

2026-2029



PLANO MUNICIPAL



PREFEITURA DE

TOLEDO

SECRETARIA DA SAÚDE



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

OUTUBRO – 2025
TOLEDO – PARANÁ



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Plano Municipal de Saúde de Toledo

2026 - 2029



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Prefeito Municipal de Toledo

Mário Cesar Costenaro

Vice-Prefeito do Município de Toledo

Lúcio de Marchi

Secretária Municipal de Saúde

Adriane Monteiro Santana

Diretora Geral de Saúde

Diane Michely Cassaro

Diretor do Departamento Administrativo e Financeiro

Eloi Ítalo Groeler

Diretora do Departamento de Gestão em Saúde

Vanessa Gomes Wruck

Diretora de Atenção Primária à Saúde

Karla Dayanna de Almeida Loresetti Roman

Diretor de Vigilância em Saúde

Joel José Palma Júnior

Diretor de Assistência Farmacêutica

Sidnei Borges

Diretora da Rede de Urgência e Emergência

Edina Dallabrida



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Diretora da Rede de Saúde Mental

Janaina Mery Gomes Formighieri

Diretor da Rede de Atenção Especializada

Valter Donassolo



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - 2024/2028

Presidente: **Jairo Marcos Zschonark**

Vice-Presidente: **Josias Luiz Gonçalves**

1ª Secretária: **Jociane Job de Souza**

2ª Secretária: **Leci Denice Brincker Siqueira**

Secretária Executiva

Michelle Piasson

Conselheiros Titulares

Nome	Segmento
Anderson Francisco	Usuário
Antonio Marcos Chagas de Moraes	Usuário
Carlos Waldir Walker	Usuário
Celso José Hubner	Usuário
Felipe Heck Soares	Usuário
Genésio Nilson de Franceschi	Usuário
Jairo Marcos Zschomark	Usuário
Josias Luiz Gonçalves	Usuário
Rosecler Marisa Rhoden Zorzo	Usuário
Sergio Tavares Junior	Usuário
Karla Dayanna de Almeida Lorenssetti Roman	Governo
Paulo Roberto Stoeff	Governo
Daniela Aparecida Pollis Brandini	Prestadores de Serviço
Gerhardt Schimdt Stumm	Prestadores de Serviço



Jociane Job de Souza	Prestadores de Serviço
Leci Denice Brincker Siqueira	Trabalhadores em Saúde
Lurdes Kothe Superti	Trabalhadores em Saúde
Marlene Rodrigues da Silva Gambetta	Trabalhadores em Saúde
Teomar Roque Jantsch	Trabalhadores em Saúde
Valdecir Lazarotto	Trabalhadores em Saúde

Conselheiros Suplentes

Nome	Segmento
Claudemir Celso Turra	Usuário
Isolde Maria Schuck	Usuário
Laurih Rockenbah	Usuário
Valmir Luiz Gorlach	Usuário
Fernando Pedrotti	Governo
Vanessa Gomes Wruck	Governo
Itamar Weiwanko	Prestadores de Serviço
Kherstin Melisse Schuck Dresch	Prestadores de Serviço
Marlise Ikeda	Prestadores de Serviço



COMISSÃO DE ELABORAÇÃO¹

Nome	Representação/Departamento
Daniela Aparecida Brandini	Conselho Municipal de Saúde
Itamar Weiwanko	Conselho Municipal de Saúde
Jairo Marcos Zschornack	Conselho Municipal de Saúde
Valdecir Lazarotto	Conselho Municipal de Saúde
Adriane Monteiro Santana	Secretaria Municipal de Saúde
Diane Michely Cassaro	Secretaria Municipal de Saúde
Jéssica Rosin	Secretaria Municipal de Saúde
Elói Ítalo Groeler	Departamento Administrativo e Financeiro
Fernando Júnior Da Costa	Departamento Administrativo e Financeiro
Ana Gladis Weber	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental
Claúdia Taís Lodi Amarante	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental
Janaina Mery Gomes Formighieri	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental
Andre Luiz Batista	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Édina Dallabrida	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Júlio Cesar Fabris	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

¹Lista de pessoas que participaram das reuniões da Comissão de Construção do Plano Municipal de Saúde 2026-2029, formalizada pela Portaria SMS nº 8 de 03/06/2025.



Renata Rafaela Perek	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Wanderson Wruk	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Karina Aparecida Providelo Albertoni	Departamento da Rede de Atenção Especializada
Neuza Simão Gripp Freitas De Arruda	Departamento da Rede de Atenção Especializada
Silvana Regina Dos Santos De Souza	Departamento da Rede de Atenção Especializada
Valdenice Dos Santos Souza	Departamento da Rede de Atenção Especializada
Valter Donassolo	Departamento da Rede de Atenção Especializada
Carla Andrea Frasson Da Silva	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde
Caroline Fernandes Marin De Toledo	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde
Karla Dayanna De Almeida Lorensetti Roman	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde
Andrea Fabiana Bejola	Departamento de Assistência Farmacêutica
Sidnei Borges	Departamento de Assistência Farmacêutica
Ana Maria Vieira Oleiro	Departamento de Gestão em Saúde
Kellen Daiane Niemet	Departamento de Gestão em Saúde
Mayara Bolson Salamanca	Departamento de Gestão em Saúde
Renata Roseli Beilke	Departamento de Gestão em Saúde
Tiago Henrique Godoy Da Silva	Departamento de Gestão em Saúde
Vanessa Gomes Wruck	Departamento de Gestão em Saúde
Alcione Andrade Ferreira	Departamento de Vigilância em Saúde
Antônio José Sousa De Moraes	Departamento de Vigilância em Saúde



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Joel José Palma Júnior	Departamento de Vigilância em Saúde

Jonatan Schmidt Finkler	Departamento de Vigilância em Saúde

José Roberto Costa	Departamento de Vigilância em Saúde

Luana Sthefani Kirch Binsfeld	Departamento de Vigilância em Saúde

Matheus Da Paz	Departamento de Vigilância em Saúde



EQUIPE DE ELABORAÇÃO²

Abner Ferreira Martins	Cibeli Cristina Pardini
Adriana Claudete Bach	Cinthia Deise Da Silva Staadtlober
Adriana Cristina Tambosetti	Claudia Bonifácio Andrade
Adriane Monteiro Santana	Claudia Pinheiro Damaceno Melim
Alcione Andrade Ferreira	Claudia Tais Lodi Amarante
Alexsandra Kathia Tonial Da Silva	Claudia Terezinha Frohlich
Aline Claudia Ribeiro Medeiros Silva	Claudiane Link Da Silva
Aline Mara Pickler	Cleci Maria Gonçalves
Aline Regina Patricio Zanotto	Cleison Ferreira
Ana Beatriz Delmonico Trovo Nogueira	Cristiane Fornari Matoso
Ana Gladis Weber	Cristiane Ibiapina Pavão De Lima
Ana Luiza Ivo Dos Santos	Cristiane Loiva Reichert
Ana Maria Vieira Oleiro	Cristina Aparecida Chagas
Ana Paula Correa Fantin	Daiane Fernanda Kaefer
André Da Rocha	Daniel Custodio Dias Pais
Andre Fernando Otto	Daniela De Campos Perin
André Luiz Batista	Daniela Nascimento Troni Campos
André Luiz Larios	Davi Oriel De Rosa
Andrea Fabiana Bejola	Dayane Fernanda Alves De Oliveira
Andreia Aparecida Azeredo	Goncalves Franco
Andreia Da Silva Lo De Sousa	Debora Alves Ferreira
Andressa Biasuz	Debora Regina Dos Santos Zanin
Andressa Caroline Silva Gottardi	Dilcineia Olesima De Jesus
Andressa Marrony Cardoso	Dion Lenon Ferreira
Andriely Vieira Queiroz Dos Santos	Djeimy Josani Rutke
Antonio José Sousa De Moraes	Douglas Caetano Da Silva
Aparecida Da Silva	Douglas Jose Lontra Assed Caires De Souza
Ariani De Souza Silva	Edimara De Araujo Zotti
Barbara Stefanello Fratz	Édina Dallabrida
Beatriz Júlia Fatobene	Edina Maria Barbosa
Benedita Da Fonseca Santos Scuzziatto	Edison André Bach
Bruna Eduarda Esterço Santos	Edna Carvalho Teixeira
Camila Araujo Machado	Edna Cristina De Lima Vaz
Camila Moreira Barbosa	Édna Xavier De Almeida Lunca
Camila Vida Verdi	Elaine Aparecida Da Silva
Carina Caramanico	Eliane Coelho Lopes
Carla Andrea Frasson Da Silva	Eliane Maia Goncalves
Carla Elisabete Hupples De Souza	Eliani Maria Gonçalves
Carlos Zorzi	Elizabete Dos Reis
Carolina Muller Dias	Elói Italo Groeler
Caroline Fernandes Marin De Toledo	

²Lista de pessoas que participaram das diversas etapas da elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029.



Eloisa Helena Pontili Quessa
Ercio Renato Soster
Estefania Riscarolli Celestino
Eunice Manoela De Oliveira
Eurides De Fatima Silva
Fabiano Mazocco
Fabio Junior Gerhardt
Fatima Pereira Garcia Da Silva
Felipe Vettorello Barbosa
Fernanda Cristina Mucelini
Fernanda Garcia Elias
Fernando Costa Júnior
Flavio Brenner De Souza
Francielli Fernanda Schmidt
Franklin Wellington Ribeiro
Gabriela Balani
Gabriela Bravim De Araujo
Gabriela Kucharski
Gabriela Bravin
Gabiella Feilstrecker Balani
Gabiella Silva Soares
Gilson Salvador
Gisele Moschen Ortigara
Gislaine Brasília
Guilherme Rivas De Paula Xavier
Guilherme Vicenza Vieira Fleitas
Gustavo Pandolfo
Helena Maria Finkler Schneider
Heloisa Kosse Furuta Iijima
Igor Alexsandro Fullmann
Indiamara Galvão
Ingrid Simardo
Iracilda Ap. G. De A. Albuquerque
Iria Maria Hass Ledur
Ivone Borges Pilarski
Jacqueline Kurek
Janaína Mery Gomes Formighieri
Janaina Ultado Dutra
Jane Garbozza
Janete Mosconi
Janete Rosa Finkler Pilarski
Jaqueline Sabadini De Freitas
Jaqueline Simionato De Lima
Jeiciele Mayara
Jéssica Cristina Gomes Helpa
Joanete Aparecida De Miranda
João Victor Vigo Titenis
Jocelaine Dall'agnol
Joel Jose Palma Junior
Jonatan Schmidt Finkler
Jose Ernesto C. Da Conceição

Jose Roberto Costa
Joseane Gomes Leal
Joseli Stroher Ribeiro
Josiane Monteiro Ribeiro
Juliana Beux Konno
Júlio César Fabris
Karen Pivetta
Karina Aparecida Providelo Albertoni
Karla Dayanna De Almeida Loresetti
Roman
Kellen Daiane Niemet
Leandro Marques Correa
Leticia Cristina Oliveira Campos
Lisiane Karol Dos Reis
Luan Aparecido Valadao
Luana Sthefani Kirch Binsfeld
Lucas Fernandes Feracini
Lucas Poltronieri
Lucia Joana Tolentino Da Silva
Luciana De Oliveira Carvalho
Lucilene Farias Teixeira
Luís Felipe Silva Dias
Luiz Carlos De Oliveira
Maiara Luiza Cornelius Grobs
Maiara Noronha
Maicon Soares De Rezende
Marcelo Donin
Marcia Elise Sehn
Marcia Maria Da Costa
Marcia Pereira Lima
Marcio Munchen
Marcio Rafael Simch
Marco Aurelio Caselani Macedo
Marcos Cesar Pereira
Marcos Fernando Soares
Maria Aparecida Martins
Maria De Fatima Souza Coelho
Maria Fernanda Vidal
Maria Silvia Helena Viana Gomes
Nogueira
Mariana Carvalho De Oliveira
Marinalva Aparecida Rocha
Marlize Neske
Marta Aparecida De Souza
Matheus Da Paz
Matheus Vicente Colossi Moretto
Mayara Angelica Bolson Salamanca
Mayara Guimarães Titon Neves
Mayara Neves
Michelle Fatima Dries
Miriele De Sousa



Monica Olimpia Dall'oglio Poletti
Murielly Rotta Obata
Naila Cavallini
Natali Gabriela S. Lanza Bernardi
Neuza Simão Gripp Freitas De Arruda
Nilton Augusto Guimaraes Perlin
Nubia Rosele Grahl
Osman Baena De Melo
Pablo Guilherme
Pamela Rocha
Pamella Neis Miranda
Patricia Libreloto De Deus
Paula Franciele Da Silva
Paulo Renato Da Silva Fagundes
Pedro Castro
Pedro Henrique Castro
Rejane Ecker
Renan Kiyoti Fujiwara
Renata De Freitas Da Silva
Renata Perek
Renata Roseli Beilke
Rene Augusto De Mattos Ricca
Roberto Midding
Rosana Dos Reis Da Costa Cerbarro
Rosane Aparecida Goncalves
Rosely Fidelis De Souza Conceicao
Rosemeri Salete Pazinato Bianchi
Samantha Cindy W. Schnorrenberger
Samuel Pedro Solis Rodrigues Da Silva
Sandra Cristina Limberger De Oliveira
Sandra Xavier Do Rego Zanella
Sandro Rafael Azevedo
Selma Queiroz Barbosa
Sidnei Borges
Silmara Juliana Likoski Senger
Silvana Aparecida Pereira
Silvana Limberger
Silvana Regina Dos Santos De Souza
Sirlei Nunes Santana Mergulhão
Sirlene De Fatima Da Silva Dela Torre
Sirley Rodrigues Da Silva
Sonia Maria Salvador Maria
Tailis Cristina Da Silva Rocha
Tailis Rocha
Tainara Gama Balbinoti
Tatiane De Freitas Lúcio
Tatiane Veiga Rodrigues
Tatihane Kawabara
Teresinha Maraschini De Souza
Terezinha Medeiros Correia
Thais Gabriele Rodrigues

Thais Schmidt Vitali Hermes
Thiago Bezerra Da Silva
Tiago Alan Friedrich
Tiago Henrique Godoy Da Silva
Valter Donassolo
Vanessa Cristina Venciguerra
Vanessa Ferreira De Oliveira Macedo
Vanessa Gomes Wruck
Vanessa Maira Lima Aleixo
Vania Luiza Bendo Nesello
Vera Lucia Da Costa
Vera Lunardi
Vergilina Cordeiro Scheffer
Volmara Fátima Carminatti
Wanderson Wruck
Yasmin Luisa Dengo
Lombardo



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual.....	37
Figura 2 - Mapa da Localização de Toledo no Paraná.....	44
Figura 3 - Mapa do Município de Toledo.....	45
Figura 4 - Mapa Geopolítico do Município de Toledo.	46
Figura 5 - Limites Do Município De Toledo.	48
Figura 6 - Recorte no Mapa político rodoviário do Paraná.	49
Figura 7-Mapa dos Principais Estados de Origem dos Migrantes que Chegaram a Toledo (PR) entre 2017 e 2022.	59
Figura 8 - *Mapa de Países de Origem dos Estrangeiros – Cadastrados em Toledo/PR.....	62
Figura 9 - Classificação das cidades do Paraná de acordo com IPDM.....	76
Figura 10 - Principais Condicionantes e Determinantes da Saúde.....	105
Figura 11 - Etapas para exportação de dados para o SISAB.....	132
Figura 12 - Fluxo do Processamento de Dados (Psicossocial e MAC).....	136
Figura 13 - Histórico normativo do financiamento SUS, no Brasil.....	196
Figura 14 - Cronograma dos instrumentos de gestão 2025.....	214
Figura 15 - Todos os destinos de transportes da saúde saindo de Toledo (Brasil) - 2021 a 2024.....	239
Figura 16 - Todos os destinos de transportes da saúde saindo de Toledo (Paraná) - 2021 a 2024.....	240
Figura 17 - Mapa de abrangência das Unidades de Saúde da zona urbana.....	315
Figura 18- Área de Abrangência das Unidades de Saúde do Interior.....	316
Figura 19 - Diretrizes da PNAN.....	341
Figura 20 - Organograma da Direção de Assistência Farmacêutica.....	398
Figura 21 - Fluxograma atendimento RAS conforme estratificação de Risco em Saúde Mental.....	418
Figura 22 - Fluxo do atendimento ao paciente dentro do CER II.....	456
Figura 23 - Fluxo de atendimento regional.....	458
Figura 24 - Composição da Rede de Urgência e Emergência.....	460
Figura 25 - Área de abrangência de UPA e PAM por dados de Territorialização.....	470
Figura 26 - Base Legal sobre o funcionamento dos Conselhos.....	488



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Área Geográfica dos Distritos – Toledo 2025.....	47
Tabela 2 – Principais Rodovias do Município de Toledo.....	48
Tabela 3 – Distância dos Municípios com a Região e a Capital do Estado.....	49
Tabela 4 - População Censitária, segundo tipo de domicílio - 2010 e 2022.	51
Tabela 5 - Evolução da população: Brasil, Paraná e Toledo (1970-2022).....	53
Tabela 6 - Comparativo de Crescimento 1970-2022.	54
Tabela 7 - Crescimento Vegetativo de Toledo-PR - (2016-2024).....	57
Tabela 8 - Perfil de Naturalidade dos Novos Moradores Cadastrados.	60
Tabela 9 - Top 10 Cidades de Nascimento - Média anual de cadastros novos em Toledo/PR.	60
Tabela 10 - População estimada por faixa etária nos anos de: 2010, 2012, 2015, 2020, 2021 e 2022.	67
Tabela 11 - População Censitária, segundo tipo de deficiência – 2022.....	70
Tabela 12 - População Censitária segundo cor/raça – 2022.....	71
Tabela 13 - Evolução da Expectativa de Vida Por Sexo no Brasil.	73
Tabela 14 - Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM).....	75
Tabela 15 - População Ocupada e Salário Médio dos Trabalhadores Formais	77
Tabela 16 - Pessoas em situação de baixa renda ou de pobreza por local de residência (jun./2025).	79
Tabela 17 - Relação de Habitantes por Unidade Residencial (Domicílio Particular) em Toledo/PR – 2022.....	81
Tabela 18 - Abastecimento de água e Atendimento de Esgoto, segundo as categorias – 2022.	84
Tabela 19 - Consumo de água medido e faturado (m3).....	84
Tabela 20 - Consumo e Número de Consumidores de Energia segundo	86
classes – 2023.	86
Tabela 21 - Frota de Veículos Segundo Tipo.....	89
Tabela 22 - Número de Estabelecimentos e Empregos (*RAIS) segundo as Atividades Econômicas – TOLEDO, 2015, 2019 e 2023.	99
Tabela 23 - Matrículas Por Modalidade de Ensino.	106
Tabela 24 - Equipamentos Culturais em Toledo/PR.	112
Tabela 25 - Evolução Por Tipo de Estabelecimento de Saúde.....	115
Tabela 26 - Estabelecimentos de Saúde com Vínculo SUS, por Tipo de Estabelecimento – 2020 a 2024.	117
Tabela 27 - Leitos em Toledo-PR – Gerais (SUS e particular).....	121
Tabela 28 - Leitos Hospitalares SUS.	122



Tabela 29 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde por Local.....	124
Tabela 30 - Evolução da Produção SUS: Envio, Validação e Aprovação por Sistema/Fase.	133
Tabela 31 - Evolução da Produção Aprovada no SISAB 2021 – 2024.....	134
Tabela 32 - Produção dos Estabelecimentos enviado pelo SIA/Datasus.....	137
Tabela 33 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná Internações por Capítulo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10a Revisão) Ano processamento de 2020 a 2024.....	141
Tabela 34 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná Internações por Capítulo CID-10 de 2013 a 2024.	143
Tabela 35 – Doenças Imunopreveníveis confirmadas– por local de residência segundo ano de Notificação, nos períodos de 2020 a 2024.....	145
Tabela 36 - Casos de Meningite Notificados em Toledo de 2020 a 2024 por faixa etária.	146
Tabela 37 - Casos de Influenza segundo subtipo viral e óbitos notificados do Sistema SRAG/SIVEP residentes em Toledo de 2020 a 2024.	148
Tabela 38 - Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica (SE), Segundo Faixa etária e plano de tratamento, notificados no SIVEP-DDA, no município de Toledo no ano de 2024.....	150
Tabela 39 – Cobertura Vacinal no período de 2020-2024 em Toledo – PR.	156
Tabela 40 – Doenças de Notificação Individual – Frequência Segundo Agravos Notificados, 2020 a 2024. Residentes.	158
Tabela 41 - Internações por Lista Morb CID-10 e Ano processamento das principais causas de doenças crônicas não transmissíveis no período de 2020 a 2024	167
Tabela 42 – Casos Notificados de acidente de trabalho de Notificação obrigatória. Residentes em Toledo de 2020 a 2024.	172
Tabela 43 – Epizootias notificadas e confirmadas, de 2020 a 2024.	178
Tabela 44 – Óbito de residentes Segundo Capítulo do CID-10. Toledo - 2020 a 2024.....	179
Tabela 45 - Óbitos segundo causas do CID-10, por sexo no período de 2020-2024.	182
Tabela 46 – Óbitos Segundo a Frequência por Sexo em Toledo no período de 2020 a 2024.	183
Tabela 47 – Óbitos gerais: Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2020-2024.	184
Tabela 48 - Óbitos infantis segundo causa (Capítulo do CID-10) no período de 2020 a 2024 em < de um ano residentes.....	187
Tabela 49 - Óbitos Maternos segundo causa (CID-10) no período de 2020 à 2024.....	189
Tabela 50 - Mortalidade prematura pelas DCNTs no período de 2020-2024.....	191
Tabela 51 - Mortalidade de Causas Externas residentes em Toledo de 2020 a 2024.	192
Tabela 52 - Despesa por Habitante - 2020 – 2024.	200



Tabela 53 - Receita de Impostos e Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).....	202
Tabela 54 - Despesas e execução orçamentária.....	202
Tabela 55 - Projeção PPA, LOA, Orç. Atualizado e Empenhado - 2021-2025.*	205
Tabela 56 - Alocação de Recursos – previsão PPA 2026 a 2029.	206
Tabela 57 - Número de profissionais da área da Saúde, por tipo do cargo que ocupa no serviço público.	216
Tabela 58 - Número de profissionais da área da Coordenação, por tipo do cargo que ocupa no serviço público.	220
Tabela 59 - Servidores da Secretaria de Saúde por Vínculo de 2021 a 2024.	221
Tabela 60 - Capacitações realizadas em parceria com COAPES, em 2024.	224
Tabela 61 - Municípios com o maior número de viagens realizadas no Paraná (2024).	240
Tabela 62 - *Série Histórica de Encaminhamentos x Número de Solicitações/Encaminhamentos Regulados realizados no período de 2021 – 2024.	248
Tabela 63 - *Encaminhamentos por Especialidade no período 2021-2024.	250
Tabela 64 - *Solicitações Reguladas no período 2021-2024.....	253
Tabela 65 - *Série Histórica do Percentual de Encaminhamentos Realizados pela APS. ...	254
Tabela 66 - *Série Histórica do Percentual de encaminhamentos realizados por Médicos na Atenção Primária à Saúde, 2021 – 2024.....	254
Tabela 67 - Ações realizadas pela Vigilância Sanitária no Período de 2021 – 2024.....	296
Tabela 68 - Índice de infestação por Aedes aegypti.....	303
Tabela 69 - Atividades de vistoria e recuperação de imóveis, 2020 a 2024.....	308
Tabela 70 - Unidades de Estratégia de Saúde da Família e número de equipes, no município de Toledo-PR.	319
Tabela 71 - Unidades de ESF e número de equipes por unidade.	320
Tabela 72 - EAPs com número de equipes, ano de implantação, carga horária e cobertura populacional.....	321
Tabela 73 - Consultas por Especialidades realizadas no AMI entre 2021-2024.....	333
Tabela 74 - Dados Nutrição e Alimentação.....	342
Tabela 75 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 0 à 6 meses.	345
Tabela 76 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 6 meses à 2 anos.	346
Tabela 77 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 2 anos à 5 anos	346
Tabela 78 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 5 anos à 10 anos.	346



Tabela 79 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Gestante.	347
Tabela 80 - Dados População por equipe de saúde (ESF e EAP).....	359
Tabela 81 - População e prevalência de algumas comorbidades, por equipe (ESF e EAP).	365
Tabela 82 - Consultas x percentual de encaminhamento por unidade da APS.	371
Tabela 83 - Série histórica das vacinas administradas de 2021 a 2024.	375
Tabela 84 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal Estratégia Saúde da Família no município.....	378
Tabela 85 - Distribuição da Carga horária semanal dos odontólogos que atuam em EAP no município.....	379
Tabela 86 - Dados dos procedimentos odontológicos realizados no período de 2021-2024.	385
Tabela 87 - Quantitativo de Tratamento Restaurador Atraumático (A RT) - 2021 a 2024. ...	386
Tabela 88 - Quantitativo de ações coletivas - 2021 e 2024.....	387
Tabela 89 - Encaminhamentos odontológicos para especialidades entre os anos de 2021 a 2024.....	388
Tabela 90 - Componentes da Assistência Farmacêutica.....	394
Tabela 91 - Relação de Números de Atendimentos.....	405
Tabela 92 - Relação de Entrada de Estoque.....	406
Tabela 93 - Relação de Saída de Estoque.....	406
Tabela 94 - Relação de Percentual de Perda.....	407
Tabela 95 - Movimentação de estoque no ano de 2021 a 2024.....	407
Tabela 96 - Estrutura da Rede de Saúde Mental.....	412
Tabela 97 - Rede de Atenção Especializada.....	434
Tabela 98 - Relatório de Consultas Agendadas.....	445
Tabela 99 - Média mensal de vagas agendadas na Central de Especialidades.....	446
Tabela 100 - Produção - 2021 a 2024.....	453
Tabela 101 - Produção SIA/SUS da Equipe Multiprofissional do CER II - *2025.....	457
Tabela 102 - Leitos totais/Leitos SUS.....	461
Tabela 103 - Leitos UTI.....	462
Tabela 104 - Quantidade total de Leitos Hospitalares disponíveis no município de Toledo.	462
Tabela 105 - Quantidade total de Leitos Hospitalares Exclusivamente SUS disponíveis no município de Toledo.....	463
Tabela 106 - Hospitais e Clínicas de Referência no Estado do Paraná (atendimento SUS) - Toledo, 2016.....	464



