento Farmacêutico de Ibiporã (CAFI), Serviço Social, Frotas, Almoxarifado, Planejamento e Logística, Compras e Manutenção. Historicamente, o município de Ibiporã tem cumprido os compromissos assumidos desde o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, consolidando a implantação de serviços e estratégias que buscam o alcance das metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde.

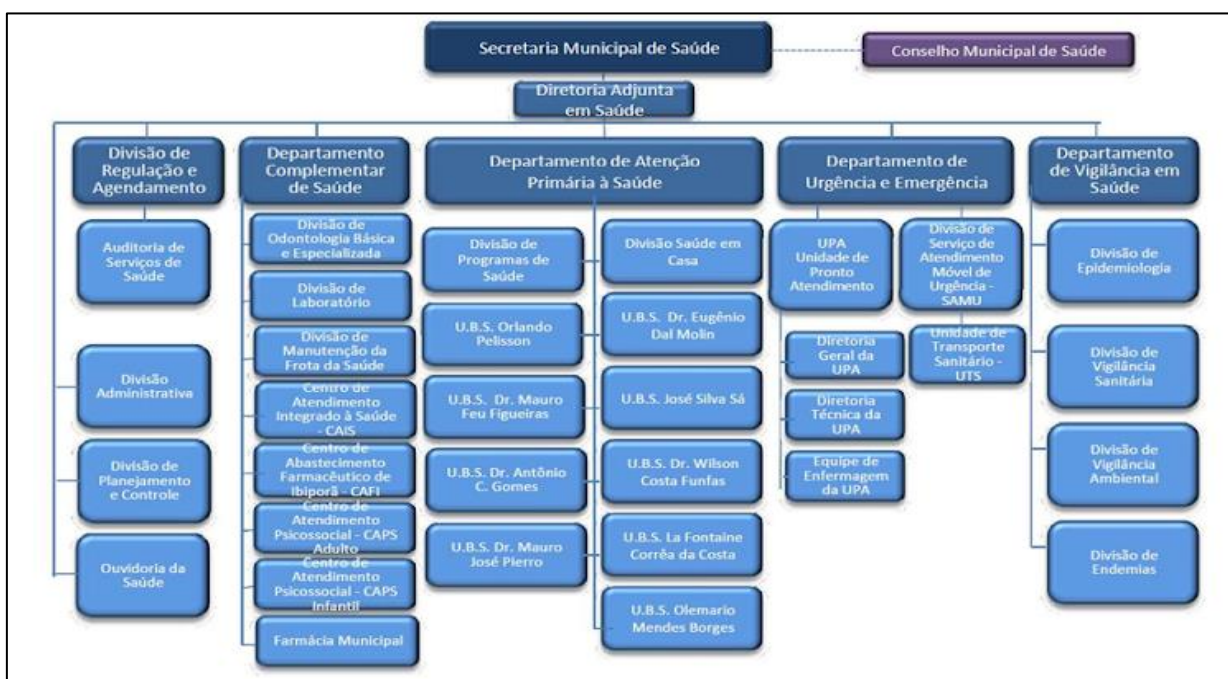
Apesar dos avanços, ainda persistem desafios para o fortalecimento do SUS e para a ampliação e qualificação da atenção à saúde em todos os níveis. Para o próximo quadriênio, o município estabelece como diretrizes estratégicas:

- Aperfeiçoar e fortalecer a gestão municipal do SUS;
- Consolidar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção;
- Analisar e intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde, qualificando as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, do Trabalhador e Laboratorial;
- Fortalecer os processos de educação permanente em saúde e de produção e difusão do conhecimento voltado às necessidades do SUS;
- Ampliar a participação da comunidade e o controle social na gestão municipal da saúde.

O planejamento da gestão inclui a ampliação da oferta de serviços na Atenção Básica, com base na Estratégia Saúde da Família, promovendo nova territorialização, implantação de equipe multiprofissional, criação do Posto de Coleta de Leite Humano como ação de fortalecimento do cuidado materno-infantil e a inserção da Saúde Mental como eixo estruturante na Atenção Primária.

Prevê-se ainda a reestruturação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com novos fluxos e regimentos, além do aprimoramento dos mecanismos de regulação e da implementação de sistemas de informação para a qualificação da gestão. A pandemia de COVID-19 exigiu respostas emergenciais, com ampliação da cobertura vacinal e a inclusão de ações voltadas ao manejo e acompanhamento da Síndrome Pós-COVID. Esse novo contexto reafirma a importância da capacidade de resposta do sistema de saúde frente às emergências sanitárias.

Por fim, destaca-se a importância da análise crítica das propostas oriundas da 15ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 23 de Novembro de 2023. Essas propostas foram avaliadas quanto ao seu grau de execução (realizadas, parcialmente realizadas ou não realizadas), com justificativas técnicas apresentadas em plenária durante a 88ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia 14 de Fevereiro de 2025. As propostas aprovadas (ANEXO I) foram incorporadas ao presente Plano Municipal de Saúde como subsídio para o planejamento do período de 2026 a 2029.



3.4 GESTÃO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Tratando-se de qualidade no serviço de saúde, encontramos os dois pilares mais importantes a Gestão do Trabalho e a Educação Permanente em Saúde. Visto que nas diferentes áreas de atuação da Secretaria de Saúde de Ibiporã existe a necessidade de diminuir o déficit de recursos humanos, a contratação de profissionais deve ocorrer preferencialmente por concurso público, desta forma, reduzindo a rotatividade profissional.

Deste modo é possível gerenciar o fluxo de trabalho, acompanhar e avaliar os processos de trabalho, implementando as boas práticas bem como a integração da equipe, valorizando a participação dos profissionais nas tomadas de decisão, melhorando a qualificação das equipes de trabalho.

O Processo de Trabalho em Saúde tem como finalidade a prestação, com qualidade do cuidado à população. Para tanto, vários processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) foram desencadeados ao decorrer dos anos através de capacitação das Gerências, nos Encontros nas Unidades Básicas de Saúde e nos demais pontos de assistência da Secretaria Municipal de Saúde.

Esses movimentos propiciam a criação de espaços compartilhados, de análise das práticas de cuidado realizadas pelos serviços de saúde do município. E para o encadeamento da Educação Continuada, que se constitui em um processo de aprendizado contínuo e atualizações dos conhecimentos, é imprescindível fortalecer e oportunizar a participação dos trabalhadores em cursos de atualização e capacitação profissional.

Com objetivo de formar parceria para formação de pessoas para o Sistema de Saúde, a secretaria celebra convênios/parcerias para servir de campo de estágio e elaboração de projetos de pesquisa e capacitações. Seguem algumas das parcerias formadas: Escola de Governo de Ibiporã com capacitações voltadas a todos servidores e serviços do município; Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) - capacitações dirigidas aos servidores da APS; CIN – Centro Integrado de Estudantes; Implantação do PlanificaSUS – uma parceria entre município, SESA e Albert Einstein/PROADI-SUS – em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município; Implantação do Projeto de Boas Práticas em Urgência e Emergência na UPA, uma parceria entre município e Beneficência Portuguesa de São Paulo / PROADI-SUS, entre outros.

3.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado em Ibiporã, através da Lei de criação n.º 1.053 de 10 de maio de 1990, alterada pelas Leis N.º 1955, de 29 de setembro de 2.005, n.º 2.293, de 01 de setembro de 2.009 e n.º 2.469, de 16 de junho de 2.011.

A paridade da composição do CMS está em conformidade com a legislação, sendo que 16 membros titulares e 16 suplentes, distribuídos da seguinte forma: oito membros representantes dos usuários do sistema; quatro membros representantes dos trabalhadores de saúde; dois membros representantes da gestão municipal e dois membros representantes dos prestadores de serviço, com seus respectivos suplentes.

Ordinariamente o CMS reúne-se mensalmente, tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada. Para organização das pautas são realizadas reuniões prévias da Mesa Diretora.

Com objetivo de qualificar a participação popular foram promovidos pelo Estado cursos de capacitação de conselheiros e de lideranças comunitárias, bem como viabilizado a participação de representantes e eventos de importância para o desenvolvimento da participação popular no SUS.

A Lei nº. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, sendo responsável por formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, inclusive aspectos econômicos e financeiros, neste contexto o Conselho Municipal de Saúde de Ibiporã, cumpre os seus papéis participativos segundo normativos vigentes.

3.6 OUVIDORIA

A Ouvidoria é uma unidade administrativa integrante do Sistema Único de Saúde, tendo a missão de viabilizar os direitos dos (as) cidadãos (as) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas efetivamente consideradas e tratadas, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

Sua função é intermediar as relações entre os (as) cidadãos (as) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a

formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Em Ibiporã, há Ouvidoria Municipal da Saúde instituída no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, além da Ouvidoria da Prefeitura Municipal.

3.7 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

3.7.1 Vigilância em Saúde

Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A Vigilância em Saúde é uma responsabilidade indelegável do Estado e um componente essencial para proteger a saúde da população, identificando e gerenciando riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

O Brasil conta com uma política que ajuda a proteger a saúde da população de forma ampla e eficiente, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Criada em 2018, é essencial para garantir que doenças sejam prevenidas e controladas em todo o país.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município, e também através de compromissos e responsabilidades pactuadas no Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com incentivo financeiro federal, pelo Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PROVIGIA-PR), com incentivo financeiro estadual e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Salientamos que a Vigilância em Saúde é um conjunto articulado de ações que, com atribuições complementares nas três esferas do Sistema Único de Saúde, analisa a situação de saúde, identifica e controla determinantes, riscos e danos à saúde da população, sob a ótica da integralidade, da prevenção, da atenção e da promoção da saúde, com abordagens individuais e coletivas dos problemas.

Incluem-se neste conceito as ações das seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Endemias, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.7.1.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é um componente essencial da vigilância em saúde e compreende o conjunto de ações sistemáticas destinadas à detecção, monitoramento e análise permanente do perfil de adoecimento da população, com o objetivo de orientar medidas de prevenção, controle e eliminação de doenças e agravos de relevância para a saúde pública.

Por meio do acompanhamento contínuo de indicadores e eventos de saúde, possibilita a identificação de mudanças no padrão de ocorrência de doenças, surtos, epidemias e agravos inusitados, subsidiando a tomada de decisão em tempo oportuno pelas autoridades sanitárias.

As ações da Vigilância Epidemiológica incluem: a notificação, investigação, análise e encerramento de casos; vigilância de óbitos por causas evitáveis; detecção e resposta rápida a surtos e emergências de saúde pública; consolidação e validação de bases de dados; elaboração de boletins e informes técnicos; articulação com as unidades de saúde e com outros setores da gestão municipal; além da educação permanente das equipes para melhoria da qualidade da informação.

A notificação compulsória de doenças e agravos é uma das principais ferramentas de ação da Vigilância Epidemiológica. As doenças de notificação compulsória internacional — conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) — estão obrigatoriamente incluídas nas listas nacionais dos países membros.

No Brasil, a notificação deve ocorrer de forma imediata, preferencialmente em tempo real, utilizando os meios mais rápidos de comunicação disponíveis, em especial nos casos de epidemias, surtos ou agravos de natureza inusitada.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) constitui o principal instrumento para registro e análise dos casos de doenças de notificação compulsória, alimentando a base de dados nacional e permitindo a

produção de análises locais, regionais e nacionais. Outros sistemas também são utilizados, como o SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica, SISCEL, SICLOM, GAL, SIM e SIH, os quais complementam as informações necessárias à vigilância de eventos específicos.

No município de Ibiporã, a Vigilância Epidemiológica também é responsável pela coordenação das ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em parceria com a Atenção Primária. Entre suas atribuições estão o recebimento, armazenamento e distribuição adequada das vacinas; o monitoramento da cobertura vacinal; o planejamento e execução das estratégias de vacinação (rotina, campanhas e ações extramuros); a investigação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV); e o apoio técnico às unidades de saúde.

O objetivo central do PNI é garantir o acesso universal, equitativo e com qualidade às vacinas recomendadas para crianças, adolescentes, adultos, idosos e grupos específicos, com foco na eliminação de doenças imunopreveníveis e na redução das desigualdades em saúde.

A equipe municipal de Vigilância Epidemiológica é composta por profissionais de diferentes formações, incluindo enfermeiro, médico, tecnólogo em gestão pública e técnico de enfermagem, o que permite uma atuação multiprofissional, integrada e resolutiva.

A qualificação contínua da equipe, o uso de tecnologias da informação e a articulação com os demais setores da Secretaria Municipal de Saúde são fundamentais para o fortalecimento da vigilância e a melhoria das respostas em saúde no território.

3.7.1.2 Vigilância Sanitária

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são pautadas na promoção e prevenção da saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Baseado nisso, a Vigilância Sanitária do município de Ibiporã atua principalmente junto aos estabelecimentos, realizando inspeções sanitárias, seja por solicitação da própria empresa ou pelo recebimento de denúncias.

A equipe da vigilância sanitária do município é atualmente composta por técnicos de nível superior (enfermeiro, farmacêutico, médico veterinário, odontólogo, nutricionista), nível técnico (técnico de enfermagem e técnico em vigilância sanitária) e ensino médio (inspetor sanitário e administrativo).

De acordo com a Resolução SESA nº 1034/2020, que define o grau de risco sanitário das atividades econômicas, regulamenta os procedimentos para o licenciamento sanitário no Estado do Paraná e dá outras providências, Ibiporã é classificado como porte III, ou seja, é responsável pela totalidade de ações de Vigilância Sanitária, com exceção das inspeções em fabricantes de produtos para saúde classe de risco I, II, III e IV (alta complexidade), que são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, através da 17ª Regional de Saúde.

O setor de vigilância sanitária é responsável pelas seguintes ações: Inspeções em estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, tais como clínicas e consultórios médicos, odontológicos, instituições de longa permanência, hospitais, salões de beleza, serviços de somato conservação, farmácias, drogarias, laboratórios clínicos, indústrias e distribuidoras de produtos para saúde, cosméticos e saneantes; Inspeção em serviços de alimentos, tais como restaurantes, bares, açougues, fabricantes e distribuidores de produtos alimentícios; Investigação de surtos e acidentes de trabalho; Atendimento a denúncias e reclamações; Controle de zoonoses (raiva); Ação Integrada de fiscalização urbana (AIFU); Controle e liberação de receituários de medicamentos controlados; Análise e aprovação de Projeto Básico Arquitetônico (PBA) para os estabelecimentos de alto risco; Aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) de todos os estabelecimentos de saúde que geram resíduos biológicos (A), químicos (B), comuns (D) e perfurocortantes (E).

3.7.1.3 Endemias

Constitui-se de um corpo técnico detentor de expertise na área relacionada às doenças que são objeto do seu controle, tem como atribuição essencial conhecer o perfil epidemiológico e ambiental das doenças e agravos de transmissão vetorial. Entre as principais atividades, estão: análise de fatores como incidência, autoctonia, distribuição dos casos segundo pessoa, lugar e tempo, detecção precoce de surtos e epidemias, situação e áreas de risco; identificação de

populações vulneráveis; distribuição de vetores e reservatórios; análise de banco de dados; elaboração de relatórios para gestão; planejamento de ações e atividades a serem desenvolvidas, especialmente pelos agentes sanitários; elaboração e atualização de protocolos e documentos técnicos; participação da elaboração de planos de contingência; e capacitação de profissionais de vigilância com base em documentos técnicos e protocolos, assim como os profissionais da saúde com ênfase no diagnóstico e intervenção em tempo oportuno.

O controle de vetores compreende um conjunto de atividades de intervenção ambiental por parte do poder público e principalmente da população para reduzir ou mesmo eliminar as condições favoráveis ao desenvolvimento de vetores de doenças (insetos, aracnídeos, moluscos, etc), tais como *Aedes aegypti*, triatomíneos, flebotomíneos, carrapatos, entre outros.

A principal missão do Agente Sanitário é a de ser capaz de perceber que as questões relacionadas ao meio ambiente estão associadas às condições determinantes e condicionantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Juntamente com a equipe de saúde, é responsável pela proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

DADOS GERAIS	
Número de Imóveis Cadastrados	33.518
Número de Quarteirões	1.107
Número de Pontos Estratégicos	36
FONTE: Formulário de registro de Imóveis/Endemias/SMS	

Diferentes dos Agentes comunitários que trabalham com micro áreas, os agentes de endemias trabalham por localidades e ciclos, assim se consegue realizar a atividade de tratamento em todas as localidades e se completa um ciclo.

3.7.1.4 Vigilância Ambiental

A Vigilância em saúde ambiental constitui-se no conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

As ações da VSA são realizadas de forma sistemática e englobam desde a vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA), a vigilância da qualidade do ar (VIGIAR), o controle de populações de vetores e reservatórios (como roedores, escorpiões e pombos), até a vigilância de populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ) e a avaliação de áreas com risco de desastres naturais ou tecnológicos.

Também fazem parte da rotina da VSA as inspeções ambientais, o monitoramento de áreas de risco, a articulação com Defesa Civil e órgãos ambientais, e o apoio técnico às unidades de saúde na investigação de surtos ou agravos relacionados ao meio ambiente.

A Vigilância em Saúde Ambiental é, portanto, um eixo estratégico na consolidação do conceito de território saudável e sustentável, sendo fundamental para o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde ambiental, além de cumprir papel essencial na prevenção de agravos e na promoção da qualidade de vida da população. O fortalecimento dessa área no âmbito municipal requer investimentos em capacitação técnica, infraestrutura laboratorial, ações intersetoriais e educação ambiental permanente junto à comunidade.

3.7.1.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um conjunto de ações intersetoriais e interdisciplinares voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e redução de riscos e vulnerabilidades no ambiente de trabalho. Visa identificar, monitorar e intervir sobre os fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que impactam a saúde da população trabalhadora, considerando os distintos modelos de desenvolvimento, os processos produtivos e as condições de trabalho vigentes nos diversos setores da economia.

A VISAT atua de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com base em princípios como a equidade, a integralidade da atenção e o controle social. Suas ações envolvem a identificação de ambientes e processos de trabalho de risco, investigação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, análise de notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), articulação com instituições como Ministério do Trabalho, sindicatos e empregadores, além da proposição de medidas de prevenção e controle nos ambientes laborais.

É responsabilidade da VISAT municipal promover, em articulação com outros setores, ações educativas com foco nos direitos trabalhistas, nos riscos ocupacionais e nas medidas de proteção individual e coletiva, buscando ampliar o acesso da população trabalhadora às ações e serviços de saúde. O fortalecimento dessa área exige a qualificação das notificações, ampliação das investigações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e o uso dos dados para subsidiar ações de vigilância, assistência e promoção da saúde nos territórios.

A atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador representa um importante instrumento de justiça social, contribuindo para o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições laborais e para a construção de ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

3.7.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se de um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder às necessidades individuais e coletivas. “São cuidados essenciais da saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a sociedade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento” (ALMA-ATA, 1978).

A Atenção Primária à Saúde é considerada a principal porta de entrada do SUS, e fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes.

Para cumprir essa atuação, deve-se considerar a atenção ao primeiro contato, a qual implica na acessibilidade do serviço pela população, que precisa perceber que o serviço está disponível para atendê-la; longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários; integralidade, compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços os quais necessitam, incluindo as redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais; coordenação (integração) da atenção

com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário (história pregressa).

No município de Ibiporã, instituir a APS como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde tem se mostrado um desafio. Considerando as especificidades regionais quanto à carga de doença e condições socioeconômicas, descritos neste plano, o direcionamento do SUS em Ibiporã inclui também a qualificação do acesso com equidade aos serviços de APS, com oferta que inclua capacidade diagnóstica e que seja resolutiva, e o acolhimento com identificação de necessidades na APS.

Dessa forma, os serviços de saúde devem proporcionar aos usuários a melhor viabilidade para o acesso, atendimento humanizado, buscar a satisfação do usuário, proporcionar vínculo, melhorar as condições e ambiente de trabalho, ressignificar o trabalho de equipe e valorizar os trabalhadores da saúde.

Do ponto de vista da organização funcional, o usuário a partir da Rede de Atenção Básica é referenciado para as demais redes de atenção, e mesmo referenciado a outras redes, o usuário continua vinculado à unidade básica, que pode ser acionada a qualquer momento. No primeiro nível a responsabilidade pela atenção integral é compreendida desde o cuidado com os casos crônicos, crônicos agudizados e as situações agudas propriamente ditas.

No Município de Ibiporã, uma das portas de entrada são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que dentre as suas prioridades está a prestação de serviços à comunidade conforme a adstrição do território, tendo como eixo estruturante a Estratégia Saúde da Família - ESF, que está implantada no município e em 100% das Unidades de Saúde, sendo nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizando-se sete na área urbana e duas na área rural. Nessas unidades de saúde, há 14 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 10 ESF com saúde bucal, credenciados pelo Ministério da Saúde.

Tendo cobertura de atendimento à população de 94,95% realizando as seguintes atividades: visitas domiciliares, cadastro e acompanhamento das famílias, vacinação, curativo, puericultura, planejamento familiar, consultas médicas, consultas odontológicas, palestras, atividades educativas em grupos, etc.

Estimativa de pessoas IBGE/ 2024	55.131	ESF – 14 equipes cadastradas	
		Estimativa. População. Cobertura. ESF	Cobertura Populacional (%):
		51.603	94,95%

FONTE: E-Gestor Atenção Básica – 2024.

3.7.2.1 Estrutura Física: Unidades da Atenção Primária

CNES	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
2727285	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ SILVA SÁ Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA JOÃO BARRETO, 543 – JARDIM PÉROLA Fone: (43) 3178-8479 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
2727293	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ORLANDO PELISSON Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA NILO CAVATONI, S/N – JARDIM BOM PASTOR Fone: (43) 3178-8475 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
2727439	CENTRO DE SAÚDE DR. EUGÊNIO DAL MOLIN Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA PADRE VITORIANO VALENTE, 475 – CENTRO Fone: (43) 3178-8480 Horário funcionamento: 07 ÀS 20 HORAS DUPLA GESTÃO – ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE
2730324	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. ANTONIO CARLOS GOMES Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA RIO DE JANEIRO, 215 – CJ. HENRIQUE ALVES PEREIRA Fone: (43) 3178-8481 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
2730332	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. MAURO FEU FILGUEIRAS Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA APUCARANA, 280 – JARDIM SAN RAFAEL Fone: (43) 3178-8460 HORÁRIO FUNCIONAMENTO: 07 ÀS 19 HORAS
2730340	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. WILSON COSTA FUNFAS Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA POÇO BONITO, 22 – VILA ESPERANÇA Fone: (43) 3178-8470 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
2730391	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PREFEITO MAURO JOSÉ PIERRO Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA LEA, 82 – TAQUARA DO REINO Fone: (43) 3178-8516 Horário funcionamento: 07 ÀS 16 HORAS
2730421	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OLEGÁRIO MENDES BORGES Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: AVENIDA BRASIL, 350 – JARDIM JOHN KENNEDY Fone: (43) 3178-8519 Horário funcionamento: 07 ÀS 16 HORAS
9093826	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAFONTAINE CORREA DA COSTA Tipo de Estabelecimento: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA IBRAHIM PRUDENTE DA SILVA, 2.380 – AGENOR BARDUCCO Fone: (43) 8522 Horário funcionamento: 07 ÀS 18 HORAS

3.7.2.2 Programas de Saúde

3.7.2.2.1 Saúde do Trabalhador

As ações de Saúde do Trabalhador são realizadas nas empresas públicas e privadas do município, são atividades de promoção de saúde: aferição e orientação de pressão arterial; orientações a diabetes; aferição de peso e altura e orientações nutricionais; teste rápido hepatite B e C, sífilis e HIV; palestra sobre saúde da mulher e do homem, infecção sexualmente transmissível (IST)/HIV, tabagismo, alcoolismo, violência doméstica, entre outros e a distribuição de material (folders, cartazes e preservativos).

3.7.2.2.2 Doenças Transmissíveis

As Meningites, Hepatites Virais, Hanseníase, Tuberculose, IST/AIDS, são doenças priorizadas na Atenção Básica. Para todas estas doenças, existe uma estrutura de Vigilância em Saúde com um fluxo definido.

- **Meningites:** Os exames laboratoriais básicos para o diagnóstico de meningite são realizados nos hospitais credenciados do SUS e os exames específicos são encaminhados para o Laboratório Central do Estado.
- **Hepatites virais:** A triagem das hepatites B e C é realizada durante os testes rápidos disponíveis em todas as UBS, e dependendo do resultado são enviados para o LACEN para confirmação de hepatite e tipo de vírus.
- **Hanseníase:** Os exames são realizados no próprio município, com acompanhamento médico centralizado no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS).
- **Tuberculose:** Os exames são realizados no próprio município, com tratamento específico e acompanhamento médico nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com a gravidade e/ou resistência bacteriana, pode ser referenciada ao ambulatório de tuberculose de Londrina.
- **IST/AIDS:** A triagem das hepatites HIV e Sífilis é realizada durante os testes rápidos disponíveis em todas as UBS. O paciente com resultado positivo pode ser acompanhado na UBS (sífilis) ou encaminhado ao Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI).

3.7.2.2.3 Promoção e Prevenção à Saúde

Todos os programas de promoção e prevenção à saúde, mencionados abaixo, são realizados por meio de atividades educativas, desenvolvidas de forma interdisciplinar e/ou intersetorial que envolvem a atenção básica, vigilância à saúde e equipe multiprofissional.