Tabela 107 - Internações por Ano atendimento e Capítulo CID-10 de munícipes de Toledo.	465
Tabela 108 - *Consultas Médicas realizadas no PAM no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como "Normal".....	473
Tabela 109 - *Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como "Normal".....	473
Tabela 110 - *Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como "Normal".....	474
Tabela 111 - *Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como "Normal"	474
Tabela 112 - *Consultas Médicas realizadas no PAM e UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como "Normal".....	475
Tabela 113 - *Consultas Médicas realizadas no PAM e UPA no Período de 2021 a 2024, total.	475
Tabela 114 - Pacientes encaminhados do PAM e UPA à Internação Hospitalar, no período de 2021 a 2024.	476
Tabela 115 - Coeficiente de Mortalidade de PAM e UPA no período de 2021 a 2024.	476
Tabela 117 - Exames não laboratoriais da RUE realizados pela rede própria de 2021 a 2024 (radiografias e Eletrocardiogramas).....	477
Tabela 118 - Exames não laboratoriais da RUE realizados por convênio CISCOPAR de 2021 a 2024 (Ultrassonografias e Tomografias Computadorizadas).	477
Tabela 119 - Desfecho pacientes PAM 2024.....	478
Tabela 120 - Desfecho pacientes UPA 2024.	479
Tabela 121 - Relatório destino dos pacientes - UPA 24 hs. ANO 2024.....	480
Tabela 122 - Relatório destino dos pacientes - UPA 24 hs. ANO 2024.....	481
Tabela 123 - Consultas e Procedimentos realizados pela EMAD no período de 2021 a 2024.	483
Tabela 124 - Produção do Conselho de Saúde em 2021 a 2024, Toledo – PR.	492
Tabela 125 - Número de Atendimentos da Ouvidoria do Municipal do SUS.	500
Tabela 126 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por forma de contato).	501
Tabela 127 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por setor).....	503
Tabela 128 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por tipo de manifestação).....	507



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da População no Período de 2010 – 2024.....	52
Gráfico 2 - Crescimento percentual da população em relação ao ano de 1970: Brasil, Paraná e Toledo-PR no período de 1970 – 2022.....	53
Gráfico 3 - Evolução Anual da População de Toledo/PR - entre os anos de Censo IBGE 1970 – 2022.....	55
Gráfico 4 - Pirâmide Etária – 2022.....	65
Gráfico 5 - Participação por Faixa Etária no Total da População - Toledo/PR 2010 – 2022.....	67
Gráfico 6 - Evolução da população de Toledo por Faixa etária 2010/2022.....	69
Gráfico 7 - Nível de Instrução.....	88
Gráfico 8 - Evolução do Número de Empregos por Setor 2015/2023.....	97
Gráfico 9 - Evolução do Número de Estabelecimentos por Setor 2015/2023.....	98
Gráfico 10 - Número de Profissionais de Saúde a cada mil habitantes 2021 - 2024.....	118
Gráfico 11 - Número de Médicos a cada mil habitantes 2024.....	120
Gráfico 12 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde.....	125
Gráfico 13 - Percentual de Exames Laboratoriais por Convênio 2021 – 2024.....	128
Gráfico 14 - Comparativo de Valores Pagos SUS, COTA MUNICIPAL e CISCOPAR.....	129
Gráfico 15 – Evolução Anual do Número de Exames Laboratoriais e Consultas Médicas.....	130
Gráfico 16 - Casos de doença diarreica aguda no município de Toledo em 2024.....	154
Gráfico 17 - Número de surtos de doença diarreica aguda detectadas pela MDDA em 2024.....	155
Gráfico 18 - Estratificação por tipo de acidente entre os anos de 2019 a 2024 na cidade de Toledo.....	174
Gráfico 19 - Aplicação dos recursos com ações e serviços públicos de Saúde.....	199
Gráfico 20 - Percentual Aplicado das Receitas por Ente.....	204
Gráfico 21 - Número de servidores na Secretaria de Saúde.....	222
Gráfico 22 - Passageiros transportados pela Saúde 2021 – 2024.....	238
Gráfico 23 - *Histórico das Especialidades mais encaminhadas no período entre 2021 – 2024.....	250
Gráfico 24 - Histórico das Especialidades com mais encaminhamentos regulados 2021 – 2024.....	252
Gráfico 25 - Resultados do Levantamento de Índice Rápido para o Aedes aegypti (LIRAa) em Toledo (2020-2024).....	303
Gráfico 26 - Histórico do número de casos notificados e confirmados de dengue por Ano Epidemiológico.....	305



Gráfico 27 - Número de óbitos por dengue nos Anos Epidemiológicos de 2020 a 2024.....	306
Gráfico 28 - Cobertura da Atenção Primária no Município de Toledo - 2021 a 2024.	317
Gráfico 29 - Série histórica implantação de ESF no município.	322
Gráfico 30 - Distribuição das equipes de saúde por regiões no município.....	323
Gráfico 31 - Produção do Ambulatório de Feridas e Ostomias 2021-2024.....	332
Gráfico 32 - Cobertura da Vacina BCG.....	339
Gráfico 33 - Protocolos finalizados do Programa Mãe Dedicada – Pré-Natal 100% ...	340
Gráfico 34 - Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – 2021 a 2024.....	355
Gráfico 35 - Série Histórica de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde durante o período 2021 – 2024.....	358
Gráfico 36 - Percentual do perfil demográfico da população Adstrita de cada Unidade Básica de Saúde.....	360
Gráfico 37 - Perfil demográfico da população Adstrita de cada Unidade básica de Saúde (nominal).....	361
Gráfico 38 - Percentual da situação de Saúde da população Adstrita de cada Unidade Básica de Saúde- Cadastro Individual.....	367
Gráfico 39 - Situação de saúde da população adstrita das Unidades Básicas de Saúde - Cadastros Individuais (nominal).	367
Gráfico 40 - Consultas Médicas e de Enfermagem no período de 2021 a 2024.	368
Gráfico 41 - Procedimentos ambulatoriais, no período de 2021 á 2024.	369
Gráfico 42 - Interações com usuários.....	370
Gráfico 43 - Resolutividade da APS – 2024.....	372
Gráfico 44 - Procedimentos Coletivos, no período de 2021 á 2024.....	374
Gráfico 45 - Total de doses de imunobiológicos aplicados.....	377
Gráfico 46 - Cobertura de Saúde Bucal no Período de 2016 à 2024, Toledo.....	381
Gráfico 47 - Quantitativo de consultas odontológicas no período de 2021 a 2024.	383
Gráfico 48 - Evolução dos procedimentos odontológicos ao longo dos anos de 2021 a 2024.....	384
Gráfico 49 - Resolutividade da Saúde Bucal, período de 2021 a 2024.....	389
Gráfico 50 - Consultas Médicas Especializadas e Outros Profissionais - 2021 a 2024.....	420
Gráfico 51 - Consultas por Serviço da Rede Especializada de Saúde Mental.....	421
Gráfico 52 - Procedimentos Ambulatoriais Totais e Por Serviço - 2021 a 2024.....	422
Gráfico 53 - Procedimentos Coletivos Totais e Por Serviço - 2021 a 2024.....	424
Gráfico 54 - Matriciamentos Totais e Por Serviço - 2021 a 2024.....	426
Gráfico 55 - Número e Taxa de Suicídios - Paraná e Toledo (2021 a 2024)	428



Gráfico 56 - Número de passagens liberadas para fora do município	443
Gráfico 57 - Consultas Especializadas - SUS.....	447
Gráfico 58 - Consultas Especializadas - CISCOPAR.....	448
Gráfico 59 - Exames Não Laboratoriais - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT - SUS)	448
Gráfico 60 - Exames Não Laboratoriais (SADT - CISCOPAR)	449
Gráfico 61 - Fila de Espera para Consultas Especializadas.....	449
Gráfico 62 - Relatório de procedimentos ambulatoriais fevereiro a abril/2025	459
Gráfico 63 - Origem dos pacientes - município de residência PAM 24 hs.....	468
Gráfico 64 - Origem dos pacientes - município de residência UPA II.....	469



SUMÁRIO

MENSAGEM DA SECRETÁRIA.....	29
MENSAGEM DO PRESIDENTE	30
INTRODUÇÃO	31
1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO E FUNDAMENTAÇÃO	33
1.1. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO	33
1.2. BASE LEGAL	36
1.3. RELAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL - PPA.....	37
1.4. INDICADORES DO PROGRAMA:.....	41
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .	43
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	44
3.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO.....	44
3.1.1. Aspectos geográficos.....	44
3.1.2. Dinâmica populacional e perfil demográfico.....	50
3.1.2.1. População e densidade demográfica.....	50
3.1.2.2. Urbanização.....	51
3.1.2.3. Crescimento populacional.....	52
3.1.2.4. Natureza do crescimento populacional.....	56
3.1.2.5. Crescimento vegetativo e Taxa de fecundidade.....	57
3.1.2.6. Migração	58
3.1.2.7. Imigração	61
3.1.2.8. Projeção de crescimento	63
3.1.2.9. População distribuição por sexo.....	64
3.1.2.10. Pirâmide etária, raça/cor e Pessoas com deficiência/autismo.....	64
3.1.2.11. População e Evolução etária	66
3.1.2.12. Deficiência e Autismo	70
3.1.2.13. População segundo cor/raça	71
3.1.2.14. Domicílios	72
3.1.2.15. Expectativa de vida.....	73
3.1.2.16. Índice IPARDES de desempenho municipal (IPDM).....	74
3.1.3. Aspectos socioeconômicos.....	77
3.1.3.1. Aspectos de renda.....	77
3.1.3.2. Condições de moradia.....	80
3.1.3.2.1. Domicílios.....	80
3.1.3.2.2. Saneamento básico e Habitação	82
3.1.3.2.3. Abastecimento de água potável	83
3.1.3.2.4. Rede de esgoto.....	83
3.1.3.2.5. Limpeza urbana e Manejo de resíduos sólidos.....	85
3.1.3.2.6. Energia	86
3.1.3.3. Educação e Escolaridade	87
3.2. SEGURANÇA, TRÂNSITO E TAXA DE HOMICÍDIOS.....	88
3.2.1. Trânsito e Transporte.....	88
3.2.2. Trânsito.....	91
3.2.3. Taxa de homicídios	92
3.2.4. Economia e Principais Setores.....	93
3.2.5. Estrutura Produtiva (Atividades Econômicas, Estabelecimentos, Empregos, Biopark).....	95
3.2.6. Atividades Econômicas: Estabelecimentos e Empregos	96
4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.....	103
4.1. ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTOS	104



4.2.	REDE INTERSETORIAL	106
4.2.1.	Educação	106
4.2.2.	Assistência Social	108
4.2.3.	Esporte	110
4.2.4.	Cultura	112
5.	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	114
5.1.	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	114
5.2.	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM GERAL	114
5.2.1.	Rede SUS de Estabelecimentos	117
5.3.	PROFISSIONAIS DE SAÚDE	118
5.4.	LEITOS HOSPITALARES	121
5.5.	SAÚDE SUPLEMENTAR	123
6.	EXAMES LABORATORIAIS	127
6.1.	FORMAS DE OFERTA NO MUNICÍPIO	127
6.2.	DISTRIBUIÇÃO POR CONVÊNIO E PARTICIPAÇÃO MUNICIPAL	127
6.3.	PRODUÇÃO ANUAL E TENDÊNCIA DE CRESCIMENTO	129
6.4.	DESAFIOS E PERSPECTIVAS	130
7.	PRODUÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO	132
7.1.	PRODUÇÃO PSICOSSOCIAL, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	136
8.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	140
8.1.	MORBIDADE E MORTALIDADE	140
8.2.	MORBIDADE	140
8.3.	DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS	145
8.4.	AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	157
8.5.	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	165
8.6.	DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	171
8.7.	DOENÇAS E AGRAVOS DE TRANSMISSÃO ZONÓTICA	175
8.8.	MORTALIDADE	179
8.8.1.	Mortalidade Geral	179
8.8.2.	Mortalidade Infantil	187
8.8.3.	Mortalidade Materna	189
8.8.4.	Mortalidade por Doenças e Agravos não transmissíveis	191
8.8.5.	Mortalidade por Causas Externas	192
9.	FINANCIAMENTO EM SAÚDE	194
9.1.	BASE LEGAL	194
9.2.	RECEITAS E APLICAÇÃO DE RECURSOS	196
9.3.	APLICAÇÃO DOS RECURSOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	198
9.4.	DESPESAS E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	202
9.5.	PROJEÇÕES PARA O PERÍODO 2026 - 2029	206
10.	GESTÃO EM SAÚDE	208
10.1.	PLANEJAMENTO, GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO	210
10.2.	INTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NO SUS – ÊNFASE NO ÂMBITO MUNICIPAL	211
10.3.	GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	215
10.3.1.	Perfil da força de trabalho	215
10.3.2.	Educação permanente em saúde	222
10.3.3.	Implantação do núcleo de educação permanente em saúde (NEPS) 223	
10.4.	INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: COAPES	225



10.4.1.	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)	225
10.5.	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE	226
10.5.1.	Residência médica e multiprofissional	226
10.5.2.	Integração dos Núcleos Formativos	228
10.6.	SAÚDE DIGITAL	228
10.6.1.	Integração SIGSS x IDS SAÚDE	232
10.6.2.	Gerador de relatórios	233
10.6.3.	Assistente virtual do paciente	234
10.6.4.	Tecnologia e oportunidades	234
10.6.5.	Padronização de registros	235
10.7.	TRANSPORTE SANITÁRIO	236
10.7.1.	Estrutura administrativa	237
10.7.2.	Demanda expansão do serviço	237
10.7.3.	Frota	242
10.7.4.	Renovação da frota	242
10.7.5.	Inovação no atendimento: agendamentos via WhatsApp	243
10.7.6.	Qualificação da equipe: técnicos de enfermagem	244
10.7.7.	Organização da jornada de trabalho e redução de horas extras	244
10.7.8.	Registro de ponto e monitoramento de viagens	245
10.7.9.	Diárias	246
10.7.10.	Serviços terceirizados	246
10.8.	REGULAÇÃO E AUDITORIA	247
10.8.1.	Regulação	247
10.8.2.	Volume de encaminhamentos e regulações	248
10.8.2.1.	Encaminhamentos totais e regulados (2021-2024)	248
10.8.2.2.	Encaminhamentos por especialidade	249
10.8.2.3.	Solicitações reguladas por especialidade	251
10.8.2.3.1.	Regulação de consultas médicas especializadas	251
10.8.2.4.	Encaminhamentos pela atenção primária à saúde	253
10.8.3.	Ações estruturantes em desenvolvimento	255
10.8.4.	Ações estratégicas complementares	259
10.9.	AUDITORIA EM SAÚDE	262
11.	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	263
11.1.	INTRODUÇÃO	263
11.2.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DVS 265	
11.2.1.	Estrutura organizacional da vigilância em saúde – setores	267
11.3.	PROPÓSITOS E FUNÇÕES	269
11.4.	COLETA DE DADOS E INFORMAÇÃO	270
11.5.	TIPOS DE DADOS	272
11.6.	IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA, SURTOS E EPIDEMIAS	274
11.7.	FONTES DE DADOS	274
11.7.1.	Notificação Compulsória	275
11.7.2.	Critérios para inclusão de doenças na lista de notificação compulsória	275
11.8.	OUTRAS FONTES DE DADOS DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO	277
11.9.	DIAGNÓSTICO DE CASOS	279
11.10.	NORMATIZAÇÃO	279
11.11.	RETROALIMENTAÇÃO DOS SISTEMAS	281
11.12.	AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	282
11.13.	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	284
11.14.	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS	289
11.15.	SETOR DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, ESTATÍSTICAS VITAIS E MORBIDADES	289
11.16.	SETOR DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	290



11.17.	SETOR DE IMUNIZAÇÃO, REDE DE FRIO E CRIE	290
11.18.	SETOR DE LOGÍSTICA DE INSUMOS ESTRATÉGICOS E APOIO DIAGNÓSTICO	291
11.19.	SETOR DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	292
11.20.	SETOR DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DAS DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO	292
11.21.	SETOR DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE.....	293
11.22.	SETOR DE ZONÓSES.....	293
12.	VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	295
12.1.	COMBATE ÀS ENDEMIAS	299
12.2.	IMPORTÂNCIA DO COMBATE ÀS ENDEMIAS PARA TOLEDO	300
12.3.	MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO.....	302
12.4.	ANÁLISE DOS RESULTADOS DO LIRAA	302
12.5.	HISTÓRICO DOS CASOS DE DENGUE DE 2020 A 2024	304
12.6.	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR DENGUE.....	305
12.7.	SITUAÇÃO DO EFETIVO DE AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE).....	307
12.8.	DESEMPENHO E COBERTURA DAS AÇÕES DO SETOR DE ENDEMIAS	308
13.	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	311
13.1.	INTRODUÇÃO.....	311
13.2.	AVANÇOS E DESAFIOS NO PERÍODO 2020-2024.....	312
13.3.	REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NO CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO	313
13.4.	ESTRUTURA E AVANÇOS DA REDE DA APS.....	314
13.5.	POPULAÇÃO ASSISTIDA POR EQUIPE.....	318
13.6.	ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS DE FORTALECIMENTO DA APS.....	325
13.6.1.	<i>Programa Mais Médicos.....</i>	<i>325</i>
13.6.2.	<i>Programa de Residência Médica</i>	<i>327</i>
13.6.3.	<i>Telessaúde.....</i>	<i>328</i>
13.7.	REDE DE APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA	330
13.7.1.	<i>Ambulatório de Feridas e Ostomias.....</i>	<i>331</i>
13.7.3.	<i>Academia da Saúde.....</i>	<i>334</i>
13.7.4.	<i>Equipes Multiprofissionais de Atenção Primária (EMULTI ampliada e complementar).....</i>	<i>334</i>
13.7.5.	<i>Serviços Especializados e Conveniados.....</i>	<i>335</i>
13.7.6.	<i>Saúde Mental</i>	<i>335</i>
13.7.7.	<i>Assistência Farmacêutica na APS.....</i>	<i>335</i>
13.8.	POPULAÇÕES E PROGRAMAS ESPECÍFICOS.....	336
13.8.1.	<i>Atenção à população privada de liberdade.....</i>	<i>336</i>
13.8.2.	<i>Projeto Acalanto.....</i>	<i>337</i>
13.8.3.	<i>Programa Mãe Dedicada - Pré-Natal 100%.....</i>	<i>339</i>
13.9.	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS.....	340
13.9.1.	<i>Dispensação de Alimentos Suplementares.....</i>	<i>342</i>
13.9.2.	<i>Acompanhamento de Estado Nutricional - Crianças e Gestantes ...</i>	<i>344</i>
13.10.	INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	347
13.10.1.	<i>Rede de Serviços Especializados.....</i>	<i>347</i>
13.10.2.	<i>Rede de Urgência e Emergência.....</i>	<i>348</i>
13.11.	FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	350
13.12.	PANORAMA DAS UNIDADES DE SAÚDE (UBS)	353
13.12.1.	<i>Estruturas Físicas e Condições e Infraestrutura.....</i>	<i>353</i>
13.12.2.	<i>Equipes e Composição Profissional.....</i>	<i>354</i>
13.12.3.	<i>Perfil Demográfico e Vulnerabilidades Territoriais</i>	<i>356</i>
13.12.4.	<i>Visitas Domiciliares Realizadas pelos Agentes.....</i>	<i>358</i>
13.12.5.	<i>Perfil Epidemiológico.....</i>	<i>363</i>
13.13.	SAÚDE BUCAL.....	378
13.13.1.	<i>Estrutura e Cobertura das Equipes.....</i>	<i>378</i>
13.13.2.	<i>Atendimento nos CERTI (População Idosa)</i>	<i>382</i>
13.13.3.	<i>Estrutura Física e Recursos Humanos.....</i>	<i>382</i>



13.13.4.	<i>Produção de Serviços e Desempenho</i>	383
13.13.5.	<i>Ações Coletivas e Promoção em Saúde</i>	386
13.13.6.	<i>Atenção Secundária - Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB)</i> ..	388
13.13.7.	<i>Regulação Odontológica</i>	390
14.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	392
14.1.	APRESENTAÇÃO GERAL E MARCO LEGAL.....	392
14.2.	ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO	395
14.2.1.	<i>Estrutura Administrativa</i>	395
14.2.2.	<i>Rede de Atendimento</i>	400
14.2.2.1.	Própria.....	400
14.2.2.2.	Conveniada	402
14.2.2.2.1.	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)	402
14.2.2.3.	Contratada	403
14.2.2.4.	Consórcio Paraná Saúde	403
14.2.3.	<i>Quadro de Pessoal da Assistência Farmacêutica</i>	404
14.3.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM NÚMEROS.....	405
15.	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	411
15.1.	SAÚDE MENTAL	411
15.2.	ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL	412
15.2.1.	<i>Ambulatório de Saúde Mental (ASM) “Dr. Orlando Serpa”</i>	413
15.2.2.	<i>CAPS II “Lugar Possível” Dr. Jorge Nisiide</i>	414
15.2.3.	<i>CAPS AD “Bem Viver” Dr. Renan dos Santos Tortajada</i>	414
15.2.4.	<i>CAPSi “Um Novo Olhar” Dr. Rafael Azambuja Patiño Cruzatti</i>	415
15.3.	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL.....	416
15.4.	DADOS DE ATENDIMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	419
15.4.1.	<i>Procedimentos Ambulatoriais</i>	419
15.4.2.	<i>Procedimentos Coletivos</i>	423
15.4.3.	<i>Matriciamento – Apoio Técnico-Pedagógico e Integração com a Atenção Primária à Saúde</i>	425
15.5.	ANÁLISE TERRITORIAL, DEMANDA E PERFIL MUNICIPAL	427
15.5.1.	<i>Análise Comparativa dos Indicadores de Suicídio - Toledo e Paraná</i>	428
16.	ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR 432	
16.1.	REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.....	433
16.1.1.	<i>Central de Especialidades de Toledo</i>	434
16.1.1.1.	Serviços Ofertados pela Central de Especialidades	436
16.1.1.1.1.	Consultas em Especialidades Médicas	436
16.1.1.1.2.	Atendimento em fisioterapia (Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapia Complementares).....	437
16.1.1.1.3.	Agendamento via CISCOPAR	438
16.1.1.2.	Outros Serviços da Rede Especializada.....	438
16.1.1.2.1.	Encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD)	438
16.1.1.2.2.	Encaminhamentos para cirurgia.....	439
16.1.1.2.3.	Encaminhamentos para órteses e próteses.....	439
16.1.1.2.4.	Encaminhamento para processo de Oxigenoterapia	440
16.1.1.2.5.	Dispensação de passagens e diárias de pensão.....	442
16.1.1.3.	Sistemas utilizados na Rede Especializada.....	444
16.1.1.4.	Evolução dos Agendamentos e Crescimento da Demanda	444
16.1.1.5.	Desafios e Oportunidades.....	450



16.1.2.	Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares ..	452
16.1.3.	Centro Especializado em Reabilitação - CER II.....	454
17.	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	460
17.1.	COMPOSIÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	460
17.2.	CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR	461
17.3.	CRESCIMENTO DAS INTERNAÇÕES E SEU IMPACTO NA RUE.....	465
17.4.	CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL	466
17.5.	DADOS DE ATENDIMENTO E IMPACTO NA RUE	473
17.6.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E HOSPITALAR - PAM E UPA.....	481
17.7.	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENDIMENTO DOMICILIAR - EMAD	482
17.8.	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	483
17.9.	DESAFIOS E OPORTUNIDADES	484
18.	CONTROLE SOCIAL.....	487
18.1.	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	487
18.2.	OUVIDORIA SUS.....	493
18.2.1.	Utilização do SIGO.....	495
18.2.2.	Estrutura Necessária.....	496
18.2.3.	Lei de Acesso à Informação - LAI.....	497
19.	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	511
20.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	541
21.	REFERÊNCIAS	543
22.	LISTA DE SIGLAS	572
23.	ANEXOS	589
	ANEXO I - QUADRO DE RESPONSÁVEIS, CORRESPONSÁVEIS E FONTES DE APURAÇÃO DAS METAS DO PMS 2026–2029	589
	ANEXO II – PROPOSTAS APROVADAS NA XVI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2022. ..	612
	ANEXO III – RESOLUÇÃO Nº 031, DE 08 DE OUTUBRO DE 2025.....	617



MENSAGEM DA SECRETÁRIA

Com alegria e senso de responsabilidade, apresentamos o Plano Municipal de Saúde 2026-2029, instrumento que orientará as ações e prioridades da saúde pública em nosso município ao longo do próximo quadriênio.