- Programa Saúde na Escola;
- Programa de Tabagismo;
- Programa SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional);
- Programa Bolsa Família;
- Programa do Leite;
- Programa Nacional Suplementação de Ferro;
- Programa SISCAN (Colo de útero e Mama);
- Teste da Mãezinha;
- Teste do Pezinho;
- Testes Rápidos: HIV, sífilis e Hepatite B e C;
- Assistência à Violência.

3.7.2.3 Materiais e Serviços de Saúde de Distribuição aos Usuários

A Secretaria Municipal de Saúde visando na qualidade e integralidade da saúde fornece insumos, materiais e auxílios transporte aos pacientes que cumprem os requisitos mínimos solicitados nos protocolos adotados.

Abaixo listamos os serviços e insumos ofertados à população:

- **Auxílio Transporte:** tem por objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde/SUS prestados fora do município de Ibiporã e também para facilitar o acesso aos pacientes que são acompanhados nos CAPS adulto e infantil.
-

QUANTIDADE DE VALES TRANSPORTES FORNECIDOS (2024)	
PARA USUÁRIOS COM CONSULTAS AGENDADAS PARA LONDRINA	3.070
PARA USUÁRIOS COM CONSULTAS AGENDADAS PARA LONDRINA	8.000
PARA USUÁRIOS DOS CAPS ADULTO E INFANTIL	3.570
TOTAL	14.640
FONTE: Relatórios de base locais.	

- **Tratamento fora do Domicílio (TFD):** o tratamento fora de domicílio é um serviço que permite aos usuários SUS o acesso ao atendimento em saúde que não são disponibilizados no município de origem ou região da qual o usuário pertence, uma vez disponibilizado o atendimento, o Serviço Social faz a concessão das passagens e diárias para o local determinado, conforme legislação que regulamenta o TFD.

PASSAGENS FORNECIDAS AOS USUÁRIOS PARA TFD (ANO 2024)	380
AUXÍLIOS PARA AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO E PERNOITE AOS PACIENTES E ACOMPANHANTES - TFD – ANO 2024	346
FONTE: Relatórios de base locais.	

- **Sonda uretral, frascos e equipos de alimentação:** para pacientes acamados, portadores de doenças crônicas degenerativas ou necessidades especiais, encaminhados das Unidades de Básicas de Saúde e outros serviços como APAE, Asilo, hospitais e outros serviços especializados.

DISPENSAÇÃO DE INSUMOS PARA NECESSIDADES ESPECIAIS - 2024	TOTAL
Sonda Uretral - alívio	10.931
Sonda de Demora -	290
Equipo de Dieta	2.922
Frasco de Dieta	2.672
FONTE: Almoxarifado SMS.	

- **Concessão de óculos:** Fornecimento de órteses oculares para os munícipes através de entrega de receita SUS.

QUANTIDADE DE ÓCULOS FORNECIDOS - 2024	1004
FONTE: CAIS/Agendamento	

- Realização de visitas domiciliares.
- Encaminhamentos para: INSS, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, NASF, CAPS Infantil e adulto, Asilo, Promotoria Pública, Regional de Saúde, Pastorais, e outros serviços.
- Participação de orientações sociais para os usuários do serviço de saúde, sendo parte integrante da secretaria municipal de saúde.
- Programa informatizado de cadastramento de famílias pelo Serviço Social, proporcionando maior agilidade nos atendimentos e a geração de relatório com dados que proporcionem diagnosticar de forma mais adequada o perfil da população atendida e suas demandas por regiões.

3.7.3 Regulação e Auditoria

A Central de Regulação e Auditoria realiza a Regulação dos exames e consultas oriundas das Unidades Básicas de Saúde, onde são atendidas todas as demandas da atenção especializada da Secretaria Municipal de Saúde, bem como a regulação do Transporte Sanitário sendo regulamentado por um fluxo preestabelecido.

Entre elas estão: agendamento de consultas e exames quando realizados em Ibiporã e no município de Londrina; e Auditoria de serviços contratados pela Secretaria de Saúde, AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) e Acompanhamento do Contrato do Hospital Cristo Rei com a Prefeitura Municipal de Ibiporã.

Sabemos que cada vez mais o Ministério da Saúde convoca os municípios para que façam existir o setor de regulação. Exemplo disso é a Portaria n.º 1.559 de 2.008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

3.7.4 Assistência Ambulatorial Especializada

3.7.4.1 Laboratório

O Laboratório Municipal de Ibiporã realiza exames de análises clínicas para apoio diagnóstico nos atendimentos dos pacientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Dentre os exames realizados estão os bioquímicos, como perfil lipídico, hepático, renal, glicose e outros exames como hemograma, parcial de urina, troponina, CPK, CKMB, VDRL.

Para realização de exames que não são feitos pelo laboratório próprio, o município realiza a compra de serviços através de processo licitatório e credenciamento, e também são realizados exames de análises clínicas, através do CISMEDPAR e de credenciamento da Secretaria de Estado da Saúde.

O Laboratório Municipal também realiza a triagem, armazenamento e encaminhamento de amostras de interesse epidemiológico, como COVID-19, arboviroses e sorologias em geral para o Laboratório Central do Estado.

3.7.4.2 Saúde Bucal

O atendimento odontológico responsabiliza-se pelo acompanhamento das demandas da população, garantindo a boa saúde e bem-estar da cavidade bucal. Ordenando o fluxo desde procedimentos simplificados até os de maior complexidade tecnológica.

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, as Unidades Básicas de Saúde contam com o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO de Ibiporã para referência em Prótese Removível, Endodontia, Periodontia, Cirurgias e Diagnóstico de Lesão, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares, Atendimento a Pessoas com Deficiência e Radiologia (radiografias periapicais).

A rede se estrutura a partir da Atenção Primária, com a presença de Equipes de Saúde Bucal em todas as Unidades de Saúde da Família onde são desenvolvidos tratamentos odontológicos e atividades educativas de promoção e prevenção à saúde bucal, com ênfase na atenção aos bebês, crianças e famílias de maior risco e vulnerabilidade.

No âmbito da Rede de Atenção à Saúde Bucal, nossa atuação se baseia na estratificação de risco, com o intuito de priorizar o atendimento daqueles que apresentam maior risco e atividade de doença, além de orientar o planejamento terapêutico de cada paciente. Também damos ênfase a gestantes, crianças, bebês, idosos e pessoas com condições crônicas.

O agendamento odontológico é feito de forma centralizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que conta com uma equipe responsável por marcar consultas para todas as Unidades Básicas de Saúde e para o CEO, utilizando telefone ou aplicativos de mensagens.

As equipes de Saúde Bucal são responsáveis pelo atendimento eletivo, assim como pela promoção, prevenção e educação em Saúde Bucal. Casos de urgência e emergência de todo o município são encaminhados para a unidade de saúde mais central, onde uma equipe exclusiva está disponível para atender nesses

momentos. O serviço também realiza atividades em creches e escolas do município, desenvolvendo ações em conformidade com o Programa Saúde na Escola.

3.7.4.3 Saúde Mental

Saúde mental é o bem-estar de uma pessoa, que permite que ela realize suas atividades normalmente, suporte o estresse do dia a dia, e contribua com a sua comunidade. Ela não depende só do que sentimos, mas também de fatores como nossa saúde física, apoio das pessoas ao nosso redor e as condições em que vivemos.

Sendo assim, influenciada por fatores internos e externos, envolvendo o corpo, as emoções e o ambiente onde estamos. Cuidar da saúde mental é importante para todos, e o Estado tem a responsabilidade de garantir condições dignas de cuidado para toda a população.

No Brasil, as políticas públicas de saúde oferecem serviços de saúde mental através de uma rede chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços têm como objetivo garantir que todas as pessoas tenham acesso a cuidados de qualidade, de forma justa e sem discriminação.

A RAPS inclui principalmente serviços comunitários, que estão próximos das comunidades e trabalham junto com outros profissionais de saúde. O foco é auxiliar as pessoas a se recuperarem, voltarem à vida social e viverem com dignidade, sempre respeitando seus direitos. Essas ações buscam substituir os antigos hospitais por cuidados mais próximos da comunidade, promovendo liberdade e respeito às pessoas com problemas de saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) representam uma estratégia fundamental na rede de atenção à saúde mental, atuando como serviços de cuidado diário e substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Sua missão é oferecer assistência especializada a indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, adotando uma abordagem centrada na territorialidade, ou seja, próxima às comunidades onde esses indivíduos vivem. Regulado pela portaria ministerial GM nº 336/2002, o CAPS conta com uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diversas áreas da saúde, que desenvolvem atividades variadas,

incluindo atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades físicas, arte-terapia e acompanhamento medicamentoso.

Além disso, reconhece-se a importância da participação da família no processo de cuidado, proporcionando atendimentos específicos e acesso ao serviço sempre que necessário. Dessa forma, o CAPS desempenha um papel essencial na promoção da recuperação e reinserção social dos usuários, priorizando uma abordagem integral e humanizada.

O atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser por iniciativa própria, quando o usuário busca diretamente o serviço, ou por meio de encaminhamento proveniente de outros serviços da rede de saúde ou de setores interligados, tais como Assistência Social, Educação, Justiça e demais áreas correlatas. Serviços como Unidade de Acolhimento, Serviço Residencial Terapêutico e Hospitais Gerais requerem, obrigatoriamente, encaminhamento prévio para o início do atendimento.

Ibiporã conta com o CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Cecília Peruco Deliberador que atende o público a partir dos 18 anos, e o CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil Irmã Anália dos Santos (CAPSi), que atende crianças e adolescentes. Os Caps realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo problemas com álcool e outras drogas, proporcionando programas intensivos de tratamento e processos de reabilitação.

Com o intuito de ofertar uma assistência em saúde mental ao usuário no território, contamos com uma Política de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, através de uma equipe interdisciplinar que desenvolve ações por meio de atendimentos individuais e em grupos, atendendo desta forma, a Política Nacional de Saúde Mental realizando ações de matriciamento, prevenção, manutenção e reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico.

3.7.4.4 Centro de Atenção à Saúde (CAIS)

Realiza atendimentos nas especialidades de cardiologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Realizam os seguintes atendimentos: agendamento de consultas e retornos, Eletrocardiograma para atendimentos das consultas cardiológicas, coleta de exames laboratoriais, pequenas

cirurgias, coleta de biópsias, lavagem otológica, acompanhamentos de pacientes portadores de Hanseníase.

Encaminhamentos para serviços de alta complexidade, Hospital Cristo Rei (HCR) nas especialidades de ortopedia, Hoftalon, Instituto do Câncer de Londrina (ICL) dentre outras.

3.7.4.5 Centro de Saúde Dr. Eugênio Dal Molin

Realiza os atendimentos no município referentes ao ambulatório de fisioterapia, fonoaudiologia, acupuntura, saúde mental com atendimentos de psicologia individual e grupos, consultas de psiquiatria, nutricionista com atividades individuais e coletivas, agenda programada para realização de eletrocardiograma de caráter eletivo na APS. Realização de cardiotocografia, conforme solicitação médica.

3.7.4.6 CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

A referência no atendimento de média complexidade ambulatorial para o município de Ibiporã é o CISMEPAR - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARANAPANEMA - CISMEPAR, que garante o atendimento às consultas especializadas e os exames mais complexos aos usuários da 17ª Regional de Saúde com contrapartida da Secretaria de Estado da Saúde, o município de Ibiporã é Consorciado ao CISMEPAR e tem formalizado Contrato de Rateio com o objetivo de ratear as despesas do CONSÓRCIO entre os entes CONSORCIADOS.

O município tem outro contrato formalizado com o CISMEPAR, para atender os exames de apoio diagnóstico e potencialização da oferta dos serviços de saúde na atenção especializada, como complemento ao atendimento de atenção básica e média complexidade ambulatorial, de consultas especializadas e exames de raio-x, ultrassonografias, endoscopias, colonoscopias, ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e outros exames, mais complexos solicitados nas Unidades de Saúde do Município e rede referenciada.

3.7.4.7 Alta Complexidade

Para atendimentos ambulatoriais, exames, terapias e internações de maior complexidade a rede de referência é em Londrina e região, garantida pelo Estado.

3.7.4.8 Estrutura Física

ESTRUTURA FÍSICA - UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICAS ESPECIALIZADAS	
CNES	UNIDADES DE SAÚDE
2727439	CENTRO DE SAÚDE DR. EUGÊNIO DAL MOLIN Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA Endereço: RUA PADRE VITORIANO VALENTE, 475 – CENTRO Fone: (43) 3178-8480 Horário funcionamento: 07 ÀS 20 HORAS
3703932	CAPS INFANTIL IRMÃ ANÁLIA DOS SANTOS Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL Endereço: RUA SÃO VICENTE DE PAULA, 215 – CENTRO Fone: (43) 3178-8482 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
5209285	CAPS I - CECILIA PERUCO DELIBERADOR Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL I Endereço: RUA FRANCISCO CÂNDIDO PEREIRA, 22 – JARDIM BELTRÃO Fone: (43) 3178-8477 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
3703908	CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DR. ELISIO VIEIRA DE ALMEIDA Tipo de Estabelecimento: CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Endereço: Avenida Santos Dumont, 132 - Centro Fone: (43) 31788162 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS

6660894	CAIS - CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Tipo de Estabelecimento: CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Endereço: RUA FRANCISCO CÂNDIDO PEREIRA, 45– JARDIM BELTRÃO Fone: (43) 3178-8478 Horário funcionamento: 07 ÀS 17 HORAS
7347685	LABORATORIO MUNICIPAL DE IBIPORÃ Tipo de Estabelecimento: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) Endereço: RUA GETÚLIO VARGAS, SALA 04. ESQUINA COM A RUA SERAFIM NUNES DINIZ - CENTRO Fone: (43) 3178-8472 Horário funcionamento: 07 ÀS 19 HORAS

FONTE: <http://cnes.datasus.gov.br> / Secretaria Municipal de Saúde – 2024.

ESTRUTURA FÍSICA – PRESTADORES DE SERVIÇOS SUS UNIDADES DE SAÚDE PRIVADAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
CNES	UNIDADES DE SAÚDE
2729687	LABORATORIO CARLOS CHAGAS
2729733	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA
4217802	LABORATORIO CARVALHO
6661750	LAB IMAGEM POSTO DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS
7105517	AEROMEDICA CLINICA MEDICA E ODONTOLOGIA LTDA
9230386	IMAGEM RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLOGICA

FONTE: CNES - Secretaria Municipal de Saúde – 2024

3.7.4.9 Produção Ambulatorial

PRODUÇÃO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS – ANO 2024		
GRUPO PROCEDIMENTO	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – ANO 2024	
	QTD. APROVADA	VALOR APROVADO
01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE	2.473	0
02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	128.250	R\$ 1.335.876,05
03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	361.497	R\$ 1.971.321,37
04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	1.496	R\$ 30.127,14
05- TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS	0	0
06 – MEDICAMENTOS	0	0
07 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS	788	R\$170.975,00
08 - AÇÕES COMPLEMENTARES DA ATENÇÃO À SAÚDE	0	0
TOTAL	1.281.716	3.366.807,87
FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS) E SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS) - DATA DA CONSULTA: 06/08/2025.		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CENTRO DE SAÚDE DR. EUGÊNIO DAL MOLIN (2024)	
CONSULTA PROFISSIONAL EM NÍVEL SUPERIOR - SETOR DE FONOAUDIOLOGIA	2.863
CONSULTA PROFISSIONAL EM NÍVEL SUPERIOR - SETOR DE PSICOLOGIA	3.688
SESSÕES DE FISIOTERAPIA - SETOR DE FISIOTERAPIA	10.018
SESSÕES DE ACUPUNTURA	2.074
TOTAL	18.643
FONTE: RELATÓRIOS DE BASE LOCAL – SISTEMA DE GERENCIAMENTO LUCEDATA	
NÚMERO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS REALIZADOS – ANO 2024	
LABORATÓRIO MUNICIPAL	
TOTAL DE EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS REALIZADOS EM 2024	90.028
LABORATÓRIOS PRIVADOS CONTRATADOS PELA PREFEITURA DE IBIPORÃ, ATRAVÉS DE CREDENCIAMENTO – VALOR TABELA SUS, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS PELAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.	
TOTAL DE EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS REALIZADOS EM 2024	155.373
LABORATÓRIO PRIVADO CONTRATADO PELA PREFEITURA DE IBIPORÃ, ATRAVÉS DE PROCESSO LICITATÓRIO, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS NÃO PREVISTOS NA TABELA SUS.	
TOTAL DE EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS REALIZADOS EM 2024	1.187
LABORATÓRIOS PRIVADOS CREDENCIADOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE QUE REALIZA EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS PELAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO – ANO 2024	
TOTAL DE EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS REALIZADOS EM 2024	8131
TOTAL	254719

CONTRATO COM O CISMEPAR ATRAVÉS DE DISPENSA DE LICITAÇÃO PARA POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (2024)	
EXAMES	TOTAL
EXAMES DE ANATOMO PATOLÓGICO	2.622
EXAMES DE RAIOS-X147	8.353
EXAMES DE ULTRA-SONOGRAFIA	19.677
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	25
EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	494
COLONOSCOPIAS	700
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIAS	1.480
RETIRADA DE PÓLIPOS DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	0
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	33.351

ESPECIALIDADES MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS OFERTADOS PELO CISMEPAR ATRAVÉS DO TETO DO CONTRATO DE RATEIO (2024)			
ESPECIALIDADES MÉDICAS			
ACUPUNTURA	191	ORTOPEDIA	27
ALERGIA E IMUNOLOGIA	12	ORTOPEDIA COLUNA	11
ANGIOLOGIA	268	ORTOPEDIA PÉ	0
CARDIOLOGIA	516	ORTOPEDIA JOELHO	28
CARDIO INFANTIL	85	ORTOPEDIA OMBRO	0
CIRURGIA GINECOLÓGICA	60	OTORRINOLARINGOLOGIA	99
DERMATOLOGIA	647	OBSTETRÍCIA	90
DOENÇAS CLÍNICAS-APAR DIGEST	5	OUVIDORIA	4
ENDOCRINOLOGIA	97	PEDIATRIA	79
ENDOCRINOLOGIA – INFANTIL	33	PEDIATRIA-TDAH	0
FISIOTERAPIA	97	PNEUMOLOGIA	381

FISIOTERAPIA MH	20	PNEUMOLOGIA INFANTIL	35
GASTROENTEROLOGIA	41	PREVENTIVO DE PRÓSTATA	182
GINECOLOGIA	48	PSICOLOGIA	113
GINECOLOGIA CLIMATÉRIO	7	PSIQUIATRIA	1
HEMATOLOGIA	91	RADIOLOGIA	533
MOLÉSTIA INFECCIOSA HEPATITE	48	REDE DE ATENÇÃO – IDOSO- ENF	47
NEFROLOGIA	118	REDE DE ATENÇÃO-IDOSO- FARM	17
NEUROCIRURGIA	0	REDE DE ATENÇÃO-IDOSO- GERIA	56
NEUROLOGIA	147	REDE DE ATENÇÃO-IDOSO-A SOC	38
NEURO-PEDIATRA	62	REUMATOLOGIA	114
NEUROLOGIA CEFALÉIA	26	RISCO CIRÚRGICO	16
OFTALMOLOGIA	929	UROLOGIA	448
EXAMES E PROCEDIMENTOS			
ANÁTOMO	651	ENDOSCOPIA	40
BIOQUIMICO	1131 9	MAMOGRAFIA	167
COLAGENOSE	51	PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO	101
COLPOSCOPIA	123	RADIOLOGIA	533
CURATIVO DE OUVIDO	0	USG DOPLER	18
ECOCARDIOGRAMA	215	ULTRASSONOGRAFIA	153 9
ELETROCARDIOGRAMA	413		

3.7.5 Assistência Hospitalar

A Atenção Hospitalar é de responsabilidade da Gestão Estadual, realizada no município através do Hospital Cristo Rei (Entidade Filantrópica) que atende aos usuários do SUS, faz atendimentos de urgência/emergência e internações.

O Hospital Cristo Rei conta com 103 leitos, 63 são leitos SUS, realiza atendimentos de pacientes de Ibiporã e de outros municípios da 17ª RS, Ibiporã sendo Sede de Microrregião, sendo pactuado atendimento hospitalar com municípios que fazem parte desta micro, através de contratualização firmada com a Secretaria de Estado da Saúde, com metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no POA - Plano Operativo Anual e contrato do HOSPSUS para atendimento ambulatorial, urgência emergência, cirurgias e internações hospitalares.

Como forma complementar para o atendimento da população do município, definindo a inserção na rede regionalizada e hierarquizada, o município contrata serviços assistenciais em especialidades médicas no complexo hospitalar e ambulatorial e em atendimentos de urgência e emergência, nas especialidades de ginecologia/obstetrícia e pediatria, com plantões presenciais de 24 horas todos os dias da semana, plantões à distância nas especialidades de anestesiologia, ortopedia e cirurgia geral / gastroenterologia, e atendimento ambulatorial presencial 4 (quatro) horas/dia, de segunda a sexta-feira nas especialidades ortopedia e cirurgia geral / gastroenterologia.

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO (2024)	
INTERNAÇÕES POR CARÁTER ATENDIMENTO E ANO PROCESSAMENTO – MUNICÍPIO IBIPORÃ	
CARÁTER ATENDIMENTO	PERÍODO: 2024
ELETIVO	772
URGÊNCIA	4.879
TOTAL	5.651
FONTE: Serviços de Processamento de Dados - Ministério da Saúde - Hospital Cristo Rei.	

INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO SUBGRUPO PROCEDIMENTOS (2024)	
MUNICÍPIO: 410980 IBIPORÃ	
SUBGRUPO PROCED.	2024
0301 CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	626
0303 TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)	3001
0304 TRATAMENTO EM ONCOLOGIA	16
0305 TRATAMENTO EM NEFROLOGIA	122
0308 TRATAMENTO DE LESÕES, ENVENENAMENTOS E OUTROS, DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS	157
0310 PARTO E NASCIMENTO	182
0401 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA	27
0403 CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO	128
0404 CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO	0
0406 CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	84
0407 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	370
0408 CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	427
0409 CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	178
0410 CIRURGIA DE MAMA	0
0411 CIRURGIA OBSTÉTRICA	230
0412 CIRURGIA TORÁCICA	1
0413 CIRURGIA REPARADORA	11
0415 OUTRAS CIRURGIAS	90
0503 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	1
TOTAL	5.65 1
FONTE: Serviços de Processamento de Dados - Ministério da Saúde - Hospital Cristo Rei.	

ATENDIMENTOS PRESTADOS PELO HOSPITAL CRISTO REI ATRAVÉS DO CONTRATO COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ (2024)	
PEDIATRIA – PLANTÃO PRESENCIAL 24 HORAS	14.826
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA – PLANTÃO PRESENCIAL 24 HORAS	2.557
ORTOPEDIA - PLANTÃO A DISTÂNCIA 24 HORAS + AMB. DE CONSULTAS ELETIVAS	4.360
CIRURGIA GERAL/GASTRO - PLANTÃO A DISTÂNCIA 24 HORAS + AMB. DE CONSULTAS ELETIVAS	3.135
TOTAL	24.878
FONTE: Serviços de Processamento de Dados - Ministério da Saúde - Hospital Cristo Rei.	

3.7.6 Unidade de Transporte Sanitário

O Transporte Sanitário é caracterizado como aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para a realização de procedimentos de caráter eletivo, previamente regulados e agendados, sem caráter de urgência. Esse transporte pode ocorrer tanto no município de residência quanto em outros municípios das regiões de saúde de referência, conforme pactuações estabelecidas.

Sua regulamentação está fundamentada na Portaria de Consolidação nº 3/2017, que organiza as normas sobre a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e na Resolução CIT nº 23/2017, que dispõe sobre os princípios e diretrizes para a integração regionalizada das redes de saúde (BRASIL, 2017 e CIT, 2017).

É utilizado de veículos de passeio como vans, ônibus e carros para transporte de pacientes. Para pacientes que necessitem de transporte em decúbito horizontal que não apresentam risco, é utilizado a Ambulância de Simples Remoção (Tipo A), definida como veículo destinado ao transporte de pacientes, sendo utilizada para remoções simples e de caráter eletivo.

Essa definição está embasada na Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e na Resolução COFEN nº 713/2022, que estabelece parâmetros para a atuação dos profissionais de enfermagem no transporte de pacientes.

O Transporte Sanitário Eletivo é destinado ao deslocamento de usuários do SUS para a realização de procedimentos de caráter eletivo previamente agendados e regulados. A organização e a execução desse serviço devem observar as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica; pela Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que trata da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; pela Portaria nº 2.214, de 31 de agosto de 2017, que aborda a estruturação das Redes de Atenção à Saúde; e pela Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo.

Conforme determina o Art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.563, de 3 de outubro de 2017, considera-se Transporte Sanitário Eletivo o veículo destinado ao deslocamento programado de pessoas para a realização de procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observando-se os seguintes aspectos:

1. Deve ser utilizado exclusivamente em situações previsíveis de atenção programada, com a realização de procedimentos previamente regulados e agendados, sem urgência, e realizado por veículos tipo lotação, conforme especificações disponíveis no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM);
2. Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento e/ou de transporte em decúbito horizontal;
3. Aplica-se ao deslocamento programado, seja no próprio município de residência, seja em outro município localizado nas regiões de saúde de referência, conforme pactuações regionais previamente estabelecidas.