Este plano é resultado de um trabalho coletivo, construído a muitas mãos. Contou com participação dos gestores, profissionais, além do apoio fundamental do Conselho Municipal de Saúde e da participação popular, através das propostas aprovadas na Conferência de Saúde. Assim, a partir do diagnóstico situacional e da análise dos desafios e potencialidades locais, foram definidas as diretrizes e metas que guiarão a saúde do município.

Cada diretriz e cada meta aqui estabelecidos representam um compromisso com a vida: qualificar o atendimento, ampliar o acesso e assegurar a melhoria contínua dos serviços prestados à população, sempre com foco no cuidado humano.

O Plano Municipal da Saúde reafirma nossa missão de promover o bem-estar da comunidade, por meio de uma gestão transparente, participativa e comprometida com a vida.

Estamos confiantes de que, as metas aqui estabelecidas serão alcançadas, refletindo diretamente na qualidade de vida da população local.

Adriane Monteiro Santana

Secretaria Municipal de Saúde

Toledo-PR



MENSAGEM DO PRESIDENTE

O Conselho Municipal de Saúde, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, participou de maneira efetiva da elaboração e validação do Plano Municipal de Saúde, assegurando que este instrumento de gestão esteja alinhado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se a relevância da participação social nesse processo, uma vez que a presença e a contribuição dos diversos segmentos da sociedade civil, trabalhadores e gestores da saúde são fundamentais para a construção de políticas públicas mais equitativas, democráticas e resolutivas.

O Conselho reafirma seu compromisso com o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação contínua da execução deste Plano, de modo a garantir que as ações e metas nele previstas sejam implementadas com responsabilidade e transparência.

Cumprе registrar, ainda, que o presente Plano reflete não apenas o planejamento técnico da gestão municipal de saúde, mas também as necessidades e prioridades identificadas pela população, constituindo-se, assim, em um instrumento legítimo de planejamento em saúde.

Jairo Marcos Zschonark

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Toledo-PR

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de planejamento, monitoramento e avaliação de todas as iniciativas no âmbito da saúde municipal. Ele deve orientar a atuação da esfera municipal junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2026 a 2029.

É importante que este instrumento esteja alinhado com as demais iniciativas e instrumentos governamentais, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A construção do PMS contou com a essencial colaboração de diversos atores, como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a sociedade civil organizada por meio de suas propostas apresentadas na XVI Conferência Municipal de Saúde e no I Simpósio Municipal de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora Municipal de Toledo-PR. Também foram consideradas as diretrizes do Plano de Governo 2025-2028, bem como as contribuições dos diversos setores e/ou departamentos da Secretaria de Saúde. Além disso, buscou-se garantir a compatibilidade do PMS com o PPA 2026-2029.

As metas previstas no Plano Municipal de Saúde 2026-2029 foram definidas com base em um diagnóstico situacional detalhado, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário do município. Também foram incorporadas as propostas aprovadas na 16ª Conferência Municipal de Saúde de Toledo, realizada no dia 25 e 26 de novembro de 2022 e no I Simpósio Municipal de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora Municipal de Toledo-PR, ocorrido no dia 11 de março de 2025, além das diretrizes estabelecidas no Plano de Governo Municipal e no PPA.

O Plano é apresentado em seis eixos principais, além desta introdução,



sendo:

- 1) a estruturação do plano;
- 2) análise situacional;
- 3) perfil epidemiológico;
- 4) perfil assistencial da rede de atenção à saúde;
- 5) diretrizes, objetivos, metas e indicadores, que apresentam 16 diretrizes, 18 objetivos e 73 indicadores;
- 6) monitoramento e avaliação.

Ainda conta com anexos, referências bibliográficas e as listas com ilustrações (figuras, tabelas e gráficos) apresentadas no decorrer de todo o texto deste Plano de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 será acompanhado por meio de monitoramento quadrimestral e avaliação anual, permitindo o aperfeiçoamento das ações pactuadas junto com a população, representada pelas Conferências Municipais e o CMS



1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO E FUNDAMENTAÇÃO

1.1. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO

A construção do Plano Municipal de Saúde de Toledo (2026–2029) seguiu os princípios do planejamento ascendente, participativo e situacional, conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), pela Lei 8.142/1990, pela Lei Complementar nº 141/2012, pela Portaria nº 2.135/2013 e pelas orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024–2027.

O PMS está alinhado ao Plano Plurianual (PPA) e compatibilizado com outros planos municipais, como os voltados aos direitos de crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, à segurança alimentar e nutricional e à prevenção do trabalho infantil. Essa compatibilização visa promover coerência, sinergia intersetorial e integralidade do cuidado, além disso, o Plano incorpora deliberações das Conferências Municipais de Saúde e recomendações do Conselho Municipal de Saúde (CMS), considerando os critérios estabelecidos na Instrução Normativa nº 4, art. 8º.

O acompanhamento das ações previstas será realizado por meio dos Planos Anuais de Saúde (PAS), Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG), garantindo a integração ao ciclo de planejamento do SUS

O processo de elaboração foi coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde de Toledo, por meio da equipe do Departamento de Gestão em Saúde, e contou com ampla participação de gestores, profissionais de saúde e conselheiros municipais, reunindo mais de 250 participantes no total. As discussões ocorreram por meio de uma comissão especialmente formada



para a construção do PMS, composta por representantes de diferentes áreas e níveis de atenção e representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que se reuniram em reuniões técnicas semanais, ao todo foram 12 encontros para análise, debate e construção coletiva do documento.

A metodologia adotada compreendeu as seguintes etapas:

Diagnóstico Participativo

O Diagnóstico Situacional Participativo foi construído de forma integrada, envolvendo as unidades de saúde e diversos departamentos da Secretaria Municipal da Saúde. Para subsidiar esse processo, foi constituída a Comissão de Construção do Plano Municipal de Saúde 2026-2029, por meio da Portaria SMS nº 008, de 03 de junho de 2025, composta por membros, profissionais, gestores e representantes do CMS, que se reuniram regularmente ao longo do processo.

O departamento de gestão realizou reunião com os gerentes das unidades de saúde, disponibilizou um modelo de relatório e um guia para orientar o levantamento dos dados, a análise e a discussão junto às equipes. O diagnóstico elaborado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi construído de forma específica, incorporado ao diagnóstico da APS e, posteriormente, integrado aos demais departamentos, compondo um panorama abrangente e representativo da realidade de saúde do município.

A seguir, descrevem-se as etapas metodológicas no diagnóstico situacional.

Levantamento Situacional

O Levantamento Situacional consistiu na coleta, organização e análise de dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, de infraestrutura, de cobertura assistencial e de desempenho das ações e serviços de saúde. Foram contemplados, preferencialmente, dados em séries históricas mínimas de quatro anos, utilizando sistemas de informação

nacionais, estaduais e/ou municipais, tais como: e-Gestor, SISAB, TABNET/TABWIN, SINAN, SIOPS, SIGSS, entre outros. O levantamento permitiu identificar tendências, prioridades e lacunas, constituindo subsídio fundamental para a formulação dos objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde.

Análise de dados

A análise de dados abrangeu aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e de gestão, incluindo a avaliação da capacidade instalada, dos fluxos, recursos humanos, cobertura, desempenho dos serviços, entre outros. Para apoiar esse processo, foram utilizadas ferramentas de análise estratégica, como a Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) — também conhecida como SWOT. Com base nessas análises, os departamentos sugeriram objetivos, metas e indicadores, cujas contribuições foram sistematizadas e incorporadas ao Plano Municipal de Saúde, servindo como base para a formulação final dos objetivos, metas e indicadores.

Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

A partir da análise situacional e das contribuições dos diversos atores locais, foram definidos os eixos estruturantes do Plano, com objetivos estratégicos e metas mensuráveis, considerando as necessidades de saúde da população, a capacidade instalada, os determinantes sociais da saúde e os recursos disponíveis.

Todo o processo contou com a participação da comissão de elaboração do Plano, composta por gestores, profissionais de saúde e representantes do CMS, garantindo legitimidade, controle social e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante essa fase, foram analisadas as propostas e incorporadas sugestões dos participantes, que atendiam aos requisitos estabelecidos na



Instrução Normativa nº 4, de 4 de julho de 2025, criada e aprovada em comissão do PMS. As alterações de metas e indicadores foram deliberadas por meio de votação, assegurando um processo coletivo, participativo e transparente.

As metas e indicadores foram estabelecidos em conformidade com os critérios do art. 5º, incisos I e II e art. 6º da Instrução Normativa supramencionada.

Aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde

O Plano será submetido à apreciação e aprovação do CMS de Toledo, garantindo o controle social sobre o processo de planejamento e seu conteúdo.

1.2. BASE LEGAL

A Constituição Federal de 1988 (art. 196) garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada por políticas que promovam a prevenção, a proteção e a recuperação da saúde, com acesso universal e igualitário. Para isso, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), com gestão descentralizada e financiamento compartilhado entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O município atua como ordenadora do cuidado na Atenção Primária, organizando serviços e garantindo atendimento direto à população.

A Lei nº 8.080/1990 estabelece a obrigatoriedade de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e sua compatibilização com os recursos disponíveis, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde definir diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos. A Lei Complementar nº 141/2012 reforça que os Conselhos de Saúde devem deliberar sobre

prioridades.

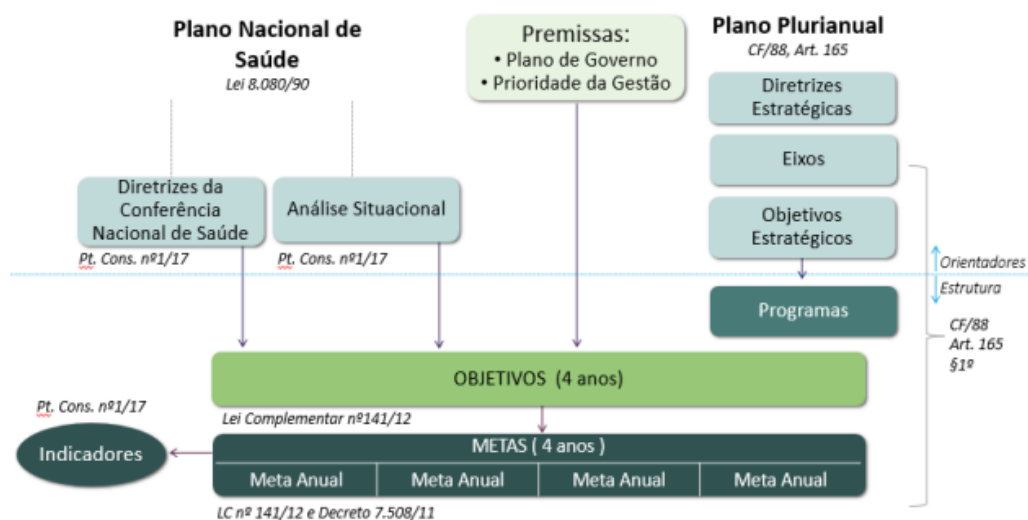
A Lei nº 8.142/1990 determina a realização de Conferências de Saúde a cada quatro anos, visando propor diretrizes para a política de saúde e estabelece requisitos para receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), incluindo a existência de planos e relatórios de gestão.

A Portaria nº 2.135/2013 define o plano de saúde como instrumento central de planejamento quadrienal, orientando ações, compromissos governamentais e refletindo as necessidades da população e peculiaridades de cada esfera de gestão.

1.3. RELAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL - PPA

Em atendimento às legislações supramencionadas e à Constituição Federal de 1988, o PMS 2026-2029 foi elaborado em consonância com o Plano Plurianual para o mesmo período que possui compatibilidade quanto à exigência e aos objetivos definidos. Seguindo a lógica da figura abaixo que demonstra a relação entre os instrumentos.

Figura 1 - Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual.



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

FONTE: Ministério da Saúde (2025).



O PPA representa o instrumento de planejamento de médio prazo do município, com vigência de quatro anos, iniciando-se no segundo ano do mandato do prefeito e encerrando-se no primeiro ano do mandato seguinte. Mais do que um requisito legal, o PPA é a materialização do planejamento municipal, construído com base em um processo democrático que envolve a participação da população.

Neste sentido, o PPA não se limita a cumprir um requisito legal, mas busca alinhar a estratégia do governo local aos recursos disponíveis, identificando oportunidades e definindo investimentos prioritários. Ele promove a integração com o planejamento das diferentes esferas de governo, com o objetivo de atender às necessidades coletivas da população de forma eficiente e equitativa.

Ao estabelecer diretrizes para uma gestão democrática e transparente, o PPA orienta a aplicação dos recursos públicos e define os objetivos estratégicos e as metas da administração municipal. Esses elementos guiam a execução de obras, ações e programas previstos no Plano de Governo, com uma abordagem sistêmica e integrada do desenvolvimento — onde a economia é compreendida como um meio para promover o bem-estar e a qualidade de vida da população.

Os objetivos e metas definidos no PPA são operacionalizados por meio de um modelo de gestão orientado para resultados, que busca elevar a qualidade de vida da população e promover um ambiente favorável ao desenvolvimento humano, social e econômico. Dessa forma, o município se consolida como um território de oportunidades, inclusão e bem-estar para todos.

Os objetivos e metas estabelecidos pelo PPA concretizam por um modelo de gestão de alto desempenho, elevando a qualidade de vida da população e criando um ambiente favorável para que este seja um lugar de oportunidades.



Para 2026-2029, entre as diretrizes e objetivos gerais do PPA do município de Toledo, na área da saúde se objetiva fortalecer a Rede de Atenção à Saúde do município garantindo acesso universal, atendimento humanizado e aprimoramento contínuo dos serviços, alinhado à interdependência com outras áreas da administração pública para a melhoria da qualidade de vida da população.

Na estrutura do PPA, o programa definido para a área da saúde, é o Toledo com Saúde, o qual é composto pelas seguintes ações:

- **AÇÃO - ADMINISTRATIVO GERAL**

Atividade 101: Gestão das Políticas de Saúde, Apoio e Manutenção das Atividades Administrativas da Secretaria de Saúde.

- **AÇÃO – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**

Atividade 102: Fortalecimento e manutenção da Atenção Primária à Saúde em todos os ciclos de vida, com investimento em recursos humanos, tecnologia e estratégias que garantam a continuidade do cuidado e o acesso universal.

Atividade 103: Fortalecimento da infraestrutura em Atenção Primária à Saúde.

Atividade 104: Promover o acesso adequado a crianças e adolescentes às ações de saúde.

- **AÇÃO - Suporte Profilático e Terapêutico**

Atividade 105: Estruturação e aprimoramento da Assistência Farmacêutica no SUS, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como ferramenta e visando o acesso e uso adequado.

- **AÇÃO - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**



Atividade 106: Estratégias Integradas para Nutrição, Exercício e Qualidade de Vida, Programas e Ações em consonância com as diretrizes do SUS e políticas públicas de saúde.

- AÇÃO - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Atividade 107: Fortalecer a Atenção Especializada, Saúde Mental e Urgência e Emergência, garantindo e ampliando acesso a serviços de média e alta complexidade (MAC) promovendo cuidado integral.

Atividade 108: Fortalecer a Atenção Especializada, Saúde Mental e Urgência e Emergência, garantindo e ampliando acesso a serviços de MAC através da renovação de infraestrutura e equipamentos.

- AÇÃO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Atividade 109 Manutenção e Fortalecimento das Ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador: Garantindo e ampliando acesso a serviços de vigilância.

Atividade 110: Renovação de infraestrutura das ações de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador: garantindo e ampliando acesso a serviços de vigilância.

- AÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Atividade 111: Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Imunização: Estratégias Integradas de Prevenção e Monitoramento. Garantindo e ampliando acesso aos serviços através da renovação de infraestruturas, equipamentos e recursos humanos, entre outros.



1.4. INDICADORES DO PROGRAMA:

- **Taxa de Mortalidade:** Mede quantos bebês com menos de 1 ano de idade morreram a cada mil nascimentos no município.

- **Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis:** Mostra quantas pessoas entre 30 e 69 anos morreram por doenças como câncer, diabetes, problemas do coração e pulmões.

- **Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde:** Mostra o potencial de atendimento pelas equipes de saúde financiadas pelo governo federal.

- **Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica:** Indica percentual da população atendida pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Atenção Básica, considerando a população de referência de cada equipe conforme parâmetros do Ministério da Saúde.

- **Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-Natal:** Mostra a porcentagem de bebês nascidos vivos de mães que fizeram pelo menos 7 consultas durante a gestação.

- **Taxa de Internação Hospitalar em Pessoas Idosas, por Fratura de Fêmur:** Mede o número de internações hospitalares de pessoas idosas (acima de 60 anos) por fratura de fêmur em relação à população idosa do município. Esse indicador ajuda a identificar riscos de quedas, fragilidade óssea e a necessidade de ações preventivas voltadas à saúde do idoso.

- **Percentual de Perda de Medicamentos do Estoque:** Mostra o percentual de medicamentos que foram descartados ou inutilizados devido a vencimento, deterioração, danos ou extravio, em relação ao total de



medicamentos disponíveis no estoque de unidades de saúde ou da rede municipal.

- **Lista de Espera de Consulta Especializada por Demanda:** Mostra quantas pessoas estão aguardando para serem atendidas por médicos especialistas.

- **Proporção de Gravidez na Adolescência: 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos:** Este indicador permite monitorar a ocorrência de gravidez precoce e orientar políticas públicas de saúde reprodutiva e prevenção.

- **Coefficiente de Mortalidade nas Urgência e Emergência:** Mede a taxa de óbitos ocorridos em serviços de urgência e emergência do município em relação ao total de atendimentos realizados, durante um período específico.

- **Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade - Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10 - Valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada:** Indica a proporção das crianças menores de dois anos de idade que receberam a vacinação conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.



2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em relação ao organograma da Secretaria de Saúde ocorreram alterações conforme Lei N° 2.344, de 15 de julho de 2021, que dispõe sobre a estrutura de órgãos e cargos em comissão da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo e define as respectivas atribuições específicas, em seu Capítulo I, trata da Estrutura organizacional da Secretaria de Saúde no inciso XIII, conforme segue:

- a) Gabinete;
- b) Departamento da Rede de Atenção Primária em Saúde;
- c) Departamento de Vigilância em Saúde;
- d) Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- e) Departamento Administrativo e Financeiro;

Importante destacar, que além desses departamentos e do gabinete, temos a Atenção Especializada, o Ambulatório de Saúde Mental (ASM) Dr. Orlando Cesar Cordeiro de Melo Serpa, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), o Centro de Atenção Psicossocial - Dr. Jorge Nisiide “Lugar Possível” (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas “Bem Viver” (CAPS AD), o Ambulatório Materno Infantil (AMI), além do CMS e da Ouvidoria, dois órgãos com poderes independentes e que objetivam o apoio ao Gestor da Saúde

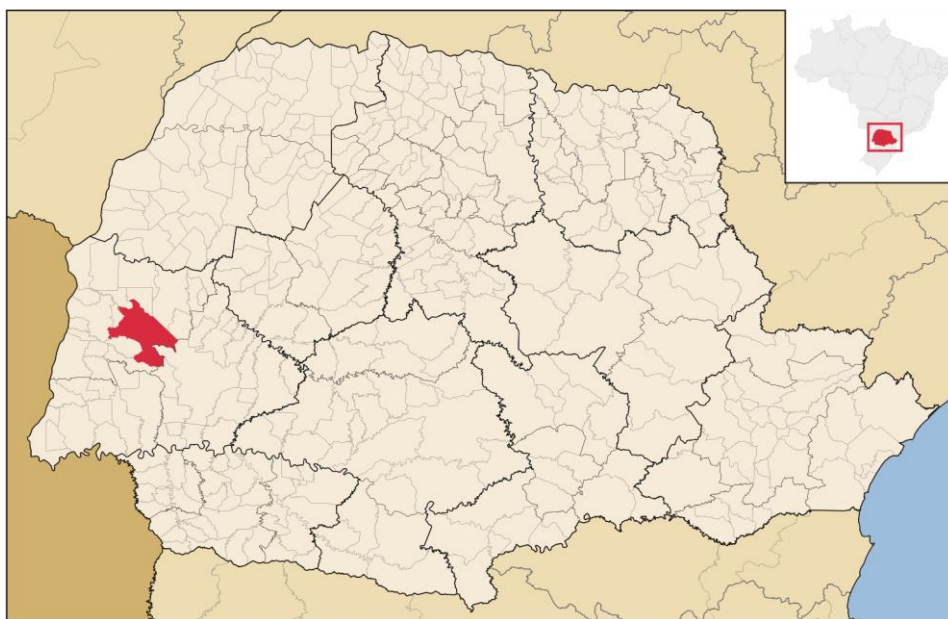
3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

3.1.1. Aspectos geográficos

Toledo está localizado na Região Oeste do Paraná, sendo a terceira mais populosa nesta região ficando atrás somente de Foz do Iguaçu e Cascavel. Toledo exerce influência sobre os outros municípios, devido ao seu número de habitantes, comércio e indústria serem mais expressivos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo de 2022, registrou uma população de 150.470 habitantes. Além disso, divulgou a estimativa populacional para 2024, de 158.620 habitantes. Toledo é o 11º município mais populoso do Paraná e o 34º da região Sul do Brasil.

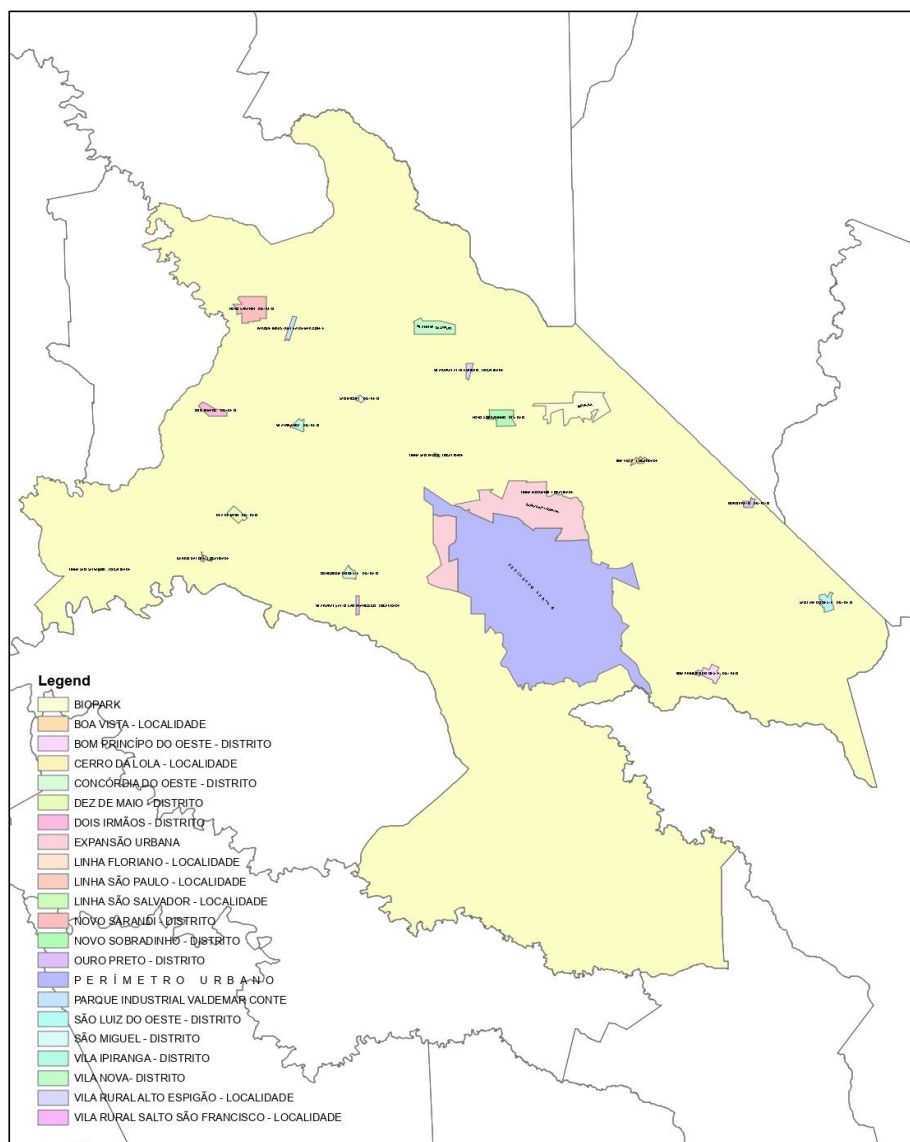
Figura 2 - Mapa da Localização de Toledo no Paraná.



FONTE: Wikipédia. Arquivo “Parana Municip Toledo.svg”. Adaptado pelo Departamento de Gestão em Saúde (2025).

A figura anterior ilustra a localização geográfica do município de Toledo, e contribui para identificar o mesmo na região Oeste do estado do Paraná, o qual, por sua vez, integra a região Sul do Brasil. A seguir apresenta-se o mapa do município detalhando o território, a sede, distritos e localidades.

Figura 3 - Mapa do Município de Toledo.