O município de Ibiporã dispõe de um setor estruturado de transporte sanitário, responsável pelo deslocamento de pacientes para consultas, exames, cirurgias, altas hospitalares, internações e outros procedimentos eletivos. Este serviço é destinado aos munícipes de Ibiporã, proporcionando o transporte para cidades vizinhas, como Londrina, Cambé, Rolândia e Arapongas, bem como para localidades mais distantes, como Arapoti, Faxinal, Campo Largo e outras cidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). O transporte é realizado por uma frota

diversificada, composta por carros, vans, ônibus e ambulâncias, adequando-se às necessidades específicas de cada paciente.

Ademais, o município conta com duas ambulâncias adicionais para dar suporte ao SAMU local, as quais são destinadas ao atendimento de ocorrências reguladas via central de leitos de pacientes estáveis, sem caráter de urgência (transferências). Isso permite que a ambulância do SAMU fique disponível para atender casos de maior gravidade dentro do município, garantindo sua prontidão.

Esta estruturação da organização do trabalho é um diferencial para a cidade, assegurando a pronta disponibilidade de serviços para atendimentos emergenciais e otimizando o atendimento de pacientes que necessitam de transferências e outros cuidados menos urgentes, contribuindo para a eficiência e qualidade do sistema de saúde municipal.

O Serviço de Transporte Sanitário Eletivo Municipal tem como objetivo atender às demandas de caráter eletivo dos munícipes de Ibiporã, visando assegurar a continuidade de seu tratamento e garantir o transporte entre os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para aqueles que estejam impossibilitados de serem removidos em transporte comum. Este serviço é destinado, especialmente, a pacientes que:

1. Apresentem quadro de mobilidade nula ou reduzida, seja de forma permanente ou temporária, que dificulte sua locomoção;
2. Apresentem quadro saúde que necessite de recursos específicos como uso de oxigênio;
3. Sejam encaminhados pelo município de Ibiporã para outras instituições fora do município, a fim de realizar procedimentos médico-terapêuticos eletivos previamente agendados, conforme pactuação estabelecida.

O transporte oferecido destina-se a dois grupos de pacientes:

- Pacientes eventuais – aqueles que necessitam de deslocamento para consultas esporádicas, sem uso regular do serviço.
- Pacientes permanentes – aqueles que realizam tratamento ou acompanhamento de longo prazo devido a condições crônicas.

O objetivo do transporte é garantir a continuidade do tratamento para pacientes que precisam de deslocamento

regular para procedimentos médicos e terapêuticos, assegurando que suas necessidades específicas sejam atendidas de forma adequada.

Serviços para pacientes eventuais:

- Exames clínicos;
- Internação cirúrgica;
- Internação clínica;
- Fisioterapias;
- Consultas e avaliações com profissionais da área da saúde;
- Internação clínica especializada/mental/dependência química;
- Alta de internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas em outros municípios;
- Transporte de mães que necessitam amamentar recém-nascidos internados.

Serviços para pacientes permanentes e cadastrados:

- Hemodiálise;
- Quimioterapias;
- Radioterapias;
- Fisioterapia.

Embasamento Legal:

- Constituição Federal de 1988, art. 196 e 198.
- Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).
- Portaria MS nº 55/1999 – Tratamento Fora do Domicílio (TFD).
- Portaria MS nº 3.124/2006 – Critérios para transporte sanitário.
- Resolução CONTRAN nº 211/2006 – Padronização de veículos de transporte.
- Decreto nº 1.232/1994 – Regulamenta o TFD no âmbito do SUS.
- Portaria GM/MS nº 2.047/2002 – Diretrizes para concessão de TFD.

3.7.6.1 Equipe Técnica e Operacional da UTS

A UTS conta com:

- Uma enfermeira, coordenadora do setor;
- Um técnico de enfermagem operacional, que também presta apoio aos transportes quando necessário e cobertura de escala de férias;
- Quatro técnicos de enfermagem atuantes na ambulância de remoção tipo A;
- Treze condutores que fazem as agendas diárias (Ibiporã, Londrina e Arapongas/Cambé/Rolândia) e condutores que tripulam as ambulâncias de remoção tipo A;

3.7.6.2 Frota da UTS

A UTS conta com:

- 05 ambulâncias básicas
- 01 ambulância básica reserva
- 02 micro-ônibus com 25 lugares cada;
- 01 ônibus rodoviários com 31 lugares;
- 01 van com acessibilidade para 3 cadeiras de rodas + 6 assentos
- 01 van com acessibilidade para 2 cadeiras de rodas + 9 assentos
- 01 van sem acessibilidade com 17 assentos
- 03 vans sem acessibilidade com 15 assentos
- 01 carro de passeio com 4 assentos

3.7.6.3 Número de Transportes Agendados

O número de transportes de pacientes agendados para Ibiporã, Londrina e Região segue constatar na tabela a seguir com referência de 2024. Do mesmo modo, a locomoção dos usuários que necessitam de hemodiálise e fora do domicílio.

NÚMERO DE TRANSPORTES REALIZADOS – ANO 2024	
TRANSPORTE	QUANTIDADE DE PESSOAS TRANSPORTADAS
TRANSPORTES NO MUNICÍPIO (CAPS, UBS, CAIS, CEO)	1.970
TRANSPORTES PARA LONDRINA	4.395
TRANSPORTES COM AMBULÂNCIA PARA IBIPORÃ, LONDRINA E REGIÃO	3.185
TRANSPORTES PARA HEMODIÁLISE (3 VEZES POR SEMANA)	4.212
TRANSPORTES FORA DO DOMICÍLIO (VIAGENS PARA CURITIBA, ARAPOTI, SANTA MARIANA E OUTRAS CIDADES)	817 (setembro a dezembro)
TOTAL DE PACIENTES	14.579

Abaixo, segue tabela detalhada dos atendimentos realizados de ambulância, que compreende:

- Alta hospitalar: retorno para domicílio de pacientes acamados ou que necessitem de transporte horizontal, bem como com necessidades especiais como uso de oxigênio;
- Atendimentos eletivos: transporte de pacientes acamados para exames, consultas, procedimentos, entre outros, previamente agendados em dias úteis;
- Prestação de socorro: atendimento emergencial prestado em via pública ou no domicílio, realizado em apoio ao SAMU, nas seguintes situações: quando o serviço encontrava-se previamente empenhado em outra ocorrência e, portanto, indisponível no momento do chamado; ou ainda, em casos em que a ambulância, durante o deslocamento, deparou-se com acidentes ou situações críticas que exigiam intervenção imediata;
- Regulados: refere-se aos casos de pacientes que encontram-se em unidade de saúde (HCR, UPA, UBS, etc) que necessitam de encaminhamento para hospital de referência terciária ou avaliação de especialidade médica, mediante regulação realizada via Central de Leitos, das 7h às 00h.

TIPO DE TRANSPORTE	Nº DE TRANSPORTES
ALTA HOSPITALAR	395
ATENDIMENTOS ELETIVOS	436
PRESTAÇÃO DE SOCORRO	119
REGULADOS	2235
TOTAL	3.185

O setor de transporte sanitário enfrenta desafios que comprometem a eficiência e a qualidade do serviço prestado. Entre as principais dificuldades, destaca-se a ausência de cancelamento prévio por parte de pacientes que não comparecem aos agendamentos, o que resulta no deslocamento desnecessário dos condutores até os endereços informados.

Soma-se a isso a comunicação tardia de viagens para outras cidades — destinadas a consultas, exames, cirurgias e internações psiquiátricas — que, muitas vezes, são informadas sem a antecedência necessária, exigindo reprogramações urgentes para atendimento dentro dos prazos estabelecidos, especialmente nos casos de internações com horário limite para apresentação do paciente.

Outro entrave significativo é a inexistência de um sistema de abastecimento prático, como o uso de cartão corporativo, o que obriga os condutores a dependerem de processos de adiantamento financeiro que, mesmo em sua forma mais ágil, podem levar de três a quatro dias para serem concluídos, inviabilizando respostas rápidas às demandas emergenciais.

Além disso, há carência de veículos de passeio (automóveis de porte baixo), dispondo-se atualmente de apenas um, o que implica no empréstimo frequente de veículos de outros setores, o que limita a flexibilidade do transporte para atendimentos que não demandam ambulância.

Diante do exposto, espera-se que os apontamentos aqui apresentados possam ser devidamente analisados e incorporados às ações de planejamento e gestão, de modo a viabilizar melhorias no funcionamento do setor. A adoção dessas medidas visa não apenas à otimização dos processos operacionais,

mas também à qualificação do atendimento prestado à população, sempre considerando os recursos e as possibilidades existentes na administração pública.

3.7.7 Assistência Farmacêutica

A Assistência farmacêutica está dividida em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. O Componente Básico é de responsabilidade do município e possui financiamento Tripartite, e está regulamentado pelo artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

O governo federal realiza, mensalmente, o repasse de recursos financeiros aos municípios ou estados, com base na referência populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019 e no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos: IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano. IDHM baixo: R\$6,00 por habitante/ano. IDHM médio: R\$5,95 por habitante/ano. IDHM alto: R\$5,90 por habitante/ano. IDHM muito alto: R\$5,85 por habitante/ano.

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica também é de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios: Estados: no mínimo, R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano. Municípios: no mínimo, R\$2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano.

Estes recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos e insumos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes nos Anexo I e IV da RENAME vigente, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes, constantes no Anexo IV.

O cálculo para o valor anual do recurso Cbaf dos valores da contrapartida é realizado multiplicando o valor per capita de acordo com a classificação do IDHM pelo número de habitantes do município, conforme referência populacional.

À Secretaria de Saúde cabe as seguintes responsabilidades: coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito, definir a relação municipal de medicamentos essenciais, assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e o seu suprimento, e, adquirir, além dos produtos destinados à

atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município.

A CAFI é responsável por grande parte do Ciclo da Assistência Farmacêutica, que vai desde a seleção, programação, aquisição, distribuição às Unidades de Saúde Municipais e dispensação de medicamentos controlados, medicamentos complementares e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Efetua as aquisições dos medicamentos via Consórcio Paraná Saúde e também por meio da realização de Pregões Eletrônicos. As dispensações dos medicamentos básicos aos usuários ocorrem nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

A REMUME municipal, com acesso no site da prefeitura, conta com aproximadamente 186 itens, entre medicamentos para distribuição gratuita e medicamentos de uso interno das Unidades, e também existe uma lista de Medicamentos Complementares, que amplia o acesso dos usuários aos medicamentos de acordo com critérios definidos e aprovados em CMS.

Além da dispensação dos medicamentos básicos, o município também realiza a dispensação de medicamentos estratégicos: Programa de Tabagismo, Toxoplasmose, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites virais, Talidomida, Febre Maculosa, Covid 19, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Influenza; medicamentos do CEAF; medicamentos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro; Insulinas e Insumos para diabetes; Medicamentos da Saúde Mental; Fórmulas e Suplementos alimentares e Insumos para ostomias.

Dentre os desafios a serem superados, estão a melhoria da estrutura física da CAFI/Farmácia Municipal, melhorias nos processos licitatórios internos, adequações do sistema de gerenciamento de medicamentos e oferta/ampliação do Cuidado Farmacêutico.

3.7.8 Assistência em Urgência e Emergência

3.7.8.1 SAMU e UTS

Conta com uma ambulância básica, acessada pelo número "192" e acionada pela Central de Regulação das Urgências localizada em Londrina, e uma ambulância do Município (UTS – Unidade de transporte saúde) para transporte de

pacientes. Quando necessário é deslocada a Unidade Avançada do SAMU da base de Londrina para fornecer apoio no atendimento mais complexos e fazer o transporte do paciente para hospital terciário onde foi regulado o paciente.

3.7.8.2 UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas

Realiza o atendimento pré-hospitalar, num primeiro nível de atenção, aos portadores de quadro agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possam levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo acolhimento, atendimento e transporte adequado.

TOTAL DE ATENDIMENTOS DO SAMU IBIPORÃ (SUPORTE BÁSICO) E TEC IBIPORÃ (2024)	
DESLOCAMENTOS PARA TRANSPORTE DE PACIENTES INTER E PRÉ-HOSPITALAR	2.865

NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR LOCALIDADE UPA IBIPORÃ (2024)	
IBIPORÃ	70.322
JATAIZINHO	2.380
OUTROS MUNICÍPIOS	2.599
TOTAL	75.301
FONTE: Relatórios locais.	