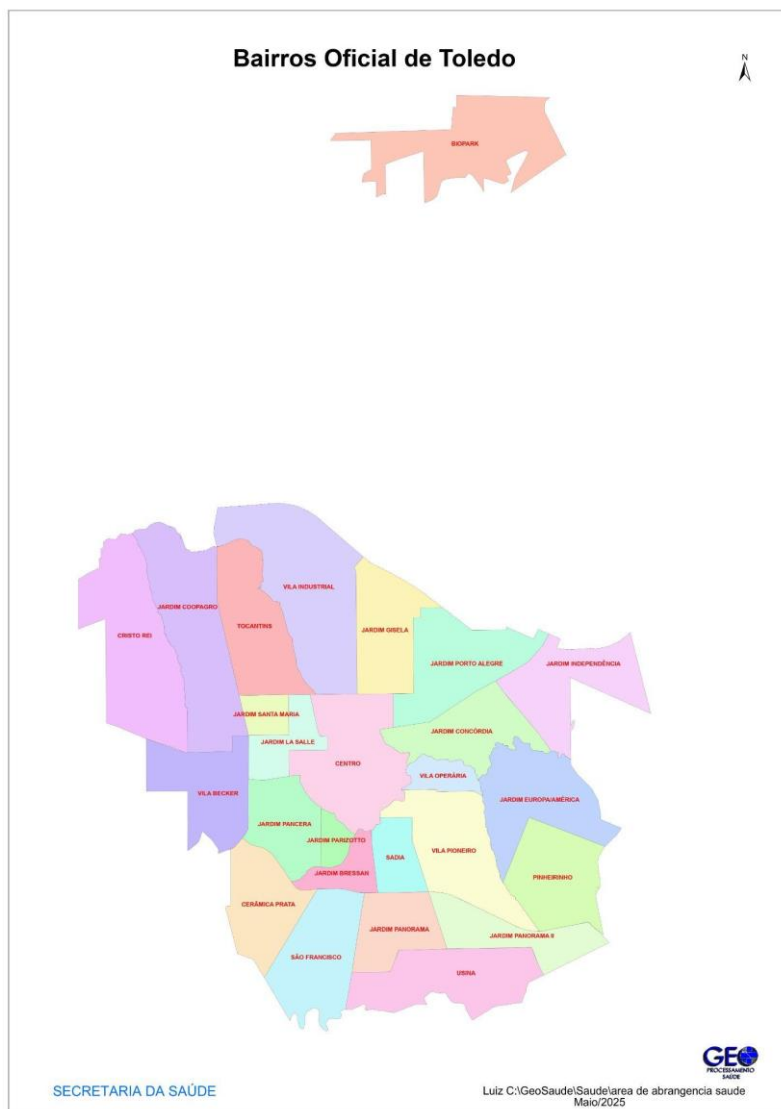


FONTE: Departamento de Geoprocessamento da Prefeitura de Toledo (2025).

Na sede do município sua área está dividida em 22 bairros, sendo estes: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre, Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera,

Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, Sadia, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro, Pinheirinho, Vila Operária e Centro. Todo o crescimento populacional dos últimos anos, tem se dado dentro destes bairros, com abertura de novos loteamentos e conjuntos habitacionais para população de baixa renda e demais.

Figura 4 - Mapa dos Bairros do Município de Toledo.



FONTE: Departamento de Geoprocessamento da Prefeitura de Toledo (2025).

Dentro de sua área geográfica, o município de Toledo possui 12 distritos administrativos, sendo a sede e onze distritos, conforme tabela abaixo.



Tabela 1 - Área Geográfica dos Distritos – Toledo 2025.

DISTRITO	ÁREA GEOGRÁFICA
Bom Princípio	63,85 km ²
Concórdia do Oeste	44,177 km ²
Dez de Maio	116,013 km ²
Dois Irmãos	49,23 km ²
Novo Sarandi	63,939 km ²
Novo Sobradinho	43,37 km ²
São Luiz do Oeste	55,324 km ²
Ouro Preto	43,907 km ²
São Miguel	45,725 km ²
Toledo - SEDE	518,858 km ²
Vila Ipiranga	35,394 km ²
Vila Nova	116,825km ²
Total	1.196,612 km²

FONTE: Departamento de Geoprocessamento da Prefeitura de Toledo (2025).

Toledo é um município de importância regional também por ser sede da 20ª Regional de Saúde. Tem uma área de 1.198,049 Km², conforme IBGE, está situado na Região Oeste do Paraná e faz divisa com os seguintes municípios: ao Norte: Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul: Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste: Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; e a Oeste: Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste. A seguir apresenta-se mapa com limites e cidades vizinhas.

Figura 5 - Limites Do Município De Toledo.



FONTE: IPARDES, Base Cartográfica ITCG (2010).

Na tabela a seguir, visualizamos as seis rodovias que fazem margem com a cidade de Toledo, sendo quatro estaduais e duas federais e no quadro a seguir, a distância entre Toledo e os municípios da região e da Capital do Estado do Paraná.

Tabela 2 – Principais Rodovias do Município de Toledo.

BR 467	Trecho Toledo – Cascavel, 40 km duplicada
PR 182	Trecho Toledo – Palotina
PR 317	Trecho Toledo – Santa Helena
PR 585	Trecho Toledo – São Pedro do Iguaçu
BR 163	Trecho Toledo – Quatro Pontes
PR 486	Trecho Toledo – Assis Chateaubriand

FONTE: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo (2021).

A figura abaixo apresenta o recorte do mapa político-rodoviário do Paraná, no qual é possível visualizar as rodovias mencionadas anteriormente, sua distribuição no território municipal e como elas conectam o município às cidades vizinhas.

Figura 6 - Recorte no Mapa político rodoviário do Paraná.



FONTE: Mapa político rodoviário do Estado do Paraná (2019)

Tabela 3 – Distância dos Municípios com a Região e a Capital do Estado.

Cidade	Distância de Toledo	Tempo de viagem
Curitiba	540 km	6h30min
Assis Chateaubriand	44 km	34min
Diamante do Oeste	80 km	1h10min
Entre Rios do Oeste	76,5 km	1h3min
Guaíra	106 km	1h22min
Marechal Cândido Rondon	40,8 km	39min
Maripá	47 km	45min
Mercedes	59,2 km	48min
Nova Santa Rosa	55,9 km	56min
Ouro Verde do Oeste	22 km	22min
Palotina	62,5 km	56min
Pato Bragado	62 km	58min
Quatro Pontes	34 km	30min
Santa Helena	84 km	1h11min
São José das Palmeiras	49 km	42min



São Pedro do Iguaçu	32,7 km	31min
Terra Roxa	72.5 km	1h24min
Tupãssi	33 km	28min
Cascavel	47 km	40min
Foz do Iguaçu	159 km	2h9min

FONTE: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo (2025).

3.1.2. Dinâmica populacional e perfil demográfico

3.1.2.1. População e densidade demográfica

Em 2022, segundo o IBGE, a população de Toledo atingiu 150.470 habitantes, o que posicionou o município como o 11º mais populoso do estado do Paraná. Os dados que estão presentes neste perfil demográfico demonstram uma cidade com crescimento populacional acelerado, número maior de mulheres, urbanização e envelhecimento da população residente.

Com 125,60 habitantes por quilômetro quadrado, Toledo apresenta uma densidade demográfica considerada média no contexto estadual. Esse índice é mais que o dobro da média do Paraná (57,42 hab/km²), porém consideravelmente inferior à densidade registrada em regiões metropolitanas, como Curitiba, que alcança 4.078,53 hab/km².

Apesar de ocupar a 11ª posição em população no estado, Toledo é apenas o 29º em densidade demográfica geral. Ainda assim, algumas áreas urbanas do município exibem alta concentração populacional, superando inclusive a média da capital. Nos bairros São Francisco e Jardim Europa/América, por exemplo, as densidades são de 4.328,28 hab/km² e 5.480,35 hab/km², respectivamente. A crescente verticalização da cidade, com muitos edifícios em construção, reforça esse processo e impõe novos



desafios demográficos relacionados à ocupação, planejamento urbano e também para a rede de saúde.

3.1.2.2. Urbanização

A maior parte da população de Toledo residia na zona rural, até a década de 1970, representando 78,24% do total. A partir da década seguinte, iniciou-se um processo de inversão demográfica, com crescimento significativo da população urbana, que passou de 21,75% para 52,89%, superando pela primeira vez o número de habitantes da área rural.

Esse processo de urbanização se intensificou nas décadas seguintes e, segundo dados do IBGE, em 2022, foi consolidado, com 91,73% da população, o equivalente a 138.024 pessoas, vivendo em áreas urbanas do município.

Tabela 4 - População Censitária, segundo tipo de domicílio - 2010 e 2022.

TIPO DE DOMICÍLIO	Nº de Pessoas		Percentual	
	2010	2022	2010	2022
Urbano	108.259	138.024	90,74%	91,73%
Rural	11.054	12.446	9,26%	8,27%
TOTAL	119.313	150.470	100%	100%

FONTE: IBGE (2010); IPARDES (2022).

A tabela acima demonstra os dados da população urbana e rural nos anos de 2010 e 2022. Nesse período, observa-se um crescimento total da população de 26,11%, comparado a 2010.

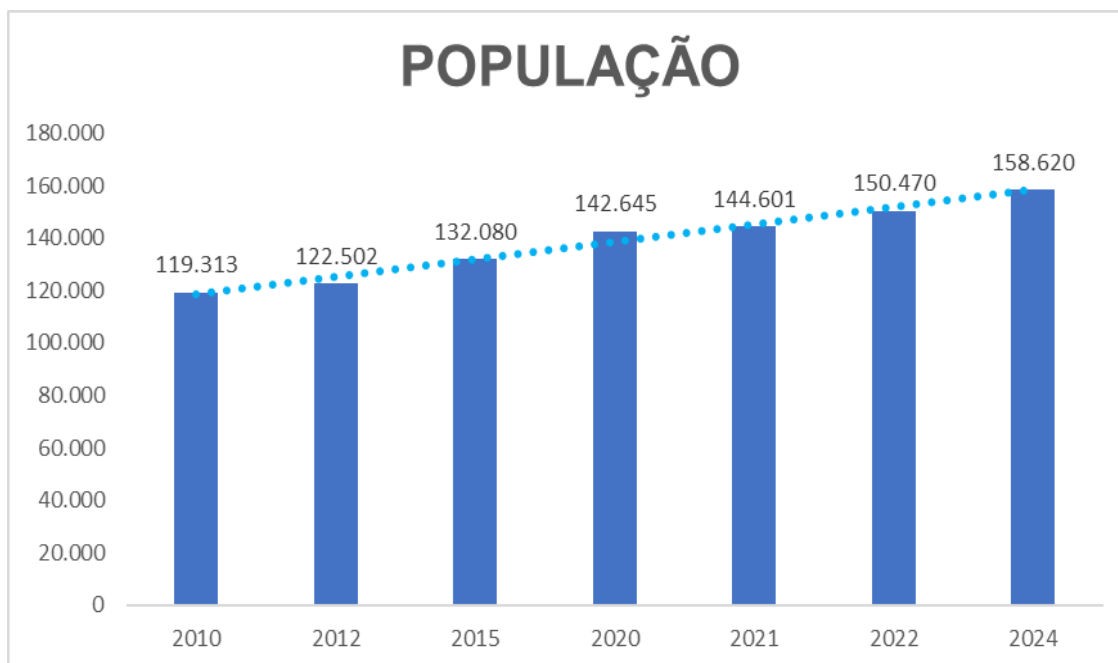
Em 2010, a população rural representava 9,26% do total, enquanto em 2022 esse percentual caiu para 8,27% — uma redução de aproximadamente 1 ponto percentual. Essa diminuição na representatividade da população rural está diretamente relacionada ao crescimento mais acelerado da

população urbana, que aumentou 27,49% no período, em contraste com um crescimento de apenas 12,59% na população rural.

3.1.2.3. Crescimento populacional

A evolução da população de Toledo está graficamente apresentada abaixo, sendo possível observar um crescimento expressivo ao longo dos anos. Segundo estimativas oficiais, entre 2010 e 2024, o número de habitantes passou de 119.313 para 158.620, o que representa um aumento de aproximadamente 32,94%. Esse crescimento reforça a tendência contínua de expansão demográfica no município.

Gráfico 1 – Evolução da População no Período de 2010 – 2024.



FONTE: IBGE. (2010), (2022) e (2025), DataSUS. (2012); DigiSUS. (2015), (2020) e (2021).

A tabela a seguir revela um crescimento populacional consistente nos níveis municipal, estadual e nacional. O Brasil conta atualmente com 203.080.756 habitantes, dos quais 11.444.380 residem no estado do Paraná.



No contexto municipal, Toledo contribui com 150.470 habitantes para esse total.

Esse panorama indica uma evolução significativa da população, refletindo tendências demográficas importantes observadas entre 1970 e 2022.

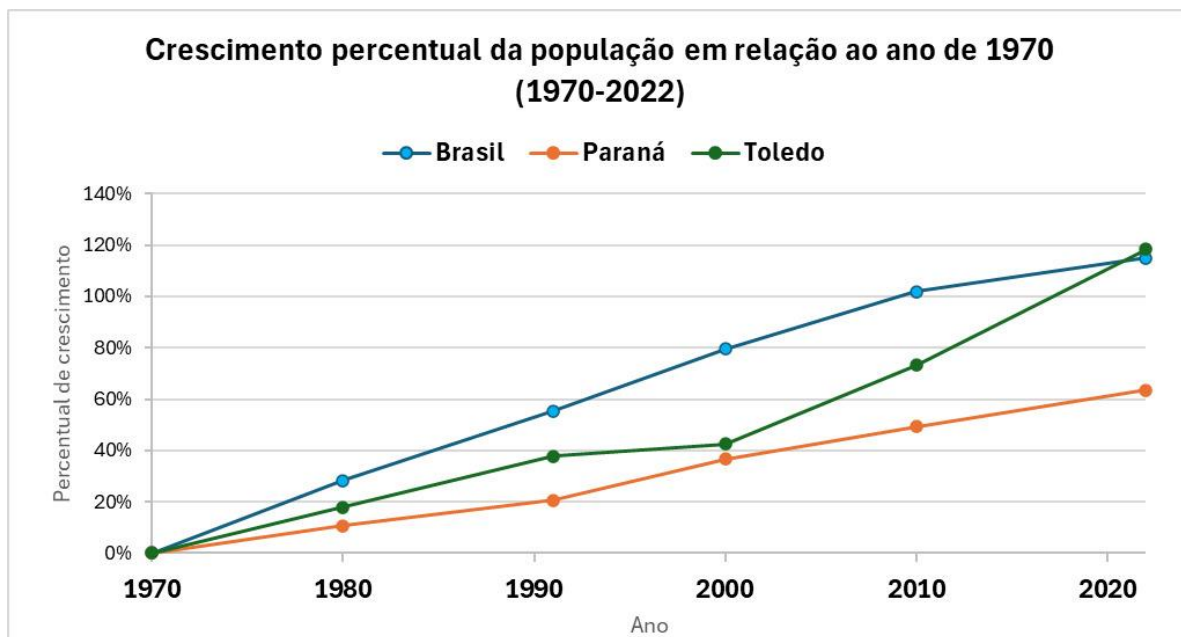
Tabela 5 - Evolução da população: Brasil, Paraná e Toledo (1970-2022).

Evolução da população: Brasil, Paraná e Toledo (1970-2022)			
Ano	Brasil	Paraná	Toledo
1970	94.508.583	6.997.682	68.885
1980	121.150.573	7.749.752	81.287
1991	146.917.459	8.443.299	94.879
2000	169.590.693	9.558.454	98.200
2010	190.755.799	10.444.526	119.313
2022	203.080.756	11.444.380	150.470

FONTE: IBGE (1970–2022); IPARDES (2000 e 2010); DATASUS (1980 e 1991).
Detalhamento na lista final das referências bibliográficas.

O gráfico a seguir revela que, entre 1970 e 2022, o município de Toledo apresentou crescimento mais acelerado que o Paraná em todo o período. Embora o Brasil tenha crescido mais que Toledo até 2010, em 2022 o cenário se inverteu: Toledo superou a taxa nacional.

Gráfico 2 - Crescimento percentual da população em relação ao ano de 1970: Brasil, Paraná e Toledo-PR no período de 1970 – 2022.



FONTE: Gráfico criado a partir dos dados da Tabela acima, Evolução da população: Brasil, Paraná e Toledo (1970-2022)

Neste período do gráfico, Toledo registrou um aumento de 118,4% em sua população, já o Paraná cresceu 63,5%. Entre 2010 e 2022, observa-se que o crescimento populacional no Brasil desacelerou. Ainda assim, no período, constata-se um aumento populacional significativo de 114,9% no país. É possível constatar duas tendências: a aceleração do crescimento municipal e a desaceleração do ritmo populacional nacional.

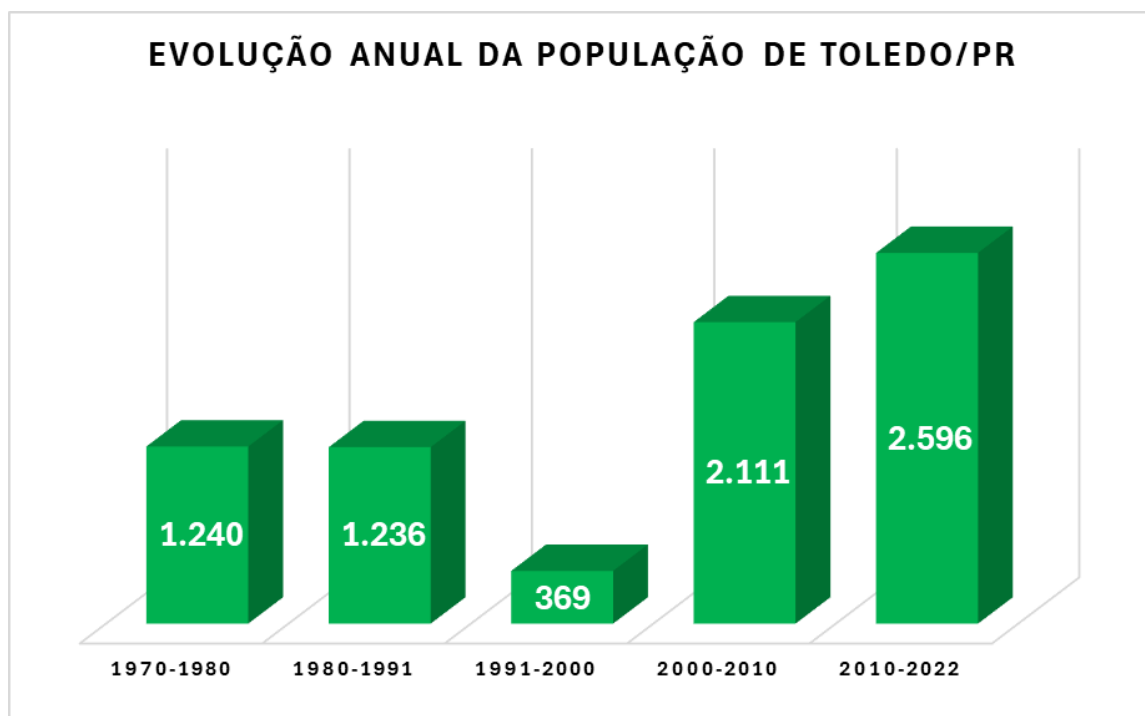
Tabela 6 - Comparativo de Crescimento 1970-2022.

Região	População 1970	População 2022	Crescimento absoluto	Crescimento (%)
Brasil	94,5 milhões	203 milhões	+108,5 milhões	+114,9%
Paraná	6,9 milhões	11,4 milhões	+4,4 milhões	+63,5%
Toledo	68,8 mil	150,4 mil	+81,5 mil	+118,4%

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base em Censo IBGE (2022) - Cidades e Estados

O gráfico abaixo evidencia que, após um período de crescimento mais moderado, Toledo passou por uma aceleração significativa nas duas últimas décadas. O aumento populacional chegou a 21,5% entre 2000 e 2010 e avançou para 26,1% entre 2010 e 2022.

Gráfico 3 - Evolução Anual da População de Toledo/PR - entre os anos de Censo IBGE 1970 – 2022.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base na Tabela 5.

O município apresentou variações significativas no ritmo de crescimento populacional ao longo das décadas. Entre 1970 e 1991, o município cresceu em média 1.200 habitantes por ano. O intervalo com menor expansão foi entre 1991 e 2000, com incremento anual de apenas 369 pessoas.

A partir daí, observa-se uma clara aceleração no crescimento: entre 2000 e 2010, o aumento chegou a mais de 2 mil habitantes por ano, e entre 2010 e 2022 esse número subiu para quase 2.600 novos moradores anuais.

Comparando as taxas de crescimento populacional em 2022, Toledo destacou-se ao atingir 1,95%, valor consideravelmente acima da média do



Paraná, que foi de 0,76%, e da taxa nacional brasileira, de 0,52%, segundo dados do IBGE. Isso evidencia que Toledo vem crescendo em ritmo mais acelerado que a média estadual e também da nacional.

Ainda com base nas estimativas do IBGE, entre 2022 e 2024, Toledo registrou um crescimento de 5,42%, totalizando 158.620 habitantes em 2024, um acréscimo de 8.150 pessoas em dois anos, com média anual de 2,71%. Os dados confirmam uma tendência de crescimento contínuo e acelerado no município. Essa aceleração populacional está relacionada à expansão urbana, ao desenvolvimento econômico e aos fluxos migratórios.

3.1.2.4. Natureza do crescimento populacional

O crescimento populacional pode ser classificado em dois tipos principais: vegetativo (ou natural) e absoluto. O primeiro considera a diferença entre nascimentos e óbitos, enquanto o segundo inclui também o saldo migratório, ou seja, a diferença entre quem chega e quem sai de determinada região.

Conforme dados das audiências públicas municipais de saúde, o crescimento vegetativo anual entre 2016 e 2024 em Toledo foi de 1.113 pessoas, resultado do número de nascimentos superior aos óbitos. Já o crescimento absoluto, entre 2010 e 2022, atingiu uma média de 2.596 novos habitantes por ano. Isso indica que cerca de 1.500 pessoas por ano seriam provenientes de fluxos migratórios positivos, ou seja, moradores que escolheram Toledo como novo lar, superando aqueles que deixaram o município e reiterando os dados divulgados pelo IBGE.



3.1.2.5. Crescimento vegetativo e Taxa de fecundidade

Ao observar a tabela do Crescimento Vegetativo é possível identificar uma diminuição no número absoluto do crescimento natural, estando no período de 2016 a 2019 sempre acima de 1200 pessoas por ano, já no período de 2020 a 2024 não superou esta marca nenhuma vez, tendo 2021 e 2024 ficado abaixo de 1000 pessoas por ano. Assim, ao observar que o crescimento populacional do município tem acelerado nos últimos anos, pode-se dizer que o crescimento vegetativo não é fator determinante neste aspecto.

Tabela 7 - Crescimento Vegetativo de Toledo-PR - (2016-2024).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nascidos Vivos	2056	2162	2034	2071	1977	1959	2016	2042	1900
Óbitos	758	776	813	788	914	1258	983	871	1036
Diferença (Nascidos- Óbito)	1298	1386	1221	1283	1063	701	1033	1171	864

FONTE: SINASC/SIM/Audiência Pública 3ºQuadrimestre de (2021 a 2024).

A análise da tabela revela uma redução no número absoluto do crescimento natural no município. Entre 2016 e 2019, esse indicador se manteve consistentemente acima de 1.200 pessoas por ano. Contudo, de 2020 a 2024, essa marca não foi superada em nenhum dos anos, sendo que em 2021 e 2024 o crescimento ficou abaixo de 1.000 pessoas. Diante disso, mesmo observando que a população municipal tem apresentado aceleração no aumento populacional nos últimos anos, é possível concluir que o crescimento vegetativo não tem sido o principal fator responsável por essa expansão.

A queda da Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil está associada a múltiplos fatores sociais e econômicos, como o avanço da urbanização,

redução da mortalidade infantil, maior escolarização feminina, uso ampliado de métodos contraceptivos, inserção da mulher no mercado de trabalho e instabilidade profissional. Entre 2000 e 2010, a TFT caiu de 2,39 para 1,90 filhos por mulher, e em 2022 atingiu o menor índice da história: 1,55 filhos por mulher, bem abaixo do nível de reposição populacional (2,1). Esse cenário revela uma mudança profunda no comportamento reprodutivo das brasileiras, com destaque para o adiamento da maternidade — a idade média das mães passou de 26,3 anos em 2000 para 28,1 em 2022.

No Paraná, a tendência é semelhante. A TFT caiu de 1,74 em 2010 para 1,55 em 2022, igualando-se à média nacional. Além disso, a idade média da fecundidade subiu de 27 para 28,4 anos, indicando que as mulheres estão tendo filhos mais tarde. Embora não haja dados específicos para Toledo, é possível inferir que o município segue esse padrão estadual, isto seria um dos fatores que auxilia a explicar a diminuição do crescimento vegetativo municipal. Esses indicadores apontam para uma transição demográfica marcada por menor fecundidade e envelhecimento populacional gradual. Isto poderá ser observado melhor nas informações sobre evolução da pirâmide etária.