3.8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.8.1 Materno infantil

3.8.1.1 Saúde da Mulher

O Programa Municipal de Atenção à Saúde da Mulher segue as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher, buscando atendê-la em sua integralidade.

A Secretaria Municipal de Saúde tem dado ênfase ao atendimento à população feminina através de ações preventivas e de controle às doenças

prevalentes nesse grupo populacional nos níveis primários e secundários de assistência.

As áreas de atuação do Programa Saúde da Mulher estão divididas da seguinte forma:

a) Assistência ao Pré-Natal e Puerpério;

- Captação precoce da gestante com o objetivo de garantir no mínimo 06 consultas de pré-natal e identificar fatores de risco o mais precoce possível realizando a estratificação de risco, através da Linha de Cuidado Materno Infantil a qual estabelece competências, fluxos e protocolos para o atendimento às crianças e gestantes a partir de estratificação de risco (habitual, intermediário e alto);
- Realização de consultas de pré-natal e puerperal;
- Visita domiciliar para o recém-nascido e puérpera até o 5º dia pós alta e a consulta puerperal;
- Acompanhamento e busca ativa das gestantes;
- Imunização;
- Realização de testes rápidos nos três trimestres: HIV, sífilis, hepatites B e C;
- Consulta odontológica;
- Atividades educativas em pré-natal;
- Ibibaby, curso para gestantes sendo contemplados em 05 encontros;

b) Planejamento Familiar;

- Realização de consultas para planejamento familiar (enfermagem, médica e assistente social);
- Dispor de métodos contraceptivos ofertados pelo SUS;
- Acolhimento de usuários para a realização de vasectomia e laqueadura tubária (assistente social e enfermeira).

c) Atendimento Ginecológico;

- Prevenção do câncer de colo uterino;
- Detecção precoce do câncer de mama;
- Realização de exame clínico das mamas;
- Prevenção das infecções sexualmente transmissível (IST)/HIV;
- Busca ativa das mulheres para coleta de citopatológico do colo de útero, bem como realização de campanhas;

- Atividades educativas em prevenção do câncer de colo uterino e mama;
- Busca ativa das mulheres com alteração nos resultados da citologia mamária e/ou mamografia e citopatológico do útero;
- Consultas encaminhadas de mastologia em local de referência;
- Atendimento ao climatério com consultas, orientações e distribuição de medicamentos para o melhor envelhecimento da mulher.

- d) Atendimento às vítimas de violência sexual e doméstica;**
- e) Organização e promoção de capacitações dos profissionais da área da saúde relacionados ao Programa;**
- f) Coordenação, supervisão, planejamento, avaliação e implementação das ações referentes ao Programa.**

3.8.1.2 Saúde da Criança

A atenção à saúde da criança em Ibiporã inicia-se na gestação, e tem o objetivo de garantir o atendimento adequado por meio de ações integradas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde.

Em 2011 o município fez adesão aos Programas Rede Cegonha e Mãe Paranaense lançado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde respectivamente, os quais têm por objetivo reorganizar a rede de atenção materno-infantil, em níveis de complexidade.

Os óbitos infantis são acompanhados pela Vigilância Epidemiológica e pelo Grupo Técnico de mortalidade materna e infantil de acordo com o território e em conjunto com a Equipe da ESF.

Ações realizadas:

- Incentivo ao aleitamento materno;
- Estratificação de risco em cada consulta;
- Imunização;
- Teste do pezinho, quando necessário;
- Vigilância Alimentar e Nutricional através dos Programas SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional);
- Programa Bolsa Família e Programa do Leite;
- Combate às Carências Nutricionais através de ações orientadas pela nutricionista da equipe multiprofissional;
- Programa Saúde na Escola;
- Exames complementares;

- Acompanhamento odontológico;
- Medicações e demais cuidados voltados à saúde infantil.

Durante o período de internação na maternidade do Hospital Cristo Rei, todas as mães procedentes do município e seus respectivos recém-nascidos recebem orientação de aleitamento materno e os profissionais de saúde do hospital realizam a imunização do recém-nascido (Vacina contra Hepatite B e BCG) e os testes do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho.

3.8.1.3 Saúde do Adolescente

Na atenção à saúde do adolescente são realizadas ações de promoção junto a Rede de Atenção à Saúde e escolas e demais Redes Intersetoriais voltadas para:

- Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes;
- Interconsulta com a equipe de saúde mental da APS;
- Avaliação de saúde bucal;
- Saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- Verificação da Situação vacinal.

3.8.2 Saúde Mental na Rede de Atenção Primária

A Atenção Básica, como porta de entrada preferencial do SUS, oferece ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com foco na atenção integral e na proximidade às pessoas.

Caracterizada por sua descentralização, acessibilidade e abordagem humanizada, ela considera a singularidade de cada indivíduo e seus contextos sociais, sendo fundamental para garantir o primeiro acesso ao sistema de saúde, incluindo o cuidado em saúde mental, utilizando a proximidade territorial para compreender e atender às necessidades psíquicas dos indivíduos de forma contínua e integrada.

As práticas em saúde mental na Atenção Básica são fundamentadas na compreensão do território e na relação de vínculo com os pacientes. As

intervenções são desenvolvidas na rotina diária, considerando as singularidades de cada indivíduo e comunidade, promovendo melhorias na qualidade de vida.

O cuidado visa valorizar as múltiplas formas de viver e as escolhas pessoais, construído coletivamente nos encontros cotidianos entre profissionais e usuários. Através de uma equipe interdisciplinar são desenvolvidas ações por meio de atendimentos individuais e em grupos, ações de matriciamento, prevenção, manutenção e reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico.

A oferta de grupos como estratégia na promoção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde constitui uma abordagem fundamental para o cuidado integral e ampliado, sendo o grupo entendido como um espaço de encontro entre sujeitos singulares, onde ocorre a produção contínua de si e do mundo, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e efetiva na atenção à saúde mental na atenção primária. Essa estratégia permite superar a normalização do sofrimento emocional, valorizando a singularidade de cada participante e reconhecendo a diversidade do território.

Matriciamento ou apoio matricial, é um modelo inovador de cuidado em saúde onde duas ou mais equipes trabalham juntas de forma colaborativa para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

O matriciamento em saúde mental busca integrar os diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo uma comunicação mais horizontal e eficiente, facilitando um cuidado mais resolutivo e compartilhado entre os profissionais. É uma abordagem que visa transformar a forma como os sistemas de saúde funcionam, tornando-os mais dinâmicos e colaborativos.

A Atenção Básica em Ibiporã oferece à população consultas psiquiátricas em todas as Unidades Básicas de Saúde fortalecendo os cuidados em saúde mental e garantindo acesso à especialidade médica.

É muito importante que o tratamento especializado na psiquiatria possa ser acessado o quanto antes, pois o tratamento psiquiátrico precoce previne desfechos clínicos que, por vezes, podem ser extremamente graves.

3.8.3 Idoso

Nas unidades de saúde são desenvolvidas ações de acompanhamento dos idosos, com orientações voltadas para doenças crônicas,

alimentação saudável, prevenção de quedas e saúde mental. Contando também com grupos de alongamento, caminhadas, artesanato e rodas de conversa.

3.8.4 Hipertensão e Diabetes

Nas unidades de saúde realizam ações de promoção e prevenção à saúde dos pacientes com diagnósticos de Hipertensão e Diabetes:

- Controles através da aferição e glicemia capilar;
- Grupo educativo;
- Educação em saúde;
- Estratificação de risco;
- Monitoramento dos pacientes;
- Entregas de medicações;
- Exames periódicos;

3.8.5 Pessoa com Deficiência

A APAE de Ibiporã - Centro Educacional João XXIII – Ensino Especial, é uma Entidade Filantrópica credenciada pelo SUS, atendendo a população através de credenciamento e recursos próprios da instituição, bem como pessoas com deficiência da rede assistencial do município que são encaminhados para o setor ambulatorial. Na APAE são desenvolvidos programas de ensino, com base nas DCEs, Resolução nº. 1017 /2006, L.D.B.N. Lei 9.394/96 e Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2.004.

Este atendimento proporciona serviço de avaliação, informação, prevenção e orientação, visando à troca de informações para o atendimento global da pessoa, com a participação da família, de forma individual, em grupo ou através de orientações a família e aos professores, na APAE também são realizados exames de eletro encefalograma para os alunos da APAE e também pacientes do município.

3.8.6 Saúde do Homem

A Secretaria Municipal de Saúde tem dado ênfase ao atendimento à população masculina através de ações preventivas e de controle às doenças

prevalentes nesse grupo populacional nos níveis primário e secundário de assistência. As unidades de saúde realizam ações de promoção e prevenção à saúde dos homens com doenças crônicas:

- Educação em saúde incentivando hábitos saudáveis, DM, HA e doenças crônicas
- Conscientização a cessação do tabagismo
- Imunização;
- Realização de testes rápidos
- Exames de prevenção ao câncer de próstata;
- Consulta odontológica.

3.9 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

No momento, a Secretaria não possui parcerias com Universidades para o desenvolvimento deste item.

3.10 FINANCIAMENTO

Com fundamento no artigo 198, §1º da Constituição Federal de 1988, o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, bem como a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui responsabilidade solidária da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, assegurando-se a descentralização e a integralidade do atendimento, conforme o princípio da corresponsabilidade federativa.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta os Arts. 23, inciso I, e 198, §§2º e 3º da Constituição, estabelece os seguintes percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS):

- Municípios e Distrito Federal: mínimo de 15% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais;
- Estados: mínimo de 12% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais;
- União: aplicação equivalente ao valor empenhado no exercício anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), conforme o art. 5º da LC nº 141/2012. Em caso de variação negativa do PIB, vedada a redução nominal do montante aplicado.

Sobre a forma de repasse dos recursos federais, a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (artigos 453 a 457), instituiu novo modelo de transferência fundo a fundo, estruturando os repasses em dois grandes blocos financeiros:

1. Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – abrange despesas correntes, como custeio de pessoal, medicamentos, insumos, serviços e ações assistenciais;
2. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde – contempla investimentos em infraestrutura, equipamentos, reformas, ampliações e informatização.

A referida reestruturação foi consolidada pela Portaria GM/MS nº 828, de 2 de abril de 2020, a qual revogou dispositivos da antiga Portaria GM/MS nº 204/2007 e reforçou a autonomia dos gestores locais na aplicação dos recursos, com vistas a garantir maior eficiência, transparência e accountability no âmbito do SUS.

Além disso, o cumprimento dos percentuais mínimos e a adequada execução dos recursos são objeto de fiscalização pelos Tribunais de Contas, com fundamento na Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), especialmente nos artigos 33 e 35, bem como na Constituição Federal, art. 70, que trata do controle externo da Administração Pública.

Portanto, o financiamento do SUS baseia-se em princípios constitucionais e infraconstitucionais que asseguram o direito à saúde e a responsabilidade compartilhada dos entes federativos, conforme o arcabouço legal vigente.

SÉRIE HISTÓRICA DO CÁLCULO DO PERCENTUAL DE RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE	
ANO	PERCENTUAL
2021	28,05%
2022	28,02%
2023	27,63%
2024	25,55%

FONTE: <http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>, acessado em 23/05/2025.

INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IBIPORÃ - 2024		
Indicador		Transmissão
		Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	15,08 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	57,08%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	7,88 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	83,31 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	17,23 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	53,33 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.706,37
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	68,03 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,54 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	6,82 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	4,84 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	23,71 %

3. 2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	25,55 %
---------	---	---------

FONTE: <http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>, acessado em 23/05/2025.

Despesa Total em Saúde por Fonte e Subfunção										
Subfunções	Recursos Ordinários - Fonte Livre	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	Transferências de Convênios destinadas à Saúde	Operações de Crédito vinculadas à Saúde	Transferências da União - inciso I do art. 5º da Lei Complementar 173/2020	Royalties do Petróleo destinados à Saúde	Outros Recursos Destinados à Saúde	TOTAL
301 - Atenção Básica	Corrente	0,00	26.076.455,36	13.149.235,71	108.667,28	0,00	0,00	0,00	0,00	39.334.358,35
	Capital	0,00	2.259.299,04	75.197,44	1.310.225,70	0,00	0,00	0,00	0,00	3.644.722,18
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	0,00	24.993.769,01	4.086.913,22	1.583.969,30	0,00	0,00	0,00	0,00	30.664.651,53
	Capital	0,00	248.745,99	20.022,57	100.899,98	9.016,98	0,00	0,00	0,00	378.685,52
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	0,00	2.590.509,04	0,00	139.935,09	0,00	0,00	0,00	0,00	2.730.444,13
	Capital	0,00	141,86	27.127,01	140.688,91	0,00	0,00	0,00	0,00	167.957,78
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	441.745,89	906.479,86	22.107,73	27.849,14	0,00	0,00	0,00	0,00	1.398.182,62
	Capital	34.775,35	10.792,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45.567,70
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	0,00	2.779.040,66	1.141.273,05	193.146,54	0,00	0,00	0,00	0,00	4.113.460,25
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	Corrente	0,00	4.511.152,29	1,63	47.993,49	0,00	0,00	0,00	0,00	4.559.147,41
	Capital	0,00	28.868,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28.868,80
TOTAL		476.521,24	64.405.254,26	18.521.878,36	3.653.375,43	9.016,98	0,00	0,00	0,00	87.066.046,27
(*) ASPs: Ações e Serviços Públicos em Saúde										

FONTE: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), acessado em 23/05/2025.