3.1.2.6. Migração

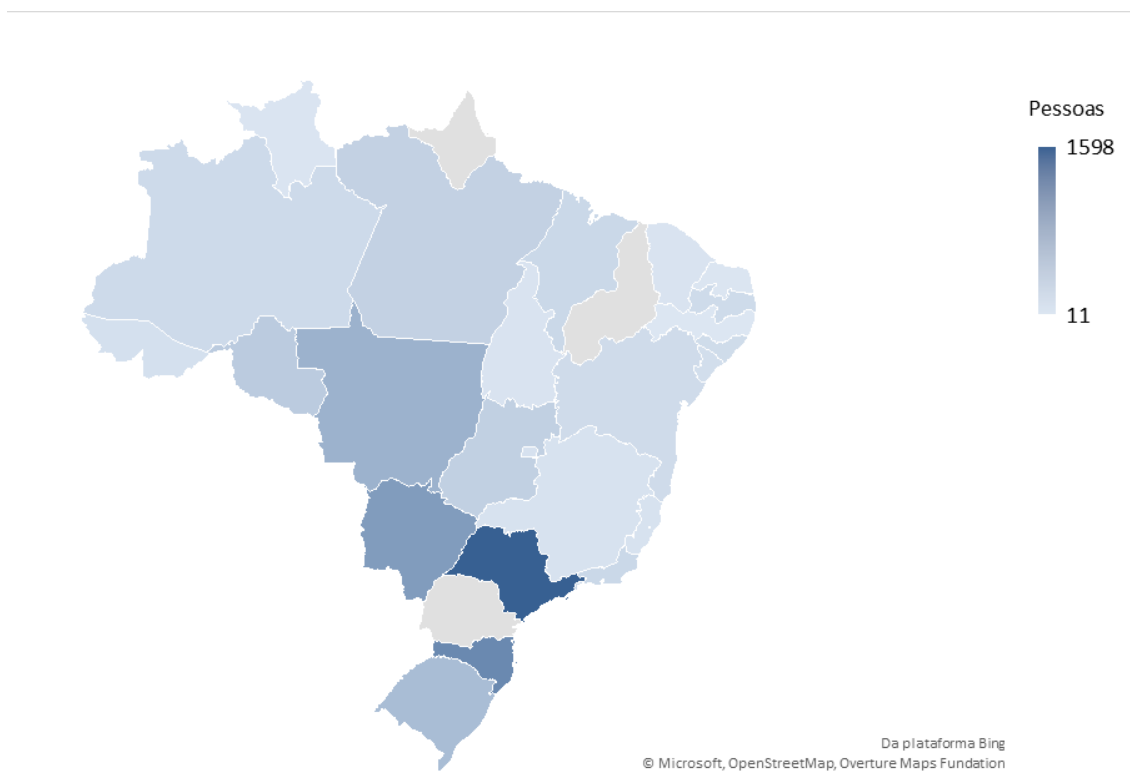
Ao se aprofundar um pouco mais nesta questão migratória, podemos perceber que há um volume relevante de pessoas provenientes de outros estados do Brasil fixando residência em Toledo. Segundo o censo IBGE 2022, haviam 8.233 pessoas que migraram de outros estados, para o município, somente entre 2017 e 2022.

O mapa a seguir permite identificar com mais clareza os principais estados de origem dos novos moradores de Toledo. São Paulo, Santa

Catarina e Mato Grosso do Sul se destacam como as três principais fontes interestaduais de migração para o município, nessa ordem.

Entre 2017 e 2022, chegaram a Toledo 1.598 pessoas vindas de São Paulo, 1.110 de Santa Catarina e 888 de Mato Grosso do Sul, todos estados que fazem fronteira com o Paraná, fato que pode ter facilitado os fluxos migratórios para a cidade.

Figura 7-Mapa dos Principais Estados de Origem dos Migrantes que Chegaram a Toledo (PR) entre 2017 e 2022.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Censo IBGE (2022) Panorama.

Além dos fluxos interestaduais, destaca-se também um volume expressivo de pessoas vindas de outras cidades do Paraná. Segundo os dados registrados no sistema de informação municipal, cerca de 36% dos novos cadastros anuais correspondem a indivíduos naturais de outros estados do Brasil, enquanto outros 36% são provenientes de municípios paranaenses distintos de Toledo. Já os nascidos no próprio município



representam apenas 28%, percentual que se aproxima da média anual de nascimentos locais. A tabela a seguir demonstra melhor estas informações.

Tabela 8 - Perfil de Naturalidade dos Novos Moradores Cadastrados.

Naturalidade	Média de Novos Cadastros por ano	Percentual por naturalidade (%)
Toledo/PR	2.153	28%
Outras cidades do Paraná	2.791	36%
Cidades de outros estados do Brasil	2.821	36%
Total de Cadastros Novos	7.765	100%

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS); (2025).

NOTA: dados retirados de Cadastros de Fichas Individuais com cadastros realizados entre jan./2021 e jun./2025, nacionalidade brasileira e por naturalidade

Quanto ao fluxo migratório provenientes de outros municípios paranaenses, a região oeste é a que mais tem contribuído neste aspecto. Entre janeiro de 2021 e junho de 2025, sete das dez cidades que mais contribuíram com novos moradores naturais, estão localizadas na região oeste. A tabela abaixo, apresenta a média anual de cadastros novos por cidade de nascimento e que se estabeleceram em Toledo:

Tabela 9 - Top 10 Cidades de Nascimento - Média anual de cadastros novos em Toledo/PR.

Posição	Cidade de nascimento	Número de Cadastros Novos (Média por ano)
1	Cascavel	433
2	Foz do Iguaçu	187
3	Curitiba	153
4	Marechal Cândido Rondon	126
5	Assis Chateaubriand	101
6	Palotina	76
7	Umuarama	69
8	Guaraniaçu	55
9	Medianeira	53
10	Laranjeiras do Sul	47
Total		1.300



FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

NOTA: dados retirados de Cadastros de Fichas Individuais com cadastros realizados entre jan./2021 e jun./2025, nacionalidade brasileira e por naturalidade.

Vale destacar que, embora não seja possível confirmar que essas pessoas moravam nas cidades onde nasceram antes de migrar para Toledo, os dados indicam que elas são naturais desses municípios e se estabeleceram na cidade durante o período analisado.

Esse movimento evidencia uma tendência de migração regional, com destaque para o oeste paranaense, e reforça o papel de Toledo como um polo atrativo para quem busca novas oportunidades e qualidade de vida no estado.

3.1.2.7. Imigração

Além do intenso fluxo migratório vindo do Paraná e de outras regiões do Brasil, Toledo também recebe imigrantes de diversos países, ainda que em menor número. Segundo o Censo do IBGE, entre 2017 e 2022, 1.208 pessoas provenientes do exterior fixaram residência no município.

Apesar de representar uma parcela pequena da população total, esse grupo levanta questões importantes, especialmente relacionadas ao idioma e à cultura, que podem gerar desafios no atendimento da rede de saúde.

Ainda conforme o IBGE, em 2022, 1,17% da população era composta por estrangeiros residentes, enquanto 0,48% eram brasileiros naturalizados. Embora o volume seja reduzido, essas populações trazem demandas que exigem adequações específicas no âmbito municipal.

De acordo com o sistema de informação municipal, há atualmente 7.036 estrangeiros cadastrados na cidade. Com base nesses dados, foi

elaborado o mapa a seguir, que permite visualizar a diversidade de nacionalidades presentes em Toledo.

Figura 8 - *Mapa de Países de Origem dos Estrangeiros – Cadastrados em Toledo/PR.



FONTE: Banco de dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

NOTA: dados retirados de Cadastros de Fichas Individuais com nacionalidade estrangeira por país de origem

Entre os estrangeiros cadastrados em Toledo, destacam-se três países com maior representatividade: Haiti (3.261 pessoas, 46,3%), Paraguai (1.552 pessoas, 22,1%) e Venezuela (911 pessoas, 12,9%). Juntas, essas três comunidades representam cerca de 81% do total de residentes estrangeiros no município.

Além desses principais grupos, há registros de outras 54 nacionalidades distintas, provenientes de diversas partes do mundo, como dos seguintes países: Japão, Egito, Itália, Bangladesh, Peru, Estados Unidos, Austrália, entre outros. Essa ampla diversidade revela o caráter multicultural presente na cidade e reforça a importância de estratégias públicas voltadas à inclusão social, acolhimento e adaptação dos serviços especialmente na área da saúde.



3.1.2.8. Projeção de crescimento

De acordo com estimativas do IBGE, a população do município de Toledo alcançou a marca de 158.620 habitantes em 2024. Complementarmente, projeções do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) indicam que esse número poderá chegar a 170.946 habitantes em 2029. Assim, estima-se que, no último ano de vigência do PMS (2029), o município apresentará um acréscimo populacional de aproximadamente 20 mil pessoas, o que representa um crescimento de 13,61% em comparação a 2022, último levantamento censitário do IBGE.

Esse crescimento tem sido impulsionado majoritariamente por um expressivo movimento migratório, com destaque para o ingresso de pessoas oriundas de outras cidades do Paraná e de diversos estados brasileiros. Embora o crescimento natural, resultante do saldo positivo entre nascimentos e óbitos, ocorra de forma mais moderada, ele também segue contribuindo de maneira estável para o avanço populacional.

Observa-se ainda uma presença crescente de imigrantes internacionais, provenientes de diferentes países, o que, embora represente um contingente proporcionalmente pequeno, exerce impacto relevante ao agregar diversidade cultural e ampliar a composição sociocultural da população toledana.

Esses dados reforçam a necessidade de planejamento estratégico e ampliação da oferta de serviços de saúde, com vistas a atender de forma eficaz a crescente demanda populacional no ciclo 2026-2029. O dinamismo demográfico exige respostas ágeis e sustentáveis da gestão pública, priorizando a equidade no acesso e a qualidade da atenção à saúde em todo o território municipal.



3.1.2.9. População distribuição por sexo

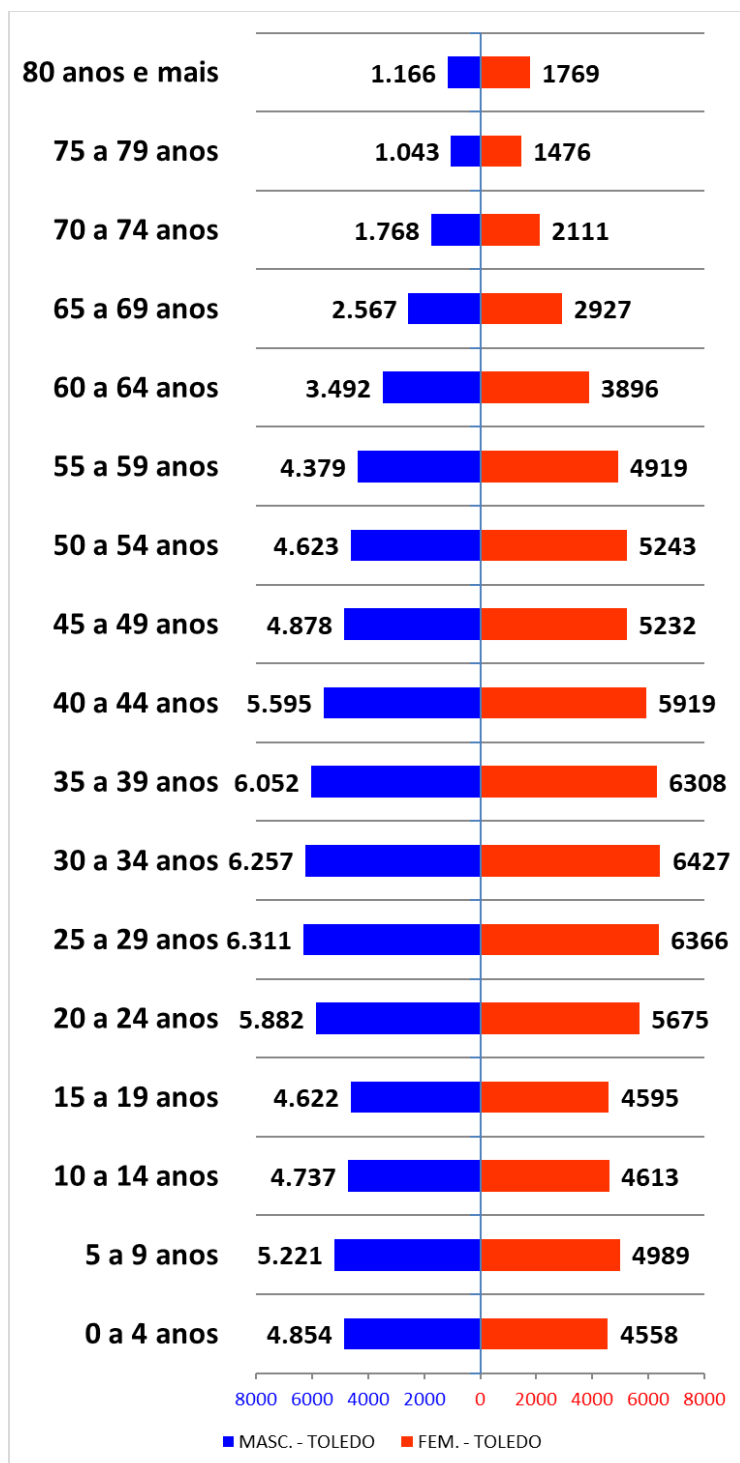
No gráfico anterior ainda é possível observar que até a faixa etária dos 34 anos há um equilíbrio na distribuição entre homens e mulheres, a partir da faixa etária dos 35 anos todos os grupos etários apresentam uma leve predominância feminina.

Assim a distribuição da população por sexo em Toledo revela uma leve predominância feminina: 51,18% dos habitantes são mulheres (77.023 pessoas), enquanto os homens representam 48,81% (73.447 pessoas). Esse cenário reflete uma tendência semelhante à observada no Brasil como um todo, onde, segundo os dados mais recentes do IBGE, as mulheres correspondem a aproximadamente 51,5% da população nacional e os homens a 48,5%. Assim, tanto em Toledo quanto no contexto nacional, nota-se uma discreta maioria feminina, o que pode influenciar desde políticas públicas de saúde até estratégias voltadas à participação socioeconômica das mulheres em suas respectivas localidades.

3.1.2.10. Pirâmide etária, raça/cor e Pessoas com deficiência/autismo

A pirâmide etária é um gráfico que mostra a distribuição da população por idade e gênero. Abaixo temos a população de Toledo, representada na pirâmide etária, conforme Censo IBGE 2022.

Gráfico 4 - Pirâmide Etária – 2022.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no CENSO IBGE (2022).

Ao analisar a pirâmide demográfica, verifica-se um alargamento na faixa intermediária, compreendida entre 20 a 59 anos, evidenciando a concentração da população economicamente ativa, o que contribui para o

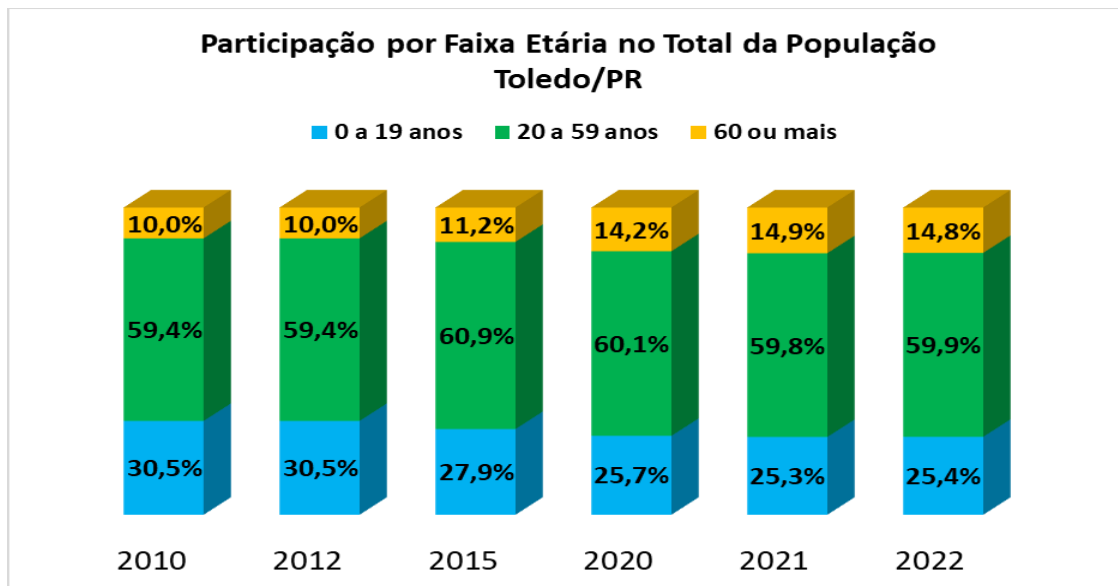


desenvolvimento econômico municipal. Ainda é importante ressaltar que ao compararmos a pirâmide etária do município com a do Brasil, é possível verificar que estão semelhantes, nos aspectos envelhecimento populacional e estreitamento da base, mas Toledo apresenta diferenças quanto ao número de população jovem e adulta, principalmente nas faixas de 25 a 29 anos e 30 a 34 anos. Assim, no geral a cidade apresenta um ritmo de envelhecimento levemente inferior e um índice um pouco maior de jovens e adultos, este último influenciado pela migração ocorrida principalmente em busca de oportunidades de trabalho.

3.1.2.11. População e Evolução etária

A base da pirâmide correspondente à população entre 0 a 19 anos, apresenta um leve estreitamento, possível reflexo da redução da taxa de natalidade. Já enquanto no topo da pirâmide, que abrange a população com 60 ou mais, demonstra um crescimento da população idosa, especialmente entre as mulheres, sinalizando um processo de envelhecimento populacional. Considerando ainda que o município já possui cerca de 14% da população ou 22.215 pessoas em idade de 60 anos ou mais, o que reforça essa tendência demográfica.

Gráfico 5 - Participação por Faixa Etária no Total da População - Toledo/PR 2010 – 2022.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base na tabela 10

Esse cenário traz importantes implicações para a rede municipal de saúde, com destaque para o aumento da demanda por serviços voltados à atenção à saúde da pessoa idosa, como prevenção e manejo de doenças crônicas, reabilitação e cuidados prolongados. Ao mesmo tempo, a expressiva presença da população em idade ativa exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com ênfase em saúde mental, prevenção de doenças ocupacionais e ações integradas com as políticas de saúde do trabalhador, incluindo o cumprimento das Normas Regulamentadoras (NR).

Tabela 10 - População estimada por faixa etária nos anos de: 2010, 2012, 2015, 2020, 2021 e 2022.

FAIXA ETÁRIA	TOTAL					
	2010	2012	2015	2020	2021	2022
0 a 4 anos	7.497	7.697	7.970	8.837	8.894	9.412
5 a 9 anos	8.156	8.373	8.776	8.742	8.873	10.210
10 a 14 anos	9.931	10.196	9.753	8.940	8.911	9.350
15 a 19 anos	10.850	11.140	10.337	10.123	9.927	9.217
20 a 29 anos	22.238	22.833	24.718	23.831	23.761	24.234
30 a 39 anos	18.919	19.425	21.525	23.958	24.205	25.044
40 a 49 anos	17.953	18.434	18.782	19.834	20.255	21.624



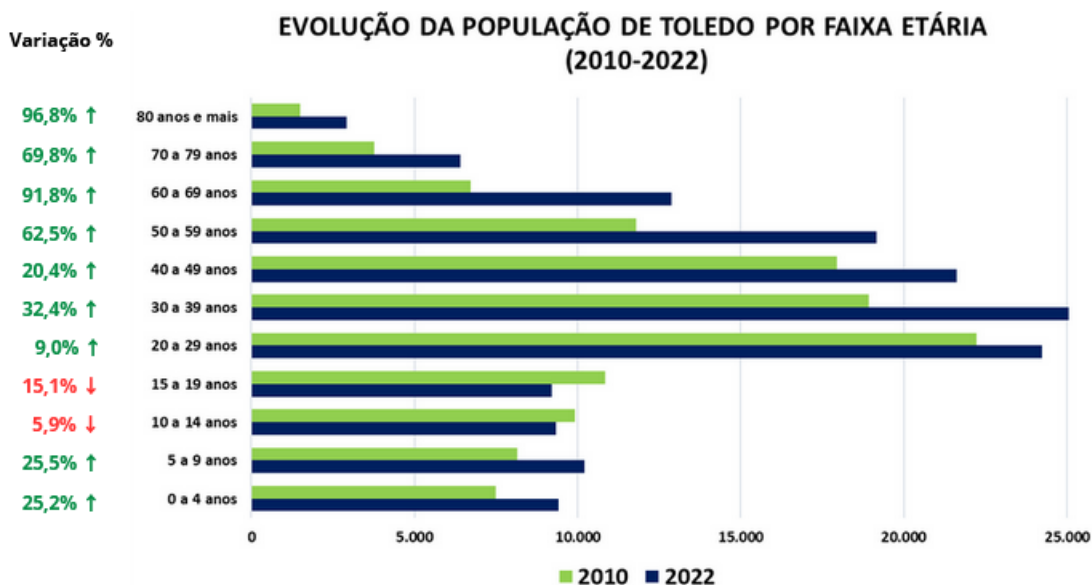
50 a 59 anos	11.794	12.109	15.432	18.073	18.266	19.164
60 a 69 anos	6.717	6.897	8.439	11.617	12.321	12.882
70 a 79 anos	3.767	3.867	4.427	5.863	6.203	6.398
80 anos e mais	1.491	1.531	1.921	2.827	2.985	2.935
TOTAL	119.313	122.502	132.080	142.645	144.601	150.470

FONTE: IBGE. (2010) e (2022); DataSus. (2012); DigiSUS. (2015), (2020) e (2021).

No gráfico abaixo é possível observar que apenas as faixas etárias entre 10 e 19 anos diminuíram o número absoluto em relação a 2010. As demais faixas etárias apresentaram crescimento, chamando a atenção para as pessoas com mais de 80 anos que cresceram 96,8%, em seguida 60 a 69 anos, que evoluíram 91,8%, a outra faixa etária que mais cresceu em números absolutos foram a quantidade de pessoas entre 70 a 79 anos, com 69,8% de aumento. O crescimento das faixas etárias relacionadas à população idosa é muito acima do observado na população em geral e mais uma demonstração do processo de envelhecimento populacional em andamento.

A população idosa necessita de cuidados mais específicos. No processo de envelhecimento, o corpo humano não possui a mesma energia de antes, nem os órgãos funcionam com a mesma eficiência. É necessário que haja políticas públicas de atenção à saúde do idoso e maior atenção a esses indivíduos, para que tenham um envelhecimento saudável e ativo, e possam estar cada vez mais integrados à sociedade. O envelhecimento populacional ocorre devido a diferentes fatores, como a queda da fecundidade e da taxa de mortalidade, já mencionados acima, sendo outro fator relevante o aumento da expectativa de vida dos indivíduos.

Gráfico 6 - Evolução da população de Toledo por Faixa etária 2010/2022.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no IBGE. (2010 e 2022); DataSus. (2012); DigiSUS. (2015), (2020 e 2021).

O gráfico mostra que as faixas etárias com maior número de moradores em Toledo são em ordem de: 30 a 39 anos, 20 a 29 anos e 40 a 49 anos. Cada uma delas reúne mais de 20 mil pessoas, sendo as únicas que ultrapassam esse número expressivo e juntas representam mais de 47% da população no geral.

Esse padrão contribui para um fenômeno conhecido como bônus demográfico, que ocorre quando a maior parte da população está em idade economicamente ativa, geralmente entre 15 e 64 anos, superando o número de crianças e idosos. Esse contexto é favorável ao crescimento econômico e social, pois indica maior disponibilidade de mão de obra e potencial produtivo no município.

Além disso, a migração de pessoas para Toledo é um dos fatores que vem fortalecendo esse cenário. Comparando com os dados nacionais, o município apresenta uma participação proporcionalmente maior nas faixas entre 25 e 39 anos, o que reforça seu perfil jovem e produtivo em relação à média do Brasil.



3.1.2.12. Deficiência e Autismo

Sobre a população com deficiência ou autismo a tabela abaixo demonstra os dados sobre a população de Toledo de pessoas com deficiência totalizam 10.382, já quanto ao Transtorno do Espectro Autista são 1.655 pessoas.

Tabela 11 - População Censitária, segundo tipo de deficiência – 2022.

*Deficiência e Autismo	Porcentagem de Pessoas	População
	2022	
Diagnosticados com autismo	1,1%	1.655
Pessoas com deficiência	6,9%	10.382

FONTE: Censo 2022: Composição domiciliar e óbitos informados: Resultados do universo

NOTA: Deficiência: percentual de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência no total pessoas de 2 anos ou mais de idade. Autismo: Percentual da população diagnosticada com autismo no total da população residente.

É importante destacar que, estes dados são auto relatados conforme Censo Demográfico 2022, assim 6,9% da população de Toledo convive com algum tipo de deficiência, enquanto 1,1% apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). A proporção do município é semelhante aos índices observados no Paraná (6,8% com deficiência e 1,1% com TEA) e um pouco inferiores à média nacional, que registra 7,3% da população com deficiência e 1,2% com TEA.

Torna-se fundamental recomendar o fortalecimento de políticas públicas voltadas a este público, com ênfase na ampliação da acessibilidade, promoção do diagnóstico precoce, oferta de atenção especializada e continuidade dos cuidados de saúde. Investir na formação continuada dos profissionais da rede de Atenção Primária e implementar estratégias que garantam equidade no atendimento são ações essenciais para assegurar a



inclusão e o pleno desenvolvimento das pessoas com deficiência ou autismo em Toledo.

3.1.2.13. População segundo cor/raça

Conforme tabela abaixo a população de Toledo é composta majoritariamente por pessoas brancas (62,1%), seguidas por pessoas pardas (33,1%), pretas (4,3%), amarelas (0,5%) e indígenas (0,07%). Embora as pessoas brancas representem a maioria, os grupos populacionais pretos, pardos e indígenas somam mais de 56 mil pessoas, o que representa aproximadamente 37% da população total.