O planejamento orçamentário na área da saúde consiste na programação e execução de despesas públicas, observando a disponibilidade financeira da administração municipal e o cumprimento das normas legais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de um instrumento essencial para assegurar a universalidade, integralidade e equidade, princípios basilares do SUS, conforme estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

É de responsabilidade do Poder Executivo Municipal o adequado planejamento orçamentário e financeiro, promovendo a arrecadação, alocação e aplicação dos recursos públicos de modo a garantir a efetividade das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Embora a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29/2000, fixe o percentual mínimo de 15% da receita resultante de impostos e transferências constitucionais a ser aplicado anualmente pelos municípios em ASPS, verifica-se que, diante das restrições orçamentárias e da crescente demanda assistencial, diversos entes subnacionais realizam aportes superiores a esse mínimo legal.

Conforme destacam Reis e Silva (apud estudos em políticas públicas de saúde), o financiamento do SUS, desde sua criação, constitui um dos maiores desafios para a consolidação do sistema, uma vez que se depara com a insuficiência de recursos, a fragmentação orçamentária e a ausência de vinculações robustas no âmbito federal, gerando incertezas para o planejamento de médio e longo prazo.

Mesmo com os avanços promovidos pela EC nº 29/2000 e, posteriormente, pela Emenda Constitucional nº 86/2015, que introduziu a obrigatoriedade da execução orçamentária impositiva na área da saúde, e pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o novo regime fiscal (teto de gastos), persistem obstáculos estruturais quanto à ampliação da capacidade de financiamento e qualificação da gestão dos recursos aplicados.

Nesse contexto de restrições fiscais e desigualdades sociais e regionais, assegurar a universalidade e integralidade do cuidado em saúde com equidade torna-se um desafio estratégico para os gestores locais. A superação desses entraves requer articulação intersetorial e integração entre os instrumentos de planejamento e orçamento público.

A programação, utilização e monitoramento dos recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS) devem ocorrer em articulação com a Secretaria Municipal de Finanças, Secretaria de Administração e os mecanismos de controle social, representados principalmente pelo Conselho Municipal de Saúde, nos termos da Lei nº 8.142/1990, garantindo transparência, legalidade e eficiência na execução das despesas.

No período de vigência do Plano Municipal de Saúde (PMS), a Secretaria Municipal de Saúde compromete-se a:

- Executar integralmente o orçamento previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Realizar o acompanhamento da Receita Corrente Líquida (RCL) vinculada à saúde;
- Alimentar tempestivamente o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), conforme disposto no art. 38 da LC nº 141/2012;
- Apresentar a prestação de contas quadrimestral na Câmara Municipal de Vereadores e no Conselho Municipal de Saúde, por meio dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária da Saúde;
- Elaborar e divulgar anualmente o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento obrigatório de monitoramento e avaliação das metas pactuadas, conforme determina a Portaria GM/MS nº 1.412/2023.

Tais medidas têm por objetivo garantir transparência, controle social, responsabilidade fiscal e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, fortalecendo a governança do SUS no âmbito municipal.

4 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES – D.O.M.I.

DIRETRIZ Nº 1 - Qualificação da Gestão em Saúde											
OBJETIVO Nº 1- Aperfeiçoar e fortalecer a gestão municipal do SUS.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Implementar e manter 01 sistema informatizado de gerenciamento para transformação digital no SUS	Rede de informações e gerenciamento para a gestão do SUS implantada.	01	2024	Número absoluto	01	Número absoluto	01	01	01	01
02	Número de Serviços de Saúde reformados/adequados/ampliados e/ou construídos	Reformar/adequar/ampliar e/ou construir serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.	04	2024	Número absoluto	04	Número absoluto	01	01	01	01
03	Reduzir para 5% o absenteísmo no agendamento de transporte sanitário eletivo	Percentual de absenteísmo no agendamento de transporte sanitário eletivo	7,3%	2024	Percentual	5%	Percentual	5%	5%	5%	5%
04	75% das especialidades ofertadas pelo Município.	Percentual de especialidades ofertadas pelo Município.	0%	2024	Percentual	75%	Percentual	75%	75%	75%	75%
05	100% da carga horária de cardiologia ofertada no município, distribuída nos dias de atendimento do serviço de saúde.	Percentual de carga horária de cardiologia ofertada no município para pacientes classificados como baixo risco.	0%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
06	Atender 100% dos pacientes de Ibiporã, elegíveis para o Programa Ibiporã + Saúde - Medicamentos em Casa.	Percentual de pacientes atendidos pelo Programa Ibiporã + Saúde - Medicamentos em Casa	0%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ Nº 2 - Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde											
OBJETIVO Nº 1- Promover acesso de qualidade à Atenção Primária em Saúde, fortalecendo como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde em todos os ciclos de vida.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar 100% de atendimentos por demanda programada e espontânea a na Atenção Primária em Saúde	Percentual de atendimentos por demanda programada e espontânea na Atenção Primária em Saúde	-	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
02	Alcançar 100% de cobertura populacional pelas equipes de Atenção Primária em Saúde.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária em Saúde.	94,95%	2024	Percentual	100%	Percentual	97%	98%	99%	100%
03	Alcançar 85% da taxa de resolutividade da atenção primária em saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Taxa de Resolutividade de Atenção Primária em Saúde	-	2024	Percentual	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
04	Manter em no mínimo 85% a cobertura de acompanhamento do Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	86,09%	2024	Percentual	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
05	Aumentar em 3% a cobertura populacional de acompanhamento do estado nutricional, de acordo com a linha de base	Percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional na Atenção Primária à Saúde	44,48%	2024	Percentual	56,7%	Percentual	47,5 %	50,7 %	53,7%	56,7 %

OBJETIVO Nº 2- Promover o cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária em Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% de 1ª consulta presencial por médico ou enfermeiro até o 10º dia de vida	Percentual de 1ª consulta presencial por médico ou enfermeiro até o 10º dia de vida	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 76% de crianças com ao menos 09 consultas presenciais ou remotas realizada por médico ou enfermeiro até dois anos de vida	Percentual de crianças com ao menos 09 consultas presenciais ou remotas realizada por médico ou enfermeiro até dois anos de vida	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
03	Alcançar no mínimo 76% de crianças com ao menos 09 registros de peso e altura até dois anos de vida	Percentual de crianças com ao menos 09 registros de peso e altura até dois anos de vida	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 76% de crianças com ao menos 02 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, sendo a primeira até os primeiros 10 dias de vida e a segunda até seis meses de vida	Percentual de crianças com ao menos 02 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, sendo a primeira até os primeiros 10 dias de vida e a segunda até seis meses de vida	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
05	Alcançar no mínimo 76% de crianças vacinadas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por	Percentual de crianças vacinadas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo B, poliomielite,	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

OBJETIVO Nº 3 - Promover o cuidado na gestante e na puérpera na Atenção Primária em Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% de gestantes com primeira consulta de pré-natal até 12 semanas	Percentual de gestantes com primeira consulta de pré-natal até 12 semanas	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 76% de gestantes com pelo menos 7 consultas durante o período da gestação para valorizar o diagnóstico e acolhimento oportuno	Percentual de gestantes com pelo menos 7 consultas durante o período da gestação para valorizar o diagnóstico e acolhimento oportuno	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
03	Alcançar no mínimo 76% de gestantes com pelo menos 7 registros de pressão arterial durante o período da gestação	Percentual de gestantes com pelo menos 7 registros de pressão arterial durante o período da gestação	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 76% de gestantes com pelo menos 7 registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação	Percentual de gestantes com pelo menos 7 registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

05	Alcançar no mínimo 76% de gestante com ao menos 07 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, após a primeira consulta	Percentual de gestante com ao menos 07 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, após a primeira consulta	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
06	Alcançar no mínimo 95% de gestantes e/ou puérpera com uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de cada gestação	Percentual de gestantes e/ou puérpera com uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de cada gestação	106,3%	2024	Percentual	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%

OBJETIVO Nº 4 - Promover o cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária em Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% e diabéticos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos seis meses	Percentual de diabéticos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos seis meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 76% de diabéticos com pelo menos um registro de pressão arterial realizado nos últimos seis meses	Percentual de diabéticos com pelo menos um registro de pressão arterial realizado nos últimos seis meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
03	Alcançar no mínimo 76% de diabéticos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	Percentual de diabéticos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 76% de diabéticos com pelo menos um registro de peso e altura nos últimos doze meses	Percentual de diabéticos com pelo menos um registro de peso e altura nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
05	Alcançar no mínimo 76% de diabéticos com pelo menos um registro de hemoglobina glicada,	Percentual de diabéticos com pelo menos um registro de hemoglobina	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

	solicitada ou avaliada, nos últimos doze meses	glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos doze meses									
06	Alcançar no mínimo 76% de diabéticos com pelo menos um registro de avaliação dos pés realizada nos últimos quinze meses	Percentual de diabéticos com pelo menos um registro de avaliação dos pés realizada nos últimos quinze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

OBJETIVO Nº 5 - Promover o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial na Atenção Primária em Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% de hipertensos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos seis meses	Percentual de hipertensos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos seis meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 76% de hipertensos com pelo menos um registro de pressão arterial realizado nos últimos seis meses	Percentual de hipertensos com pelo menos um registro de pressão arterial realizado nos últimos seis meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
03	Alcançar no mínimo 76% de hipertensos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	Percentual de hipertensos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 76% de hipertensos com pelo menos um registro de peso e altura nos últimos doze meses	Percentual de hipertensos com pelo menos um registro de peso e altura nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

OBJETIVO Nº 6 - Promover o cuidado integral da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% de idosos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos doze meses	Percentual de idosos com pelo menos uma consulta presencial ou remota por médico ou enfermeiro nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 76% de idosos com pelo menos dois registros de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos doze meses	Percentual de idosos com pelo menos dois registros de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
03	Alcançar no mínimo 76% de idosos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	Percentual de idosos com ao menos 06 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos doze meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 90% de idosos com registro de uma dose da vacina contra influenza realizada nos últimos doze meses	Percentual de idosos com registro de uma dose da vacina contra influenza realizada nos últimos doze meses	53,06%	2024	Percentual	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%

OBJETIVO Nº 7 - Promover o cuidado da mulher na prevenção do câncer											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar no mínimo 76% de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um exame para rastreamento de câncer de colo do útero solicitado ou avaliado nos últimos 36 meses	Percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um exame para rastreamento de câncer de colo do útero solicitado ou avaliado nos últimos 36 meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
02	Alcançar no mínimo 90% de adolescentes dos sexo feminino de 09 a 14 anos com pelo menos uma dose da vacina HPV registrada	Percentual de adolescentes dos sexo feminino de 09 a 14 anos com pelo menos uma dose da vacina HPV registrada	61,1%	2024	Percentual	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
03	Alcançar no mínimo 76% de mulheres de 14 a 69 anos com pelo menos um atendimento presencial ou remoto registrado, sobre atenção à saúde sexual e reprodutiva realizada nos últimos 12 meses	Percentual de mulheres de 14 a 69 anos com pelo menos um atendimento presencial ou remoto registrado, sobre atenção à saúde sexual e reprodutiva realizada nos últimos 12 meses	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%
04	Alcançar no mínimo 76% de mulheres de 50 a 69 anos com pelo menos um exame para rastreamento para câncer de mama	Percentual de mulheres de 50 a 69 anos com pelo menos um exame para rastreamento para câncer de mama	-	2024	Percentual	76%	Percentual	76%	76%	76%	76%

[illegible]

OBJETIVO Nº 8 - Promover o cuidado da saúde bucal na atenção primária a Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Manter acima de 67% a cobertura populacional em Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde	67,82%	2024	Percentual	67%	Percentual	67%	67%	67%	67%
02	Manter no mínimo 8% de paciente com escovação Supervisionada realizada por equipes de Saúde Bucal (eSB) na faixa etária escolar (de 6 a 12 anos) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de paciente com escovação Supervisionada realizada por equipes de Saúde Bucal (eSB) na faixa etária escolar (de 6 a 12 anos) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2024	Percentual	8%	Percentual	8%	8%	8%	8%
03	Manter no mínimo 5% de cobertura da primeira consulta odontológica programada por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	Cobertura de primeira consulta odontológica programada por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2024	Percentual	5,0%	Percentual	5%	5%	5%	5%
04	Realizar 80% Procedimentos odontológicos preventivos individuais	Percentual de Procedimentos odontológicos preventivos individuais realizados por equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2024	Percentual	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%