Tabela 12 - População Censitária segundo cor/raça – 2022.

Cor/Raça	População	Percentual
Branca	93.351	62,04%
Preta	6.490	4,31%
Amarela	694	0,46%
Parda	49.822	33,11%
Indígena	103	0,07%
Sem declaração	10	0,01%
Total	150.470	100%

FONTE: IPARDES. (2025).

A análise dos dados do Censo IBGE 2022 e do Caderno Estatístico Municipal IPARDES - Toledo/PR revela diferenças marcantes na composição racial entre Toledo, o estado do Paraná e o Brasil como um todo. Em Toledo,



a população autodeclarada branca representa 62,04%, índice inferior ao do Paraná (64,57%), mas ainda consideravelmente acima da média nacional (43,46%). Os pardos somam 33,11% em Toledo, superando o percentual do estado (30,06%) e ficando abaixo do registrado no Brasil (45,34%). Já a população preta perfaz um percentual menor em Toledo, refletindo tendências históricas regionais, enquanto no Paraná os pretos representam 4,24% e no Brasil, 10,17%. As proporções de indígenas e amarelos permanecem baixas nas três esferas, mas com pequenas variações locais. Esses dados evidenciam que Toledo apresenta um perfil demográfico intermediário, situando-se entre a predominância branca do contexto estadual e a crescente diversidade étnico-racial da média nacional.

3.1.2.14. Domicílios

Os domicílios recenseados são locais estruturalmente separados e independentes que servem de habitação a uma ou mais pessoas, ou que seja usado como tal. Dentro dessa definição, os domicílios podem ser distribuídos em particular permanente (construído para servir exclusivamente como habitação e serve como moradia), particular improvisado (localizado em edificação que não tenha dependências exclusivas à moradia e locais inadequados para habitação ocupado por moradores) e coletivos (instituição ou estabelecimento onde a relação entre as pessoas que se encontravam nele era restrita a normas de subordinação administrativa).

No Censo de 2022 o Brasil registrou um total de 90.704.582 domicílios recenseados, dos quais 5.029.064 localizam-se no estado do Paraná. Ainda de acordo com esse censo, o município de Toledo contabilizou 63.726 domicílios, sendo 63.673 domicílios particulares (dos quais 16 são particulares improvisados) e 37 domicílios coletivos.



3.1.2.15. Expectativa de vida

A expectativa de vida ao nascer no Brasil, em 2010 era de 74,4 anos, e subiu, em 2022, para 75,5 segundo o Censo IBGE, resultado de avanços em saúde pública, mas ainda impactada recentemente pela pandemia de COVID-19. Entre 2010 e 2019, houve uma trajetória de crescimento desse indicador, chegando a 76,2 anos em 2019. Contudo, com a pandemia, a expectativa caiu para 74,8 anos em 2020 e 72,8 anos em 2021, recuperando-se em 2022.

Tabela 13 - Evolução da Expectativa de Vida Por Sexo no Brasil.

Ano	Expectativa de vida ao nascer (anos)			Diferença entre os sexos
	Total	Homem	Mulher	
2010	74,4	70,7	78,1	7,4
2019	76,2	72,8	79,6	6,8
2020	74,8	71,2	78,5	7,3
2021	72,8	69,3	76,4	7,1
2022	75,4	72,1	78,8	6,7
2023	76,4	73,1	79,7	6,6

FONTE: Agência IBGE Notícias. (2024) Acesso em: 18 jul. 2025.

Ainda no cenário nacional, os dados revelam que as mulheres apresentam, historicamente, uma expectativa de vida superior à dos homens. Em 2023, por exemplo, a expectativa de vida das mulheres no Brasil foi de 79,7 anos, enquanto a dos homens foi de 73,1 anos. A média geral da população ficou em 76,4 anos, refletindo esse padrão recorrente ao longo dos anos.

Regionalmente, o Paraná se destaca: em 2022, a expectativa de vida no estado era de 77,7 anos, aproximadamente um ano e meio acima da média nacional. Relatórios recentes estimam que, em 2024, o Paraná atinja



79,2 anos. No município de Toledo, segundo o último dado disponível (Censo IBGE 2010), a expectativa de vida era de 76,3 anos.

3.1.2.16. Índice IPARDES de desempenho municipal (IPDM)

Segundo o Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM):

“O IPDM é um índice sintético que procura captar as condições socioeconômicas dos municípios do Estado do Paraná em suas dimensões mais significativas: renda (composta por renda, emprego e produção agropecuária), educação e saúde. Seguindo uma linha semelhante à do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IPDM visa proporcionar às diversas esferas de governo e sociedade civil, em geral, uma leitura atualizada a cada ano de aspectos relevantes do desenvolvimento local do Estado. O índice é construído utilizando diferentes fontes de dados de natureza administrativa disponibilizadas por entidades públicas. O índice parcial de renda é construído a partir dos dados referentes à remuneração do trabalho, emprego formal e produção agropecuária. Por sua vez, o índice de educação deriva de informações de atendimento à educação infantil e de indicadores da educação básica, como docentes com curso superior, taxa de abandono, taxa de distorção idade-série e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). O índice da saúde é composto pelo percentual de consultas pré-natais (mais de seis por criança nascida viva), pela participação dos óbitos listados como causas mal definidas, e pela razão de óbitos de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis dentre os nascidos vivos. Por fim, o índice geral do IPDM é calculado através da média aritmética simples dos índices parciais mencionados anteriormente. Tanto o índice geral como os parciais apresentam valores entre 0 e 1, números que representam, respectivamente, posição mínima e máxima



de desempenho.” (Edição 2022, Índice IPARDES de Desempenho Municipal)

O IPDM então avalia o desempenho dos 399 municípios do Paraná, considerando aspectos fundamentais sendo calculado a partir de dados oficiais e classificando os municípios em níveis que vão de baixo a alto desempenho, facilitando comparações e análises de evolução ao longo dos anos. Segundo o ranking do IPDM, Toledo destaca-se como a terceira melhor cidade do Paraná, refletindo resultados expressivos nas dimensões analisadas e consolidando-se entre os municípios de maior destaque no estado.

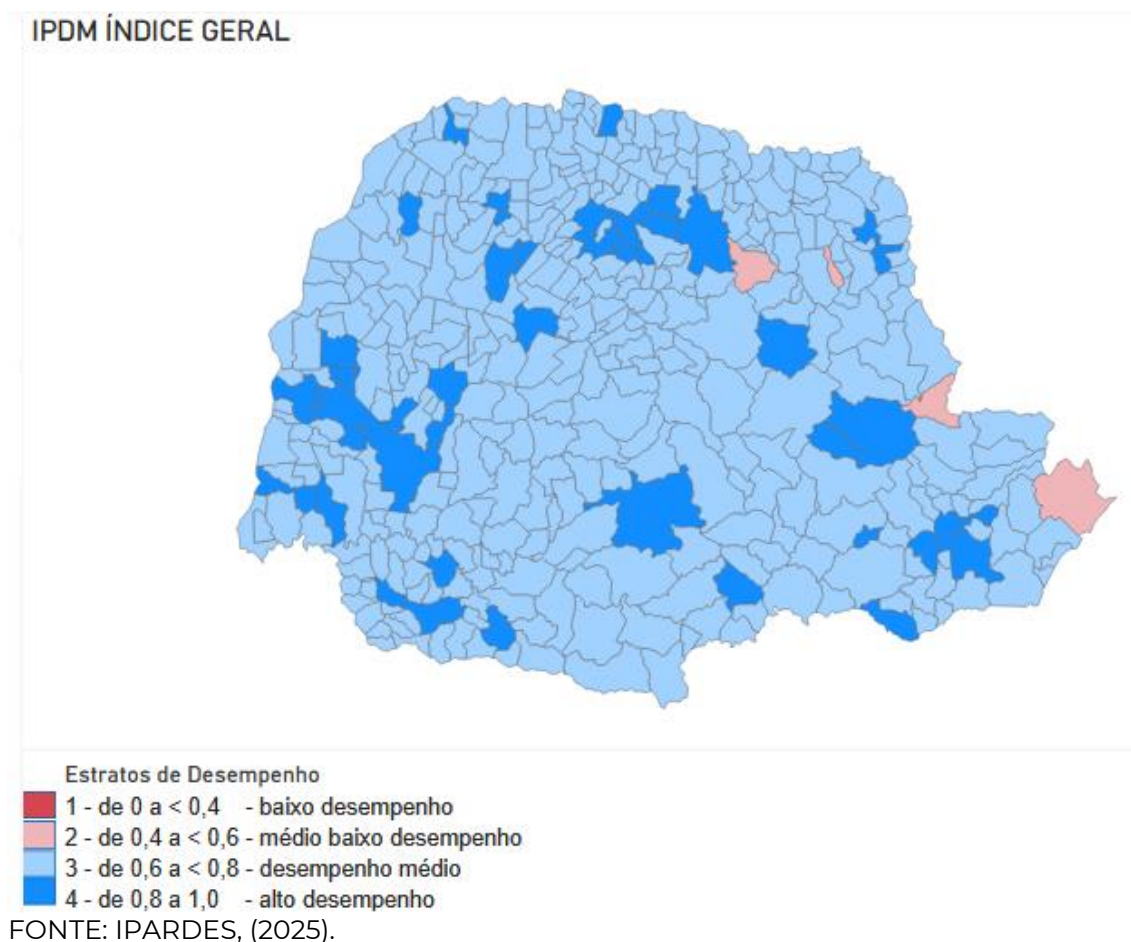
Tabela 14 - Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM).

INFORMAÇÃO ÍNDICE	IPDM-2022
IPDM - Renda, emprego e produção agropecuária	0,7152
IPDM - Educação	0,9692
IPDM - Saúde	0,8902
Índice IPARDES de desempenho municipal (IPDM)	0,8582

FONTE: Cadernos Municipais, IPARDES. (2025)

É possível observar no mapa as cidades com os melhores IPDM, sendo Toledo classificada entre as que possuem alto desempenho, pois tem IPDM de 0,8582.

Figura 9 - Classificação das cidades do Paraná de acordo com IPDM.



O desempenho de Toledo-PR no IPDM - Saúde alcançou 0,8902, enquadrando o município como de alto desempenho nessa dimensão. Contudo, ao ocupar a 139ª posição entre as cidades paranaenses, evidencia-se que, apesar dos avanços já conquistados, ainda há espaço para melhorias, especialmente nos indicadores de consultas pré-natais, na redução de óbitos por causas mal definidas e na prevenção de mortes infantis por causas evitáveis. O IPDM, assim, mostra-se como uma ferramenta importante para monitorar o progresso e orientar políticas públicas, estimulando a busca contínua por indicadores de saúde cada vez mais elevados e pela promoção do bem-estar coletivo nos municípios do Paraná.



3.1.3. Aspectos socioeconômicos

3.1.3.1. Aspectos de renda

Para compreender o cenário socioeconômico de Toledo-PR, é fundamental analisar os indicadores de renda da população. Em 2022, o município contava com 74.441 pessoas ocupadas, o que correspondia a 49,47% do total de habitantes. O rendimento médio dos trabalhadores formais era de 2,4 salários-mínimos.

Embora Toledo se destacasse na nona posição entre os municípios paranaenses com maior percentual de população ocupada, ocupava apenas o 49º lugar em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores no estado. Este contraste evidencia que, apesar do elevado índice de ocupação, a renda média dos trabalhadores de Toledo ainda está aquém da registrada em cidades paranaenses com menor taxa de ocupação.

Tabela 15 - População Ocupada e Salário Médio dos Trabalhadores Formais

	Dado IBGE 2022	Posição de Toledo Ranking Estadual	Posição de Toledo Ranking Nacional
População Ocupada	49,5%	9º	135º
Salário médio mensal dos trabalhadores formais	2,4 salários mínimos	49º	786º

FONTE: CENSO IBGE (2022).

Esse cenário evidencia uma dinâmica recorrente: mesmo tendo um Produto Interno Bruto (PIB) elevado, figurando como o 12º maior do Paraná, Toledo apresenta um PIB per capita de R\$ 51.745,73 (2021), ocupando apenas a 101ª posição entre os municípios do estado. Ou seja, embora a economia local seja expressiva em termos absolutos, a distribuição dessa riqueza entre



os habitantes não acompanha o mesmo ritmo, o que também pode ser observado na renda média mensal de 2,4 salários-mínimos dos trabalhadores formais. Dessa forma, o desenvolvimento econômico de Toledo não se converte, necessariamente, em maior renda individual, o que sinaliza desafios quanto à equidade na partilha dos benefícios do crescimento municipal.

Nesse sentido, o CadÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais) é um sistema que identifica e organiza informações de famílias de baixa renda no Brasil, possibilitando seu acesso a diversos programas sociais, como o Bolsa Família. Em junho de 2025, o Brasil contabilizava 41.763.488 famílias cadastradas, totalizando mais de 95 milhões de pessoas. Desse total, 50% estão em situação de pobreza, 24% são consideradas de baixa renda e 26% possuem renda superior a meio salário mínimo por pessoa. Assim, observa-se que uma parcela significativa da população brasileira — cerca de 45% dos 200 milhões de habitantes — buscou o CadÚnico como porta de entrada para as políticas públicas

Por sua vez, o Paraná apresenta 36,1% de sua população cadastrada no CadÚnico. Dentre eles, 31% estão em situação de pobreza, 30% são considerados de baixa renda e 39% possuem renda acima de meio salário mínimo por pessoa. Isso indica que, embora o estado tenha um número expressivo de pessoas inscritas no programa, a maior parte delas possui condições financeiras relativamente melhores, quando comparadas a outras regiões com maior concentração de pobreza no território brasileiro.

Em Toledo, por fim, há um total de 41.021 pessoas cadastradas no CadÚnico, o que representa 25,7% de sua população total. Desse número, 18% estão em situação de pobreza, enquanto que 32% são consideradas de baixa renda e 50% têm renda acima de meio salário mínimo. Portanto, mesmo com uma distribuição de renda que não acompanha o volume econômico total do município, Toledo destaca-se por apresentar índices de



baixa renda e pobreza notavelmente inferiores aos observados no Paraná e no Brasil. Isso sugere que, apesar dos desafios na partilha dos frutos do desenvolvimento local, o município consegue manter uma parcela relativamente pequena de sua população em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Ou seja, embora a renda não seja tão bem distribuída, o contexto local impede que grandes contingentes caiam nas faixas mais críticas de necessidade, demonstrando certa eficácia nas dinâmicas econômicas e sociais municipais.

Tabela 16 - Pessoas em situação de baixa renda ou de pobreza³ por local de residência (jun./2025).

Local	Pop. Estimada (2024)	Pessoas em Famílias em situação de Baixa	Pessoas em Famílias em situação de Pobreza
Brasil	212.583.750	22.478.396 (10,6%)	47.800.888 (22,5%)
PR	11.824.665	1.270.671 (10,7%)	1.342.202 (11,3%)
Toledo	158.620	12.957 (8,1%)	7.478 (4,7%)

FONTE: Elaborada pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados MC, Secretaria Nacional de Renda e Cidadania - SENARC/ IBGE População estimada (2024).

Analisando os números apresentados na tabela, fica evidente que Toledo tem uma fatia menor de sua população cadastrada em programas de baixa renda e pobreza: apenas 8,2% estão em situação de baixa renda e

³Considera-se a população pobre ou vulnerável à pobreza aquela que ingressou na faixa de renda familiar mensal por pessoa de até R\$218 e, ao longo de 24 meses, não ultrapassou o limite de meio salário-mínimo por mais de 2 trimestres consecutivos. Ou seja, a estimativa é feita de forma aderente aos critérios de atendimento do Bolsa Família, buscando abranger as famílias que, embora ultrapassem temporariamente a situação de baixa renda, estão sempre em risco de ingressar na pobreza. Considera-se população de baixa renda aquela que se mantém, ao longo de 24 meses, com renda familiar mensal por pessoa de até ½ salário-mínimo.



4,7% vivem em condição de pobreza. Em comparação, o Paraná exibe índices mais elevados, com 10,7% e 11,4%, respectivamente, enquanto o cenário nacional é ainda mais desafiador, atingindo 10,6% e expressivos 22,5% em condição de pobreza. Essa diferença demonstra que o município possui uma realidade diferenciada, tanto em relação ao estado quanto ao país, com menor presença de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Portanto, observa-se que, apesar dos desafios relacionados à distribuição de renda, o município de Toledo exibe índices de pobreza e baixa renda consideravelmente inferiores às médias estadual e nacional. Esse resultado evidencia a efetividade das políticas públicas locais e as características da dinâmica econômica municipal, fatores que promovem maior estabilidade, ampliam o acesso a oportunidades e reduzem a dependência de programas assistenciais.

3.1.3.2. Condições de moradia

3.1.3.2.1. Domicílios

Toledo conta com 63.726 domicílios recenseados em 2022. Entre eles, 56.389 são classificados como domicílios particulares permanentes ocupados⁴, o que representa aproximadamente 88% do total. Outros 7.284 estavam desocupados durante a coleta dos dados, correspondendo a cerca

⁴Segundo o IBGE CENSO 2022, um domicílio particular permanente é aquele que foi construído ou adaptado para servir de moradia, estruturado de modo independente e separado, e habitado por uma ou mais pessoas no momento da coleta dos dados.



de 11%. Há também 16 domicílios particulares improvisados, moradias adaptadas de forma provisória e consideradas inadequadas para habitação, ainda haviam 37 domicílios coletivos, como hotéis, prisões, hospitais e quartéis, onde a convivência segue normas institucionais.

Ter um número extremamente baixo de domicílios improvisados na cidade é um fator relevante para a promoção da saúde pública. Moradias adequadas oferecem melhores condições de higiene, segurança e bem-estar, reduzindo a exposição da população a riscos sanitários e doenças. Essa característica evidencia um aspecto importante na qualidade de vida no município e reflete o compromisso da cidade com o desenvolvimento urbano sustentável e a proteção social dos seus habitantes.

Ao se considerar apenas os domicílios particulares permanentes ocupados, observa-se o predomínio de casas, num total aproximado de 46 mil unidades. Os apartamentos, que já somam mais de 7 mil, vêm ganhando espaço graças ao processo de verticalização da cidade e à construção de novos edifícios nos últimos anos.

Tabela 17 - Relação de Habitantes por Unidade Residencial (Domicílio Particular) em Toledo/PR – 2022.

Nº de Moradores	Nº de Domicílios	% de Domicílios
1 morador	9.996	17,72%
2 moradores	18.354	32,54%
3 moradores	14.371	25,48%
4 moradores	9.761	17,31%
5 moradores	2.817	4,99%
6 moradores ou mais	1.106	1,96%
Total	56.405	100,00%

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo (2025) e CENSO IBGE (2022).

A análise da tabela revela que cerca de 57% dos domicílios possuem entre 2 e 3 moradores. Outro dado relevante é que aproximadamente 17% das residências são ocupadas por 4 pessoas, mesmo percentual dos domicílios habitados por apenas um indivíduo. As famílias unipessoais



podem enfrentar desafios específicos, como dificuldades de autocuidado entre idosos, questões de saúde mental ou obstáculos para receber visitas de profissionais de saúde, especialmente quando a pessoa trabalha em horário comercial. Já as famílias mais numerosas, embora representem uma parcela menor, também podem demandar atenção especial em relação à saúde coletiva e ao acesso aos serviços.

3.1.3.2.2. Saneamento básico e Habitação

A infraestrutura urbana de Toledo é adequada, pois há investimentos contínuos em saneamento básico e planejamento habitacional. No entanto, o crescimento populacional experimentado na última década exige atenção dos gestores em relação à continuidade de tais investimentos, a fim de garantir condições adequadas de saúde pública.

O abastecimento e o tratamento dos esgotos, com exceção de áreas afastadas, são realizados pela Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR), que opera por meio de concessão da Prefeitura. Já a gestão dos resíduos sólidos é realizada diretamente pela administração pública, através de empresas terceirizadas, e é complementada pela participação direta da Associação de Catadores, a qual atua na coleta seletiva de resíduos recicláveis.

A origem da água que abastece o município provém da captação do Rio Toledo e poços que drenam diretamente do Aquífero Serra Geral. Já os resíduos sólidos produzidos no município, têm sua coleta domiciliar e pública realizadas por diversos sistemas, que o fazem com adequada eficiência, e têm como destino o aterro sanitário, que supre a demanda do município, com uma média de recebimento de 80 toneladas/dia de resíduos, de acordo com o Plano Diretor 2050 de Toledo.



3.1.3.2.3. Abastecimento de água potável

Em Toledo 99% da população de é atendida com abastecimento de água. O município é abastecido por poços tubulares e pelo Rio Toledo, que é um manancial de água superficial. Em relação aos mananciais de água, Toledo é cortado por rios, arroios, córregos, lajeados e sangas, constituindo uma grande rede fluvial. Conforme dados de 2011, é responsável por 13% dos recursos hídricos da Bacia do Paraná III.

Os serviços de abastecimento de água e coleta e tratamento de esgotos são operados por concessão da Prefeitura à SANEPAR, desde 1972. No que se refere ao abastecimento das comunidades isoladas, o abastecimento é feito por sistemas próprios, com poços e minas, sendo operadas diretamente pelas próprias comunidades, sem a intervenção da concessionária que opera o sistema urbano. Para abastecer a cidade, a captação é feita no Rio Toledo e em poços do Aquífero Serra Geral, todos localizados no município. Desde o final da década de 90, Toledo vem buscando realizar intervenções para a ampliação de áreas verdes no setor urbano, intensificando essas ações nos últimos anos, através do Programa de Desenvolvimento Ambiental Sustentável de Toledo. O programa tem a premissa de compatibilizar a preservação ambiental com as necessidades de lazer, economia e qualidade de vida da população.

3.1.3.2.4. Rede de esgoto

Em Toledo, 82,8% da população tem acesso ao esgotamento sanitário, conforme dados divulgados pela SANEPAR (2023) no *Release de Resultados – 3T23*, de 8 de novembro. O número total de unidades atendidas e ligações



de água e esgoto conforme apresentado no caderno estatístico de Toledo (CMT) disponibilizado pelo IPARDES em Jan/2025, é o que segue:

Tabela 18 - Abastecimento de água e Atendimento de Esgoto, segundo as categorias – 2022.

CATEGORIAS	ÁGUA			ESGOTO		
	Unidades Atendidas	Ligações	%	Unidades Atendidas	Ligações	%
Residenciais	57.104	44.777	78,41	46435	35.258	75,92
Comerciais	5.416	3.995	73,76	4.738	3.383	71,40
Industriais	176	176	100	89	89	100
Utilidade pública	284	281	98,94	229	226	98,68
Poder público	313	313	100	227	227	100
TOTAL	63.293	49.542	78,27	51.718	39.183	75,76

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo, (2025).

O consumo de água potável em Toledo apresentou crescimento constante entre 2021 e 2023, passando de 7.525.745 m³ de consumo medido em 2021 para 8.110.982 m³ em 2023, o que representa um aumento de aproximadamente 7,8% no período. Esse aumento acompanha o desenvolvimento urbano, a expansão populacional e o crescimento de atividades econômicas na cidade que são grandes demandantes de água. No mesmo período, o consumo faturado também cresceu, alcançando 8.379.660 m³ em 2023, o que evidencia o aumento da demanda e a eficiência no registro do consumo de água.

Tabela 19 - Consumo de água medido e faturado (m³).

INFORMAÇÃO	2021	2022	2023
Consumo Medido	7.525.745	7.726.486	8.110.982



Consumo Faturado	7.781.344	8.007.137	8.379.660

FONTE: Caderno IPARDES. Toledo, (2025).

Analizando de forma mais ampla, o uso de água potável em Toledo segue o padrão de cidades de médio porte, com predomínio do consumo residencial (atividades como higiene, preparo de alimentos e limpeza), seguido pelos setores comercial, industrial e de serviços públicos. O aumento do consumo no município está em concordância com a tendência nacional de crescimento do uso da água em áreas urbanas, o que reforça a importância de políticas de gestão eficiente, combate ao desperdício e incentivo ao uso racional de água.

3.1.3.2.5. Limpeza urbana e Manejo de resíduos sólidos

Em relação aos resíduos sólidos, produzidos no município, conta-se com diversos sistemas de coleta de lixo, através de recolhimento domiciliar de resíduos, disponibilização de contêineres para o lixo comum e reciclável em diversos pontos da cidade, coletores de lixo nos logradouros públicos e pontos e ecopontos itinerantes, destinados aos rejeitos volumosos e eletrodomésticos descartados.

A gestão de resíduos sólidos gerados em Toledo é realizada diretamente pela administração pública, sendo a coleta domiciliar realizada por empresa terceirizada e a coleta seletiva de resíduos recicláveis através do programa Lixo Útil, que conta com a participação direta da Associação de Catadores.

Atualmente, 98% da população é atendida com coleta de resíduos domiciliares, incluindo coleta seletiva. O município recupera 3,98% do total



de resíduos coletados. A Secretaria Municipal do Meio Ambiente gerencia esse serviço. Importante destacar que a média diária de resíduos domiciliares que são dispostos no aterro sanitário, é de 80 toneladas/dia. Dados extraídos do Plano Diretor 2050 de Toledo.

3.1.3.2.6. Energia

A energia elétrica em Toledo, Paraná, é distribuída pela Companhia Paranaense de Energia (Copel), que também atua na geração e transmissão de energia elétrica no estado.