05	Reduzir em 0,05% as exodontias realizadas por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS), ao ano.	Percentual de exodontias realizadas por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	0,95%	2024	Percentual	0,75%	Percentual	0,90 %	0,85 %	0,80%	0,75 %
06	Manter no mínimo 8% o Percentual de Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART) realizados por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de Tratamentos restauradores Atraumáticos (ART) realizados por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2024	Percentual	8,0%	Percentual	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%
07	Manter no mínimo 75% o Percentual de tratamentos concluídos por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de tratamentos concluídos por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2024	Percentual	75%	Percentual	75%	75%	75%	75%

OBJETIVO Nº 9 - Promover o cuidado da saúde mental na Atenção Primária à Saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Manter em 100% as ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Primária em Saúde	Percentual de ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Primária em Saúde	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
02	Reduzir 0,2% ao ano as internações psiquiátricas	Percentual de internações psiquiátricas	3,4%	2024	Percentual	5%	Percentual	3,2	3,0	2,8	2,6

OBJETIVO Nº 10- Garantir que todos os usuários que buscam o pronto atendimento sejam acolhidos com classificação de grau de risco, para proporcionar atendimento resolutivo a sua queixa e/ou encaminhamento adequado a outros serviços da rede.											
01	100% dos pacientes que buscam por atendimento médico no pronto atendimento classificados de acordo com o grau de risco	Percentual de pacientes que buscam por atendimento médico no pronto atendimento classificados de acordo com o grau de risco	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ Nº 3 - Qualificação da Vigilância em Saúde											
OBJETIVO Nº 1: Qualificar as ações de Vigilância em Saúde.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Manter em 100% o número de profissionais nomeados como autoridades sanitárias, que estão atuando no Departamento de Vigilância em Saúde	Percentual de autoridades sanitárias nomeadas conforme a Lei Estadual nº 13.331/2001.	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
02	Manter 05 ações definidas para enfrentamento de doenças emergentes e reemergentes, quando houver potencial de surto ou epidemia.	Número de ações realizadas para enfrentamento de doenças emergentes e reemergentes quando houver potencial de surto ou epidemia (sarampo, dengue, influenza, febre amarela e outros eventos de saúde pública).	05	2024	Número absoluto	05	Número absoluto	05	05	05	05
OBJETIVO Nº 2: Fortalecer a Vigilância Sanitária											
01	Atualizar 100% dos dados de cadastro da Unidade e dos Agentes de Vigilância Sanitária	Percentual de completude do cadastro de Unidades e Agentes de Vigilância Sanitária	-	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
02	Registrar ao menos duas reuniões realizadas pelo Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP)	Número de reuniões registradas pelo Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP)	08	2024	Número absoluto	02	Número absoluto	02	02	02	02
03	Inspecionar 100% das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) cadastradas sob responsabilidade do município	Percentual de Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) inspecionadas com Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI)	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

	com Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI)										
OBJETIVO Nº 3: Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador											
01	Realizar no mínimo 04 ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (EPST) para os profissionais da Atenção e/ou da Vigilância em Saúde	Número de ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (EPST) realizadas	02	2024	Número absoluto	04	Número absoluto	04	04	04	04
02	Investigar 100% dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e de trajeto com crianças e adolescentes	Percentual das investigações dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e de trajeto com crianças e adolescentes, com o status completo	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
OBJETIVO Nº 4: Fortalecer a Vigilância Ambiental											
01	Realizar, em no mínimo 50% das semanas epidemiológicas do ano, o monitoramento entomológico por meio do uso de ovitrampas instaladas em 100% do município	Percentual de semanas epidemiológicas com monitoramento por ovitrampas em 100% do território municipal	51,9%	2024	Percentual	50%	Percentual	50%	50%	50%	50%
02	Realizar, no mínimo, três reuniões do Comitê Intersetorial vinculado ao Gabinete da Prefeitura que trata da Dengue e Arboviroses no ano, com registro	Número de reuniões do Comitê Intersetorial vinculado ao Gabinete da Prefeitura que trata da Dengue e Arboviroses no ano	6	2024	Número Absoluto	03	Número Absoluto	03	03	03	03

03	Atingir 85% do número mínimo mensal de análises para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, conforme a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e inseridas no Sisagua	Percentual de amostras de água para consumo humano coletadas e seus respectivos resultados laboratoriais para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, analisados e inseridos no Sisagua.	108,3%	2024	Percentual	85%	Percentual	85%	85%	85%	85%
04	No mínimo 80% de não conformidades da qualidade da água com ação da vigilância em saúde compatível.	Proporção (%) de não conformidades da qualidade da água com ação da vigilância em saúde compatível.	100%	2024	Percentual	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
OBJETIVO Nº 5: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica											
01	Atingir mais de 90% de contatos de casos novos de hanseníase examinados no ano de diagnóstico	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados	75%	2024	Percentual	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
02	Atingir mais de 70% dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados	Percentual de contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados	99,5%	2024	Percentual	70%	Percentual	70%	70%	70%	70%
03	Manter em 0 o número de casos novos de HIV/Aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de HIV/Aids em menores de 5 anos.	0	2024	Número absoluto	0	Número absoluto	0	0	0	0

04	Reduzir para 0 o número de casos novos de sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	11	2024	Número absoluto	0	Número absoluto	0	0	0	0
05	Ampliar em 5% realização de testes rápidos de Hepatite B e C	Percentual de ampliação de testes rápidos para Hepatite B e C realizados	21,34%	2024	Percentual	5%	Percentual	5%	5%	5%	5%
06	100% das notificações de intoxicação exógena por agrotóxico investigadas com roteiro complementar	Percentual de notificações de intoxicação exógena por agrotóxico investigadas com roteiro complementar	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
07	Realizar ao menos duas capacitações sobre violência interpessoal / autoprovocada para os profissionais da Atenção e/ou da Vigilância em Saúde	Número de capacitações realizadas para os profissionais da Atenção e/ou da Vigilância em Saúde sobre violência interpessoal / autoprovocada	01	2024	Número absoluto	02	Número absoluto	02	02	02	02
08	Reduzir e manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil	18,02	2024	Taxa	10	Taxa	10	10	10	10
09	Reduzir e manter a taxa de mortalidade fetal abaixo de 07 óbitos por 1.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade fetal	9,01	2024	Taxa	07	Taxa	07	07	07	07
10	Manter em 0 o número de óbito materno	Número de óbitos maternos	0	2024	Número Absoluto	0	Número Absoluto	0	0	0	0
11	Manter a taxa de mortalidade geral abaixo de 10 por 1.000 habitantes	Taxa de mortalidade geral	8,88	2024	Taxa	10	Taxa	10	10	10	10

12	Investigar 100% dos óbitos de crianças menores de um ano de idade	Percentual de óbitos de crianças menores de um ano de idade investigados	100%	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
13	Alcançar 75% de homogeneidade vacinal.	Percentual de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano (BCG, Rotavírus, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica C e Febre Amarela) e de 1 ano de idade (Tríplice Viral) com coberturas vacinais preconizadas	75%	2024	Percentual	75%	Percentual	75%	75%	75%	75%
14	95% da Cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade	Cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade	96,31%	2024	Número absoluto	95%	Número absoluto	95%	95%	95%	95%

DIRETRIZ Nº 4 - Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde											
OBJETIVO Nº 1- Qualificar a gestão do trabalho e educação em saúde, fortalecendo a educação permanente em saúde e os processos de construção e disseminação dos conhecimentos voltados às necessidades do SUS, com foco em desempenho e qualidade.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar 80% de trabalhadores da saúde participando de pelo menos uma ação de EPS ao ano	Percentual de trabalhadores da saúde que participaram de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no ano	?	2024	Percentual	80%	Percentual	50%	60%	70%	80%

DIRETRIZ Nº 5 - Fortalecimento do Controle Social no SUS											
OBJETIVO Nº 1- Fortalecimento da Participação Social na saúde											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (linha-base)			Meta Plano (2026-2029)	Unid. Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2026	2027	2028	2029
01	10 visitas realizadas pela Comissão de Visitação do Conselho Municipal de Saúde no ano.	Número de visitas realizadas pela Comissão de Visitação do Conselho Municipal de Saúde.	03	2024	Número absoluto	40?	Número absoluto	10	10	10	10
02	100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria da Saúde respondidas dentro do prazo	Percentual de manifestações recebidas pela Ouvidoria da Saúde respondidas dentro do prazo	?	2024	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde no município, após realizado todo processo de sua construção e aprovação, o papel da equipe gestora é focar na execução das propostas, com constante monitoramento e avaliação dos objetivos e resultados alcançados.

O monitoramento representa o acompanhamento continuado de compromissos firmado no PMS, de modo a verificar se eles estão sendo executados conforme previsto. A avaliação é entendida como um processo que implica julgar, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. Considerando que não há execução perfeita, a avaliação identifica as necessidades de ajustes constantes e necessários.

Os objetivos e metas definidos no PMS devem ser acompanhados sistematicamente pelo gestor e sua equipe, a fim de possibilitar ajustes que porventura sejam necessários. A Programação Anual de Saúde é o instrumento de Planejamento do SUS interligado com o Plano de Saúde, sendo o desdobramento anual do Plano com a definição de metas anuais a serem acompanhadas, através da análise de viabilidade permitindo assim, o reconhecimento de situações desfavoráveis e o estabelecimento de estratégias para o alcance dos objetivos do Plano.

Os outros instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde utilizado pela equipe Gestora são: o Relatório Detalhado Quadrimestral apresentado em Audiência Pública na Câmara de Vereadores e para o Conselho Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (RAG) ferramenta que possibilita a qualificação das práticas gerenciais do SUS e a resolubilidade da sua gestão.

Além desses instrumentos formais são desenvolvidos processos de planejamento setoriais específicos para determinados programas de atenção à saúde. A descentralização das ações de planejamento deve atingir a base da rede de atenção à saúde. Já existe um avançado processo de construção da gestão local da saúde com a utilização de alguns dados desconcentrados com definição de prioridade e atuação diferenciadas de acordo com a realidade local.

O PMS deve ser construído de forma integral, pensado com todos os atores, planejando realmente com enfoque nas realizações possíveis e que venham ao encontro com a melhor satisfação possível do usuário SUS e os profissionais de saúde.

Diante de todas as informações apontadas, é possível identificar fragilidades de todo o processo, além disso, demonstra ser um desafio contínuo e que precisa ser reavaliado constantemente.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, 2022.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2023.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis, 2023.**
Organização Mundial da Saúde (OMS), 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose, 2020.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.** Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/paineis-sinais-vitais>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil 2021-2030.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para Eliminação das Hepatites Virais como Problema de Saúde Pública – 2023-2030.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. PARA NÁ. Secretaria de Estado da Saúde. DVSA. Boletim Epidemiológico nº 50. Curitiba. Setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2023: Uma análise da situação de saúde e das doenças crônicas.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** – Dados disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br>

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de Saúde e Mortalidade 2023.**

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil.**

OGH, Observatório Global Health. **Mortalidade Materna.** 2016.

OMS, Organização Mundial da Saúde, 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Crônicas no Brasil: Perfil Nacional e Estadual.** Brasília: OPAS/OMS, 2023.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores Básicos 2023: Situação da Saúde nas Américas**. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/indicadores-basicos>

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Situação das doenças transmissíveis na Região das Américas**, 2022.

OSI, Observatório de Saúde na Infância (Observa Infância/Fiocruz/UNIFESP). **Painel de Mortalidade Infantil**, 2023.

PAIM JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiol e Saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). **Boletins de Mortalidade por DCNTs**, 2022.

REIS, R. S.; SILVA, L. B. Modelo de financiamento e gastos públicos em saúde. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Gestão em Saúde**. Mudanças no financiamento do SUS. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília: OPAS/MS, 2008.

WHO, Organização Mundial da Saúde. **Cancer Country Profiles**, 2022.

WHO, Organização Mundial da Saúde. **Global report on infection prevention and control**, 2023.

WHO, World Health Organization. **Progress on the Sustainable Development Goals: The health and health-related SDGs 2023**. Geneva: WHO; 2023.

WHO, World Health Organization. **Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017**. Geneva: WHO; 2020.

ANEXO I: PROPOSTAS DA 15ª CONFERÊNCIA AVALIADAS EM PLENÁRIA

**ANEXO II: RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO III: PUBLICAÇÃO EM DIÁRIO NO MUNICÍPIO