Tabela 20 - Consumo e Número de Consumidores de Energia segundo classes – 2023.

CLASSES	CONSUMO (MWh)	Nº CONSUMIDORES	DE
Residencial	134.499,525	57.876	
Industrial	392.418,795	1.644	
Comercial, Serviços e Outras Atividades	95.534,271	7.010	
Rural	76.291,352	3.716	
Poder Público	12.709,043	443	
Iluminação Pública	16.588,527	301	
Serviço Público	9.682,966	39	
Consumo próprio	185,868	3	
TOTAL	737.910,347	71.032	

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo, (2025).

Atualmente a Copel está instalando a Rede Elétrica Inteligente em Toledo. A iniciativa é parte de um programa que moderniza a infraestrutura



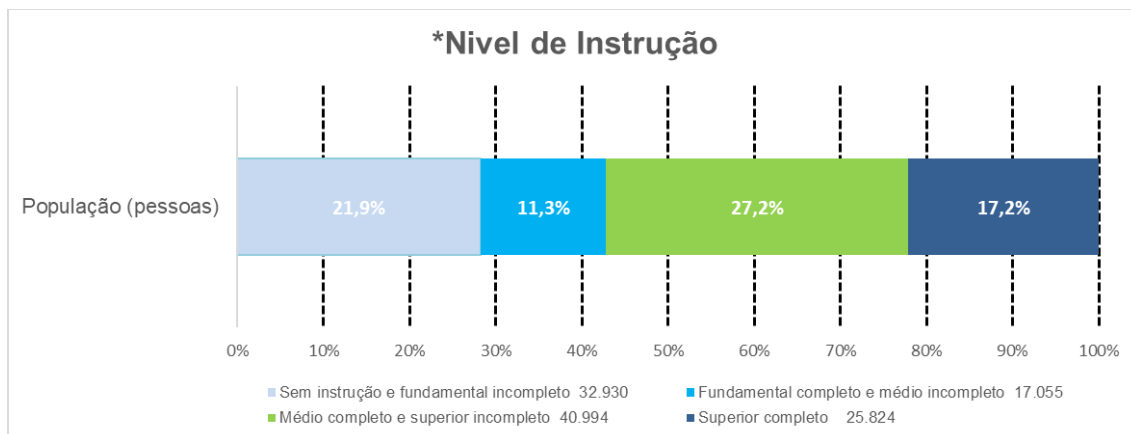
elétrica do estado. A planta está em fase de operação assistida, ou seja: todos os equipamentos são monitorados em um ambiente controlado até a execução da operação contínua, que irá acontecer após a inauguração do projeto, em 2024. A energia produzida será comercializada e equivale a aproximadamente 1.500 residências de médio porte.

3.1.3.3. Educação e Escolaridade

Em termos de escolaridade, segundo dados do Censo IBGE de 2022 apresentados no gráfico abaixo e considerando a população com 18 anos ou mais, observa-se uma elevada proporção de indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto: 21,9%, o que corresponde a 32.930 pessoas. Já a parcela da população com ensino médio completo ou superior incompleto representa 27,2%, equivalente a 40.994 pessoas.

Embora a maioria desse grupo etário (55,7%) tenha completado ao menos a educação básica, o percentual de pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto ainda é significativo. Entre aqueles que conseguiram avançar além da educação básica, apenas 17,2% chegaram a concluir o ensino superior. Os dados de escolaridade da população adulta de Toledo evidenciam desafios importantes. A desigualdade nos níveis de instrução impacta diretamente o acesso, a compreensão e a adesão aos cuidados em saúde, exigindo abordagens intersetoriais e territorializadas.

Gráfico 7 - Nível de Instrução.



FONTE: CENSO IBGE - (2022).

NOTA: Pessoas de 18 anos ou mais de idade, por nível de instrução. 1 - Dados dos Resultados preliminares da amostra, estimados a partir de áreas de ponderação preliminares.

De acordo com dados disponíveis no IBGE, em 2022, o percentual de alfabetização da população acima de 15 anos era de 96,6%, totalizando 117.372 pessoas. Já o número de analfabetos nesta mesma faixa etária totaliza 4.126 pessoas, representando 3,4% da população. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 6,8 e para os anos finais, de 5,7. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 121 e 82 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 624 e 398 de 5570. Os dados da amostra são preliminares e sujeitos a revisão.

3.2. SEGURANÇA, TRÂNSITO E TAXA DE HOMICÍDIOS

3.2.1. Trânsito e Transporte

A mobilidade urbana em Toledo reflete tanto os avanços quanto os desafios vivenciados por cidades de médio porte que passaram por



crescimento acelerado. Com uma rede de transporte coletivo composta por ônibus urbanos, operados via concessão pública, e uma malha de ciclovias, o município busca atender às necessidades de deslocamento de diferentes grupos populacionais.

Entretanto, a estrutura da cidade ainda carrega marcas do seu planejamento original, pensado para uma população consideravelmente menor. O resultado disso são vias centrais estreitas, deficitárias em vagas de estacionamento e, conseqüentemente, um trânsito congestionado, que pode gerar estresse, aumentar o risco de acidentes e comprometer o bem-estar dos habitantes.

O cenário se torna ainda mais relevante diante dos dados apresentados na tabela abaixo, que evidenciam o crescimento expressivo da frota de veículos em Toledo. Em 2024, o município registrava mais de 125 mil veículos, sendo 63.446 automóveis, 19.618 motocicletas e 12.936 caminhonetes, representando um aumento de 11,10% entre 2021 e 2024. Esse aumento intensifica os desafios de mobilidade, especialmente nos horários de pico e nas regiões centrais, pressionando ainda mais a infraestrutura viária.

Tabela 21 - Frota de Veículos Segundo Tipo.

TIPO VEÍCULO	DE 2021	2022	2023	2024	Var %
Automóvel	58.685	60.219	61.784	63.446	8,10%
Motocicleta	17.502	18.223	18.899	19.618	12,10%
Caminhonete	11.413	11.898	12.554	12.936	13,30%
Motoneta	8.243	8.537	8.721	9.046	9,70%
Camioneta	4.238	4.494	4.766	5.198	22,70%
Caminhão	3.905	4.022	4.089	4.120	5,50%
Semirreboque	2.604	2.685	2.957	3.005	15,40%



Reboque	2.316	2.471	2.758	2.948	27,30%
Caminhão Trator	1.929	1.996	2.142	2.184	13,20%
Utilitário	1.334	1.525	1.726	2.014	51,00%
Micro-Ônibus	319	338	359	363	13,80%
Ônibus	256	264	266	297	16,00%
Ciclomotor	118	118	121	130	10,20%
Outros Tipos	45	58	72	91	102,20%
Triciclo	57	58	57	57	0,00%
Trator de Rodas	7	7	7	9	28,60%
Trator Misto	1	1	1	1	0,00%
Trator de Esteira	-	-	-	-	-
TOTAL	112.972	116.914	121.279	125.463	11,10%

FONTE: DETRAN/ Caderno do IPARDES. Toledo, (2025).

A relação entre mobilidade urbana e saúde da população é direta: cidades que investem em sistemas de transporte coletivo eficientes e incentivos ao uso de meios ativos, como bicicletas e caminhadas, promovem rotinas mais saudáveis e reduzem a emissão de poluentes atmosféricos. Em Toledo, a rede de ciclovias, a modernização dos ônibus e o incentivo ao transporte público contribuem para diminuir o uso de veículos individuais, favorecendo ambientes urbanos mais limpos e seguros. Por outro lado, o município apresenta uma razão de 0,79 veículos por habitantes (), um volume representativo de veículos, sendo que o excesso de veículos pode aumentar a exposição à poluição, ao ruído e ao sedentarismo, com impactos negativos para a saúde coletiva.

Desta forma, a mobilidade urbana é fator importante e impacta diretamente a qualidade de vida e a saúde dos habitantes de Toledo, trazendo à tona a importância de políticas públicas integradas e de médio e longo prazo para garantir um futuro mais sustentável e saudável para todos.



Ainda no âmbito das características do trânsito, mas em outra área, a rural, uma das características marcantes do município de Toledo, é a presença de extensas rodovias rurais asfaltadas, resultado de investimentos constantes no Programa de Pavimentação Rural da prefeitura. Este programa tem interligado distritos, a sede e promovido o desenvolvimento do interior, com mais de 300 quilômetros de estradas rurais asfaltadas.

3.2.2. Trânsito

A Guarda Municipal de Toledo promove várias campanhas de educação e prevenção em parceria com a saúde, visando a redução de acidentes e violências no trânsito. Além dessas atividades, a Secretaria de Segurança e Trânsito auxilia a Secretaria de Saúde ao disponibilizar Guardas treinados para acompanhamento no transporte dos pacientes da saúde mental, proporcionando segurança para equipe do transporte e para o próprio paciente, além dos cuidados com o patrimônio público.

A violência e os acidentes, ainda são fatores que ensejam melhorias substanciais em diversos setores do município. De acordo com a prestação de contas do 3º quadrimestre de 2024, o número de óbitos do município por causas externas foi de 81 acidentes (incluindo trânsito, quedas e outros), 19 homicídios, 16 suicídios e 2 óbitos por outras causas, no ano de 2024, até o momento do relatório. Já quanto aos acidentes, embora o relatório não especifique quantas dessas mortes foram exclusivamente por acidentes de trânsito, o número reflete a importância de campanhas como o Maio Amarelo para a redução desses índices.

O Maio Amarelo é uma campanha que visa sensibilizar a sociedade sobre a importância da segurança viária, promovendo ações educativas e preventivas ao longo do mês de maio. Em Toledo, a campanha é realizada



por meio de uma colaboração entre a Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana e a Secretaria de Educação, Cultura e Esporte. Essa parceria permite a integração de atividades educativas nas escolas municipais, abordando temas relacionados à segurança no trânsito e promovendo a formação de cidadãos mais conscientes.

3.2.3. Taxa de homicídios

Quando se fala de violência a taxa de homicídios é um dos índices relevantes utilizados para sua aferição. Somente em 2022, o Brasil registrou 46.409 homicídios, com taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes. No entanto, ao incluir os homicídios ocultos, mortes violentas com causa indeterminada (MVCIs) reclassificadas por técnicas de aprendizado de máquina, esse número sobe para 52.391, elevando a taxa nacional para 24,5⁵ homicídios estimados por 100 mil habitantes. Esse método, baseado em microdados de mais de três milhões de mortes, visa refinar a compreensão da violência letal no país, reconhecendo que subnotificações ainda ocultam parte da realidade.

O estado do Paraná lidera a região Sul em taxa de homicídios e segue na contramão de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que apresentam tendências de queda nos últimos anos. Em 2022, o Paraná teve uma taxa de 23,6 homicídios estimados por 100 mil habitantes, com crescimento de 20%

⁵FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Censo Demográfico 2022 (IBGE). Elaboração: Diest/Ipea e FBSP. NOTA: O número de homicídios estimados no município de residência foi obtido pela soma das seguintes CIDs 10: X85-Y09 e Y35-Y36, ou seja, óbitos causados por agressão, intervenção legal e operações de guerra e ainda dos homicídios ocultos estimados em Cerqueira e Lins (2024).



desde 2019. Os municípios com os maiores índices estão concentrados na Região Metropolitana de Curitiba (como Paranaguá e Almirante Tamandaré), além de Foz do Iguaçu. O tráfico de drogas, vinganças ligadas a crimes anteriores, e desentendimentos pessoais são as principais motivações dos homicídios na região, com distribuição relativamente uniforme no estado.

O município de Toledo, com população acima de 100 mil habitantes, foi classificado em 153º lugar entre as 319 cidades brasileiras com maiores taxas de homicídio em 2022. Com 35 homicídios estimados no ano (sendo 34 registrados e 1 oculto), sua taxa foi de 23,3 por 100 mil habitantes, ligeiramente abaixo das médias estadual (23,6) e nacional (24,5). Essa posição intermediária destaca Toledo como um município afetado pela violência, mas não entre os mais críticos, o que ainda assim exige atenção a políticas públicas focadas em prevenção, segurança e inclusão social.

Neste aspecto quando falamos em saúde, isto pode influenciar de várias maneiras, tais como: sobrecarga dos serviços de emergência, especialmente hospitais e unidades de pronto atendimento, pois precisam lidar com ferimentos graves e óbitos violentos; aumento da demanda por atenção psicossocial, afetando familiares e comunidade, com impactos na saúde mental; e até mesmo o remanejamento de recursos de prevenção para realizar os cuidados contínuos relacionados à violência. Estas situações exigem uma resposta integrada entre saúde, segurança e assistência social para mitigar danos e fortalecer políticas de prevenção.

3.2.4. Economia e Principais Setores

Toledo destaca-se como um dos municípios mais desenvolvidos do Oeste do Paraná, apresentando uma economia diversificada e dinâmica. O



município é reconhecido nacionalmente pela pujança do agronegócio, bem como pela expressiva atuação nos setores industrial e de serviços. Segundo o IBGE, em 2021, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal superou R\$7,4 bilhões, posicionando Toledo como um dos maiores polos econômicos do estado (IBGE, 2023).

A agropecuária é o alicerce da economia local, impulsionando fortemente as receitas municipais. Em 2022, o Valor Bruto da Produção Agropecuária (VBP) de Toledo alcançou aproximadamente R\$ 3,2 bilhões, conforme dados do IPARDES (2023). O município se destaca nacionalmente na produção de suínos, aves, leite e piscicultura, abrigando centenas de estabelecimentos especializados nessas atividades.

O setor ambiental em Toledo é marcado por iniciativas de sustentabilidade e conservação. Projetos como o Florir Toledo e a Central de Bioenergia demonstram o compromisso do município com o desenvolvimento sustentável. Destaca-se também a existência de inúmeros parques destinados ao lazer, educação ambiental e práticas esportivas, o que contribui para a qualidade de vida da população (Prefeitura de Toledo, 2024).

A indústria de transformação e o comércio também desempenham papel central no desenvolvimento municipal. Segundo o RAIS (2023) em dezembro de 2023, Toledo contava no setor industrial com 740 estabelecimentos industriais, sendo responsável por cerca de 20.667 empregos formais no setor. O segmento de serviços, por sua vez, empregava aproximadamente 26.189 pessoas, e mais de 2 mil estabelecimentos, evidenciando sua relevância para o mercado de trabalho local (RAIS, 2023).

O turismo e a gastronomia consolidam a imagem de Toledo como um destino de experiências culturais e gastronômicas. O município realiza cerca de 28 festas típicas anualmente, com destaque para a Festa Nacional do Porco no Rolete, que atrai visitantes de todo o Brasil. Além disso, a rede de



restaurantes populares atende a diferentes públicos, fomentando a inclusão social (Prefeitura de Toledo, 2024).

Conforme registros disponíveis no portal do município, Toledo conta com inúmeras empresas comerciais, industriais e agropecuárias, com foco principal no agronegócio. Devido a isso, o município ocupou a posição de 2ª melhor cidade do Paraná na categoria Agropecuária de acordo com o *ranking* “Melhores cidades para fazer negócios” da *Urban Systems Brasil* (2021), gerando o décimo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

3.2.5. Estrutura Produtiva (Atividades Econômicas, Estabelecimentos, Empregos, Biopark)

Segundo o Censo Demográfico de 2022, o Brasil conta com aproximadamente 140,8 milhões de pessoas em idade ativa (entre 15 e 64 anos), o que representa cerca de 69,4% da população total. No Paraná, esse percentual é semelhante: o estado possui cerca de 8,7 milhões de pessoas nessa faixa etária, o que também corresponde a aproximadamente 69% da população paranaense.

No município de Toledo, o Censo de 2010 registrou 66.257 de pessoas em idade ativa e ocupada (entre 15 e 69 anos), conforme apresentado no quadro 07, representando 56% da população total (119.313). Em relação ao sexo da população ativa e população economicamente ativa, 56% da população economicamente ativa é do sexo masculino (36.951) e 45% é do sexo feminino (30.016).

No que se refere ao ano de 2022, o IBGE contabilizou uma população total de 150.470 habitantes em Toledo. Embora os dados específicos sobre a população em idade ativa no município não estejam detalhados nas fontes

disponíveis, estima-se que cerca de 106.671 pessoas estejam nesta faixa etária, com base na média estadual e nacional, o que representa aproximadamente 70% da população total.

Esse perfil demográfico insere o município no contexto do chamado bônus demográfico, quando a maior parte da população está em idade produtiva, o que representa uma oportunidade estratégica para o desenvolvimento socioeconômico, especialmente se acompanhado de políticas públicas eficazes em educação, saúde e geração de emprego.

3.2.6. Atividades Econômicas: Estabelecimentos e Empregos

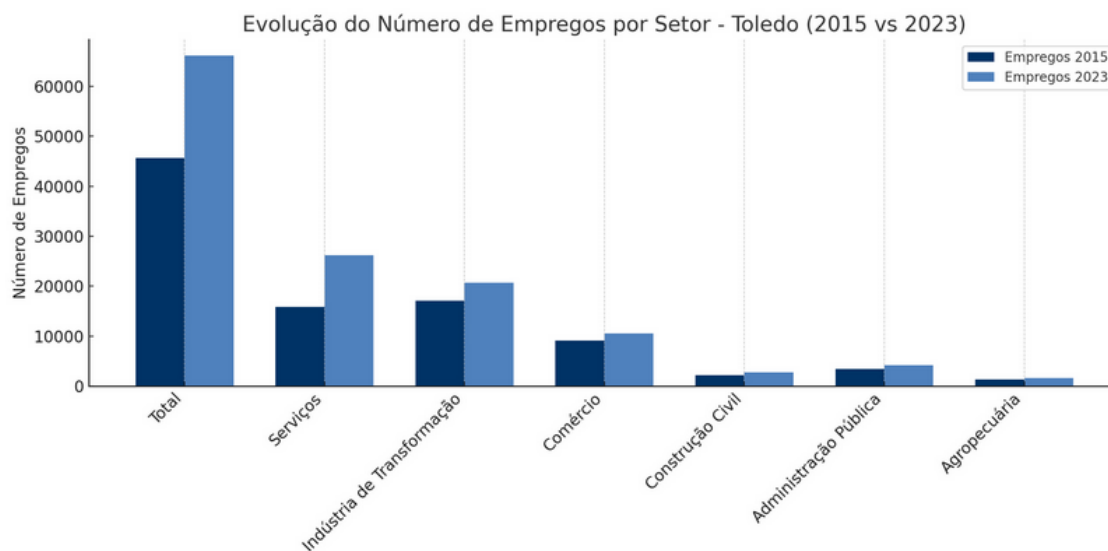
Com relação às atividades econômicas do município de Toledo, a análise dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) permite uma visão mais abrangente e atualizada do perfil socioeconômico local. O Quadro 6 apresenta a evolução no número de estabelecimentos e empregos formais, segundo os setores e subsetores econômicos definidos pelo IBGE, nos anos de 2015, 2019 e 2023.

Observa-se um crescimento consistente no número total de estabelecimentos, que passou de 4.696 em 2015 para 5.605 em 2023 — um aumento de 19,3%. No mesmo período, o número de empregos formais cresceu de 45.621 para 66.110, representando uma elevação de 44,9%, o que evidencia a dinâmica e a diversificação econômica do município.

Destaca-se o setor de Serviços, que lidera tanto em número de estabelecimentos quanto de empregos, tendo registrado 2.008 unidades ativas e 26.189 vínculos empregatícios em 2023 — um aumento de 29% e 46% respectivamente em relação a 2015. Dentro desse setor, merece menção especial o segmento de serviços técnicos, administradoras de

imóveis, valores mobiliários e auxiliares de atividades econômicas, que saltou de 2.234 empregos em 2015 para 10.813 em 2023.

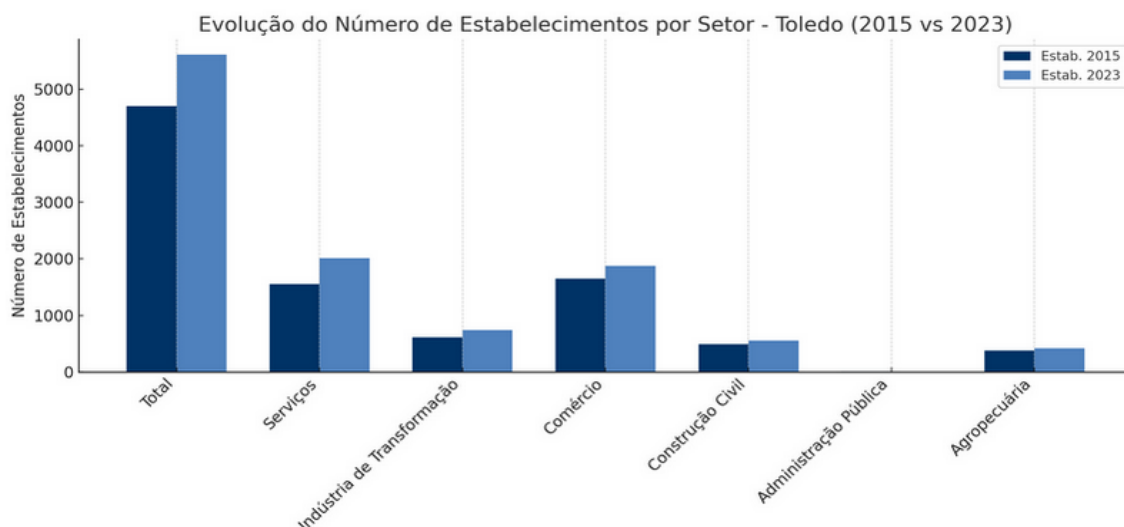
Gráfico 8 - Evolução do Número de Empregos por Setor 2015/2023.



FONTE: ME/TRABALHO - Posição em 31 de dezembro (2023).

A Indústria de Transformação também exerce papel relevante na economia local, com um crescimento de 20,5% no número de estabelecimentos (de 614 para 740) e de 21,2% nos empregos (de 17.047 para 20.667). Os subsetores de produtos alimentícios, de bebidas e álcool etílico; química, de produtos farmacêuticos, veterinários de perfumaria, sabões e calçadista foram os que mais impulsionaram esse crescimento.

Gráfico 9 - Evolução do Número de Estabelecimentos por Setor 2015/2023.



FONTE: ME/TRABALHO - Posição em 31 de dezembro (2023).

O Comércio é outro setor de destaque, com expansão de 13,5% no número de estabelecimentos e 14,7% nos empregos entre 2015 e 2023. O comércio varejista continua sendo o principal gerador de empregos dentro deste setor, com mais de 8.600 vínculos em 2023.

Outros setores que apresentaram crescimento expressivo foram a Construção Civil, que ampliou seu número de estabelecimentos em 12,6% e de empregos em 30%, e a Administração Pública, que, mesmo com redução no número de estabelecimentos, ampliou o número de empregos em mais de 23%.

Por fim, a Agropecuária, apesar de representar uma menor participação relativa no total de empregos formais, registrou aumento tanto no número de estabelecimentos (de 377 para 417) quanto nos empregos (de 1.282 para 1.629), refletindo sua importância histórica e econômica para a região.

Esses dados confirmam que o município de Toledo possui uma economia diversificada e em expansão, sustentada por setores industriais, pela expansão dos serviços e por uma base agropecuária que segue sendo essencial para a dinâmica local.



Tabela 22 - Número de Estabelecimentos e Empregos (*RAIS) segundo as Atividades Econômicas – TOLEDO, 2015, 2019 e 2023.

ATIVIDADES ECONÔMICAS (SETORES E SUBSETORES DO IBGE)	2015		2019		2023	
	Estabele cimentos	Empre go	Estabele cimentos	Emp rego	Estabeleci mentos	Empre go
EXTRAÇÃO DE MINERAIS	4	54	4	35	2	30
INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	614	17.047	651	17.917	740	20.667
Produtos Minerais não metálicos	39	314	39	162	29	160
Metalúrgica	98	584	109	491	123	554
Mecânica	89	818	103	648	143	815
Material elétrica e de comunicações	18	136	24	150	26	256
Material de transporte	14	71	11	59	10	55
Madeira e do mobiliário	57	304	46	214	69	284
Papel, papelão, editorial e gráfica	35	172	35	167	35	165
Borracha, fumo, couros, peles e produtos similares e indústria diversa	14	348	25	403	37	502
Química, de produtos farmacêuticos, veterinários, de perfumaria, sabões, velas e Matérias plásticas	17	3.803	31	4.366	29	5.229
Têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	87	1.285	69	1.452	65	1.498
Calçados	9	312	10	405	12	620
Produtos alimentícios, de bebidas e álcool etílico	137	8.900	149	9.400	162	10.529
SERVIÇOS INDUSTRIAIS DE UTILIDADE PÚBLICA	55	64	6	82	9	94
CONSTRUÇÃO CIVIL	493	2.140	434	2.682	555	2.789
COMÉRCIO	1.649	9.152	1.676	9.907	1.871	10.501
Comércio varejista	1.474	7.836	1.496	8.445	1.653	8.684
Comércio atacadista	175	1.316	180	1.462	218	1.817



SERVIÇOS	1.554	15.882	1.741	17.911	2.008	26.189
Instituições de crédito, seguros e de capitalização	47	719	57	944	70	1.351
Administradoras de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos profissionais, Auxiliar de atividade econômica	419	2.234	509	6.852	604	10.813
Transporte e comunicações	338	2.170	312	2.430	321	2.970
Serviços de alojamento, alimentação, reparo, manutenção, radiofusão e televisão	423	4.416	485	4.306	551	7.265
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	264	1.478	303	1.675	371	1.771
Ensino	59	1.448	75	1.704	91	2.019
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA direta e indireta	4	3.417	4	3.517	3	4.211
AGROPECUÁRIA (agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e Pesca)	377	1.282	367	1.622	417	1.629
TOTAL	4.696	45.621	4.883	53.673	5.605	66.110

FONTE: ME/TRABALHO - Posição em 31 de dezembro (2023).

NOTA: Relação Anual de Informações Sociais - RAIS.

Por fim, a análise da estrutura produtiva e do mercado de trabalho de Toledo evidencia não apenas a diversidade econômica do município, mas também sua capacidade de atrair e manter investimentos estratégicos. Nesse cenário, destaca-se uma transformação relevante ocorrida nos últimos anos, que vem impulsionando o desenvolvimento local de forma integrada, conectando ciência, tecnologia, educação e inovação.

O trabalho desempenha um papel fundamental na vida do indivíduo e é um importante determinante social da saúde, promovendo autonomia,



estabilidade financeira e bem-estar físico e mental. As principais atividades econômicas desenvolvidas em Toledo, são fundamentais para a economia municipal, mas também podem acarretar riscos ambientais e à saúde, como diversas doenças ocupacionais relacionadas às atividades nas fábricas (Lesões por Esforço repetitivo e Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), à exposição a agrotóxicos, à poluição hídrica, entre outros. Nesse contexto, é fundamental fortalecer as ações de vigilância e promoção da saúde do trabalhador, priorizando a prevenção de agravos ocupacionais e ambientais, a promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis, e a articulação intersetorial para redução dos fatores de risco.

O município de Toledo ao longo do tempo, vem moldando um novo perfil urbano e produtivo. Um dos marcos desse processo é a consolidação do município como um dos principais polos de biociências do Brasil, com a implantação do Parque Científico e Tecnológico de Biociências (Biopark), lançado oficialmente em 2016.

O Biopark abriga quatro instituições de ensino de destaque: a Universidade Federal do Paraná (com o curso de Medicina), a Universidade Tecnológica Federal do Paraná (com Mestrado em Biociências e pós-graduação em Ciência de Dados), o Instituto Federal do Paraná (com curso técnico em Desenvolvimento de Sistemas) e o Biopark Educação, instituição própria que oferece desde cursos de iniciação científica para crianças até formações técnicas, graduações e pós-graduações. Além disso, o complexo inclui áreas residenciais e de serviços, promovendo uma integração dinâmica entre conhecimento, inovação e qualidade de vida.

Esse empreendimento tem desempenhado um papel relevante no fortalecimento da economia regional e na promoção do desenvolvimento social e cultural de Toledo e sua área de influência. Até o final de 2023, o Biopark contava com 203 empresas instaladas, incluindo 80 startups, sendo 62 delas voltadas ao agronegócio. Esse ambiente inovador tem gerado



oportunidades qualificadas de emprego, atraído investimentos e fomentando a integração entre ciência, tecnologia e empreendedorismo.

4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

O trabalho da rede de saúde requer uma base epidemiológica, em que o fenômeno saúde doença deve ser compreendido e revisitado muitas vezes no decorrer da prática de cada profissional da área da saúde, buscando compreender o contexto em que cada usuário do SUS está inserido.

O processo saúde-doença é compreendido como um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado por determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ambientais, culturais e biológicos. A definição de saúde tem se modificado ao longo do tempo, principalmente em virtude dos avanços e da evolução de tecnologias na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças. Desta forma, passou-se a considerar a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, resultado das condições de vida da população, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Essa definição enfatiza que a saúde vai além do antigo modelo centrado apenas na existência ou ausência de doença.

Considerando-se a criação do SUS, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), a política pública de saúde no Brasil leva em consideração que o processo de saúde-doença deve ser compreendido diante de uma perspectiva ampliada, a qual considere todos os fatores condicionantes interligados à vida e rotina do usuário do SUS como determinantes de sua saúde. Desta forma, compreende que a promoção de ações em saúde exige estabelecimento de políticas públicas intersetoriais, como habitação, saneamento básico, segurança alimentar, segurança pública, mobilidade urbana, lazer, atividade física, entre outras.

Um exemplo claro desta visão é a constituição do alicerce da política de Atenção Primária à Saúde no modelo da Estratégia de Saúde da Família, a qual tem centralidade no usuário e no território adstrito, tendo em vista todos os condicionantes de saúde inerentes àquela população.



Entre os principais condicionantes desse processo, destacam-se os determinantes sociais da saúde como a renda, por, as condições ambientais, o estilo de vida e comportamentos, o acesso aos serviços de saúde, os fatores biológicos e genéticos e o contexto histórico e cultural.

Haja vista o município de Toledo apresentar características sociais, econômicas e culturais próprias, estas influenciam diretamente o processo saúde-doença de sua população.

4.1. ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTOS

A prática de esportes, lazer e de atividades ao ar livre é bastante difundida na cidade, tanto nas escolas públicas quanto em espaços coletivos, com a presença e manutenção adequadas de pistas de caminhada e de ciclovias, quadras poliesportivas, ginásios, parques e praças. O Município possui ainda o programa Esporte Cidadão, coordenado pela Secretaria de Esportes e Lazer, que oferece aulas gratuitas em diversas modalidades esportivas, tais como: Futsal, Basquete, Voleibol, Handebol, Capoeira, Ginástica, Atletismo, Judô, Karatê, Dança, entre outros.

Toledo possui um extenso calendário esportivo, incluindo diversos eventos realizados pela Prefeitura Municipal, como Campeonatos Municipais, Jogos Abertos, Jogos da Semana da Mulher e outros. Além disso, as parcerias público-privado se mostram benéficas para o desenvolvimento do esporte e lazer, viabilizando a oferta de espaços, a promoção de eventos e o apoio aos projetos sociais voltados a essa finalidade. Tais ações visam promover os esportes não apenas como uma forma de se obter saúde, mas, também, como inclusão social e lazer.

No que tange o incentivo e o acesso à cultura, o município de Toledo promove diversas ações por meio de políticas públicas e parcerias com a iniciativa privada. É disponibilizado ao público uma agenda cultural com as datas programadas para diversos eventos ao longo do ano, como festivais, shows, feiras, bailes, encontros de grupos e concursos. Além disso, destacam-se iniciativas como programas de incentivo à descentralização das atividades culturais, levando a apresentações em praças, escolas e distritos e o incentivo à participação de artistas locais nos eventos musicais financiados pelo poder público.

Figura 10 - Principais Condicionantes e Determinantes da Saúde.



FONTE: Elaborado pelo departamento de gestão em saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base na Lei nº 8.080/1990 (2025).



4.2. REDE INTERSETORIAL

4.2.1. Educação

A cidade conta com Instituições Públicas e Privadas de ensino, que ampliam as possibilidades de qualificação da mão de obra. O nível de escolaridade de Toledo é elevado, o que colabora e possibilita uma melhor utilização dos serviços de saúde e recursos disponíveis.

A rede municipal de ensino de Toledo, em 2025, conta com 30 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI's) e com as escolas municipais. Os CMEI's atendem 1.961 crianças em período parcial ou integral, enquanto as escolas contam com um total de 11.186 alunos matriculados, dos quais 3.029 alunos estão na Pré-escola e 8.157 encontram-se nas séries iniciais do Ensino (1º ao 5º ano).

Na rede estadual, o município conta com o apoio de 30 escolas, que abrangem serviços de Ensino Fundamental do 6º ao 9º ano, Ensino Médio e Profissional e Educação de Jovens e Adultos (Fase II), incluindo escolas de ensino especial. Juntas, somam 677 turmas e 14.092 alunos matriculados (incluindo as matrículas de contra turno⁶) e 786 professores. O município conta ainda com a rede privada de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio com 11 escolas.

Tabela 23 - Matrículas Por Modalidade de Ensino.

MODALIDADES DE ENSINO	2020	2021	2022	2023	Var. %
Creche	3.280	2.585	4.218	4.474	36%

⁶Dados informados via email através de Simone do Setor do SERE- Núcleo Regional de Educação de Toledo. 23/09/2021 às 15:39min.



Pré-Escola	3.478	3.704	3.590	3.715	7%
Ensino Fundamental	17.783	16.911	17.954	18.109	2%
Ensino Médio	5.854	4.864	5.606	5.343	-9%
Educação Profissional	2.433	1.975	1.925	2.267	-7%
Educação Especial - Classes Exclusivas	246	236	233	219	-11%
EJA - Ensino Fundamental	1.053	653	449	436	-59%
EJA - Ensino Médio	761	359	271	643	-16%
Matrículas na Educação Superior a Distância	4.141	4.951	5.778	5.556	34%
Matrículas na Educação Superior Presencial	5.953	5.539	5.924	6.082	2%
Total de Matrículas	44.982	41.777	45.948	46.844	4%

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo (2025).

Anualmente mais de 40 mil matrículas são realizadas no município, desde a educação infantil até o ensino superior. No período de 2020 a 2023 houve crescimento moderado de 4% totalizando 46.844 matrículas, podemos destacar o aumento expressivo em matrículas em Creches de 36% e na Educação Superior à distância de 34%. Enquanto é possível observar a queda no número de matrículas no EJA - Ensino Fundamental e em Educação Especial - Classes Exclusivas, respectivamente 59% e 11%.

Além disso, é referência na formação universitária, contando com onze Universidades de curso superior na modalidade presencial e 16 Instituições de ensino superior na modalidade de ensino à distância, atendendo o município e região. Além das Universidades, possui escolas profissionalizantes, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). O SENAI atua no Município desde 1987 e oferta em torno de nove (09) cursos na modalidade de qualificação profissional e quatro (04) cursos técnicos, com duração que se estende de um (01) a dois (02) anos.

Destaca-se aqui, a ampla interação dos meios universitários para com o município. Alguns dos projetos são o Aquário Municipal, relacionado ao curso de engenharia de pesca da Unioeste; os estágios dos cursos de saúde

em instituições do município; a Usina do Conhecimento, presente no lago municipal e gerida pelos cursos de Engenharia da UTFPR; entre outros. Essa relação dialógica, entre ensino e cidadania, é benéfica para ambos os setores, e enriquece o acesso ao lazer, cultura, saúde e conhecimento da população de Toledo.

Outro ponto significativo do município é a oferta de aulas gratuitas relacionadas à cultura. O município conta com ampla estrutura para oferta de cursos, como a Casa da Cultura, Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU das Artes) e o Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer. Essas instituições oferecem cursos de música, como violão, guitarra, teclado, piano, violino, violoncelo/viola de arco, saxofone, flauta transversal, clarinete, bateria, teoria musical, musicalização infantil e técnica vocal. Também oferecem aulas de artes visuais e cênicas, como introdução ao desenho artístico, pintura em tela e artes em suportes alternativos (ASA), iniciação teatral, balé, jazz, dança contemporânea e capoeira.

4.2.2. Assistência Social

A rede de assistência social de Toledo é composta por diversos serviços que atuam de forma integrada para atender a população de baixa renda do município. Entre os principais equipamentos estão os Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo, Centros de Revitalização da Terceira Idade (CERTI), além de entidades não-governamentais entre outros que oferecem programas voltados para famílias em situação de vulnerabilidade.

O município de Toledo conta com uma rede diversificada de serviços de assistência social, formada tanto por órgãos públicos quanto por

organizações não governamentais. Essa estrutura busca atender especialmente a população em situação de vulnerabilidade, promovendo a inclusão, proteção e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Entre os principais serviços públicos estão:

- Centros de Referência de Assistência Social (CRAS): responsáveis pelo Cadastro Único e pela oferta de programas como o Projovem Adolescente, além de iniciativas de qualificação profissional para famílias de baixa renda, havendo 6 unidades:
 - I - Vila Pioneiro;
 - II - Jardim Europa;
 - III - Jardim Coopagro;
 - IV - Jardim Panorama;
 - V - Santa Clara IV;
 - VI – Itinerante.
- Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS): atuam em situações de violação de direitos, como violência, abandono ou negligência, prestando acolhimento, orientação e acompanhamento às vítimas e suas famílias.
- Casas de acolhimento: como a Casa Abrigo Menino Jesus II (para crianças de 0 a 6 anos) e a Casa Abrigo para Adolescentes (de 12 a 18 anos), que oferecem proteção temporária a crianças e adolescentes.

Além dos serviços públicos, diversas entidades não governamentais contribuem de maneira significativa, principalmente com Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, entre elas:

- Ação Social São Vicente de Paulo



- APA - Associação Promocional e Assistencial
- APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APADA - Associação de Pais, Amigos, Deficientes Auditivos e Surdos
- Centro Assistencial da Diocese de Toledo - Casa de Maria
- Centro Beneficente de Educação Infantil Ledi Mass Lions
- Centro Social e Educacional Aldeia Infantil Betesda

Essas organizações ampliam o alcance das ações sociais, oferecendo apoio, inclusão e amparo às pessoas assistidas.

Um destaque importante são os CERTI, que atuam em parceria com a saúde. Existem dois centros em funcionamento: um na Vila Pioneiro e outro no Jardim Coopagro. Nesses locais, pessoas idosas têm acesso a atendimentos médicos, odontológicos e a serviços sociais, como atividades de convivência, fortalecimento de vínculos e benefícios eventuais, entre outros.

Assim, a atuação integrada entre serviços públicos e entidades parceiras garante proteção social, promoção de direitos e oportunidades de superação da vulnerabilidade, priorizando quem mais precisa de apoio no município de Toledo.

4.2.3. Esporte

O esporte e o lazer são reconhecidos como fatores importantes para o desenvolvimento de diversos aspectos individuais, como disciplina, autoconfiança, resiliência, comunicação, saúde física e mental. Além disso,



contribuem para o fortalecimento de aspectos coletivos, como trabalho em equipe, respeito, tolerância e sentido de comunidade.

O município de Toledo conta com diversos espaços públicos voltados para o incentivo ao esporte, como pistas de caminhadas amplamente distribuídas em praças e parques, um horto florestal, quadras de esportes, ginásios e piscinas públicas. Esses espaços têm, cada dia mais, atraído a população e fomentado a realização de atividades físicas e de lazer saudável, como caminhadas, passeios ciclísticos, futebol, vôlei, basquete e hidroginástica.

Nesse cenário, destaca-se a presença espaços esportivos e que podem eventualmente ser utilizados para lazer, abaixo seguem listados algumas estruturas esportivas disponíveis no município:

- Estrutura Esportiva Diversa:

- 01 Estádio Municipal, 02 Piscinas Públicas e 10 Ginásios Poliesportivos;
- 11 Campos Sintéticos, 11 Campos de Grama e 03 Arenas Esportivas;
- 01 Pista de Bicicross, 01 Pista de Skate, 01 Pista de Arrancada, 01 Pista de Motocross;
- 01 Academia ao ar livre (Vila Pioneira);
- 85 Academias da Terceira Idade, distribuídas pelo município;
- 01 Centro de Artes Marciais;
- 01 Centro Olímpico;
- 01 Complexo Esportivo.



4.2.4. Cultura

A cultura desempenha um papel fundamental no bem-estar social e na promoção da saúde coletiva, atuando como meio de expressão, pertencimento e integração. Diversos estudos apontam que o acesso a atividades culturais contribui para a saúde mental, reduzindo níveis de estresse, promovendo o lazer, o convívio e o desenvolvimento de habilidades cognitivas. Assim, políticas públicas que incentivam a cultura estão diretamente ligadas à qualidade de vida da população, tornando-se estratégicas para cidades que buscam desenvolvimento humano sustentável.

Em Toledo/PR, a vitalidade cultural é evidenciada pelos diversos espaços e equipamentos dedicados à promoção de atividades artísticas e educativas. Conforme apresentado na tabela a seguir, há uma variedade de ambientes como, anfiteatros, coretos, livrarias e um total de 40 espaços voltados para atividades culturais. Entre os principais destaques estão o Teatro Municipal de Toledo, reconhecido como o terceiro maior do Paraná, o Museu Histórico Willy Barth, a Casa de Cultura, a Biblioteca Pública (no Centro Cultural Oscar Silva), o CEU das Artes e o Circo da Alegria. Esses locais não apenas preservam a memória e incentivam a criatividade, mas também oferecem oportunidades de acesso gratuito à arte, literatura e lazer, fundamentais para a democratização cultural.

Tabela 24 - Equipamentos Culturais em Toledo/PR.

EQUIPAMENTOS CULTURAIS	QUANTIDADE
Auditório	13
Anfiteatro	9
Biblioteca	4
Centro cultural / Casa de cultura	3
Circo	2
Museu	2



Salão para convenção	2
Cinema	1
Galeria de arte	1
Sala de exposição	1
Teatro	1
Outros espaços (2)	1
Arquivo	-
Ateliê / Estúdio	-
Centro comunitário / Associações	-
Centro de documentação e pesquisa	-
Cine teatro	-
Concha acústica	-
Coreto	-
Livraria	-
Videolocadora	-
TOTAL	40

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo (2025).

Além dos espaços permanentes, Toledo é palco de eventos expressivos que fortalecem sua identidade e consolidam o município como referência regional. Festivais como o Festival de Inverno (Festin) - Interpretação e Composição Regional, mostras culturais, shows musicais e festas gastronômicas, como Festa Nacional do Porco no Rolete, reúnem público diversificado e fomentam a economia criativa. Essas celebrações promovem intercâmbio cultural, aproximam diferentes gerações e estimulam o turismo, tornando a cultura um eixo dinâmico e transformador do cotidiano da cidade.



5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

5.1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Toledo conta com uma rede estruturada de serviços de saúde. Em 2024, o município alcançou o 2º lugar no Ranking Centro de Liderança Pública (CLP) de competitividade dos municípios brasileiros em acesso à saúde, principalmente em virtude da cobertura de Atenção Primária. Encontra-se, como desafio, a necessidade de ampliação e investimentos na rede de atenção especializada e serviços hospitalares, sendo estes de responsabilidade estadual, a maior parte da demanda.

Em suma, Toledo demonstra avanços significativos na promoção da saúde e na redução das desigualdades sociais. Entretanto, é crucial manter investimentos contínuos em infraestrutura, educação e políticas públicas que abordam os determinantes sociais da saúde, garantindo acesso equitativo a serviços de qualidade para toda a população.

5.2. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM GERAL

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma ferramenta estratégica que viabiliza a organização e o planejamento dos serviços de saúde em todo o Brasil. Mantido pelo Ministério da Saúde, o CNES concentra dados detalhados de unidades públicas e privadas, como tipo de serviço, profissionais, equipamentos e capacidade de atendimento. Criado pela Portaria nº 403/SAS/MS em 2000, essa base é fundamental para identificar a oferta de serviços em cada região, direcionar políticas públicas,



alocar recursos e monitorar indicadores — fortalecendo a atuação integrada nos níveis federal, estadual e municipal.

Nos estados, o CNES auxilia na construção de redes regionais de atenção e na definição de estratégias que ampliam o acesso e a qualidade da assistência. Nos municípios, é utilizado para cadastrar e atualizar os estabelecimentos de saúde locais, garantindo que estejam habilitados para funcionar e receber investimentos do SUS. Em Toledo, por exemplo, o Departamento de Gestão em Saúde é responsável por alimentar o sistema, assegurando dados atualizados que permitem melhor gestão dos serviços. O CNES pode ser acessado por gestores e cidadãos por meio do portal oficial, promovendo transparência e controle social.

Na tabela abaixo é possível acompanhar a evolução dos estabelecimentos de saúde em Toledo, no período de 2021 até 2024:

Tabela 25 - Evolução Por Tipo de Estabelecimento de Saúde.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	2021	2022	2023	2024	Var. %
Academia da Saúde	1	1	1	1	0%
CAPS	4	4	4	4	0%
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	20	20	24	27	35%
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	39	41	45	51	31%
Consultórios	460	491	510	545	18%
Hospital Geral	3	3	4	5	67%
Policlínica	3	3	3	3	0%
Posto de Saúde	8	8	7	5	-38%



Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	81	81	83	82	1%
Unidade de Vigilância em Saúde	-	-	-	-	-
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar - Urgência / Emergência	3	3	4	4	33%
Unidade de Pronto Atendimento (UPAs)	2	2	2	2	0%
Outros Tipos	20	24	24	25	25%
TOTAL	644	681	711	754	17%

FONTE: MS/CNES, IPARDES Cadernos Municipais. (2025).

Ao observar a tabela é possível constatar que houveram aumentos de mais de 30% em Centro de Saúde, Clínica Especializada e Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar - Urgência / Emergência. Sobre as unidades se devem às mudanças na atenção Primária, principalmente às estruturações das equipes de estratégia e saúde da família e as equipes de atenção primária, na esteira destas alterações os estabelecimentos caracterizados como Postos de Saúde, caíram 38%, pois alguns foram alterados para se enquadrar nos novos formatos de equipes de atenção primária. Quanto às clínicas especializadas é provável que sejam expansão da rede de saúde particular no município.

Ainda é possível ressaltar o aumento de 67% no número de estabelecimentos hospitalares, sendo destaque a abertura do Hospital Regional de Toledo, o qual atualmente atende 100% de demanda SUS, e auxiliou o aumento de leitos hospitalares SUS.



5.2.1. Rede SUS de Estabelecimentos

No município de Toledo, a rede municipal de saúde vinculada ao SUS é estruturada tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária, sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) o carro chefe nesta estratégia. Essas unidades realizam o primeiro atendimento à população, garantindo cuidado contínuo e resolutivo. A seguir, estão listados os estabelecimentos vinculados ao SUS no município.

Tabela 26 - Estabelecimentos de Saúde com Vínculo SUS, por Tipo de Estabelecimento – 2020 a 2024.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	ANO				
	2021	2022	2023	2024	Var %
Academia da Saúde	1	1	1	1	0,00%
CAPS	4	4	4	4	0,00%
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	20	20	24	27	35,00%
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	11	11	11	12	9,09%
Consultórios	2	2	1	1	-50,00%
Hospital Geral	1	1	2	2	100,00%
Posto de Saúde	8	8	7	5	-37,50%
Unidade de Pronto Atendimento (UPAs)	2	2	2	2	0,00%
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	20	19	20	13	-35,00%
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar - Urgência / Emergência	3	3	3	4	33,33%
Outros Tipos	7	7	7	8	14,29%
TOTAL	79	78	82	79	-5,06%

FONTE: TABNET.DATASUS/CNES. (2021), (2022),(2023) e (2024).3ºRDQA, dados preliminares.

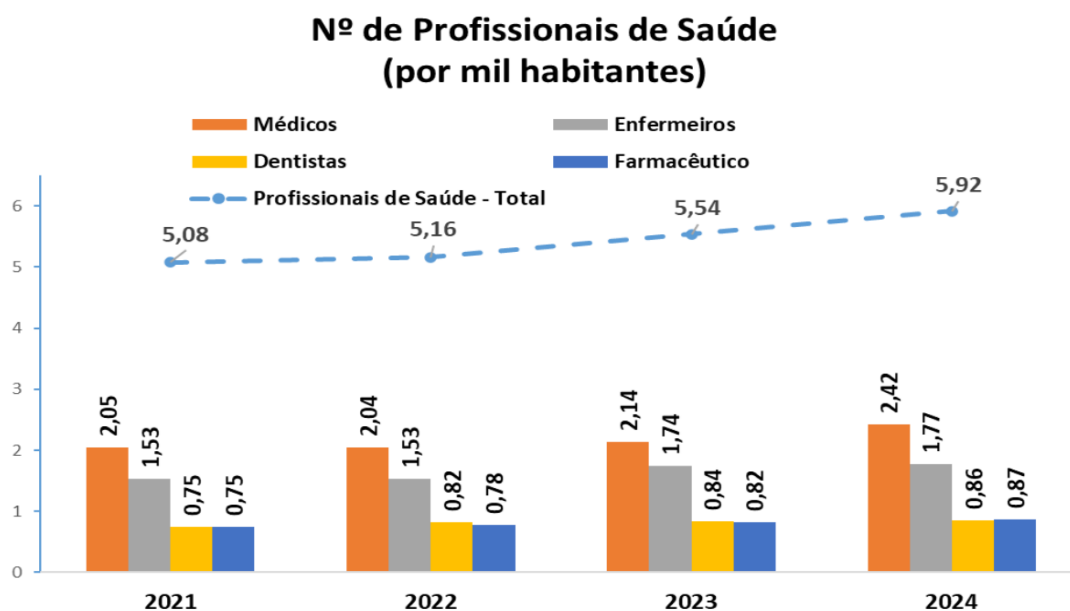
Além da rede municipal própria, Toledo conta com hospitais, clínicas e outros prestadores credenciados ao SUS. Na atenção especializada o CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná) faz o credenciamento de prestadores que oferecem: consultas, exames e procedimentos especializados. Além disso, a secretaria estadual de saúde tem prestadores contratualizados os quais também oferecem serviços e

atendimentos especializados no município. A maioria das unidades possui natureza jurídica pública, mas o município também conta com estabelecimentos vinculados ao SUS de caráter privado, com e sem fins lucrativos.

5.3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Sobre o aspecto de profissionais de saúde a cada mil habitantes, o IPARDES faz o levantamento baseado no CNES. Conforme é possível observar no gráfico abaixo, Toledo cresceu neste item nos últimos anos, chegando em 2024 ao número médio de 5,92 Profissionais de Saúde a cada mil habitantes.

Gráfico 10 - Número de Profissionais de Saúde a cada mil habitantes 2021 - 2024



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do IPARDES, indicadores ODS. (2025).

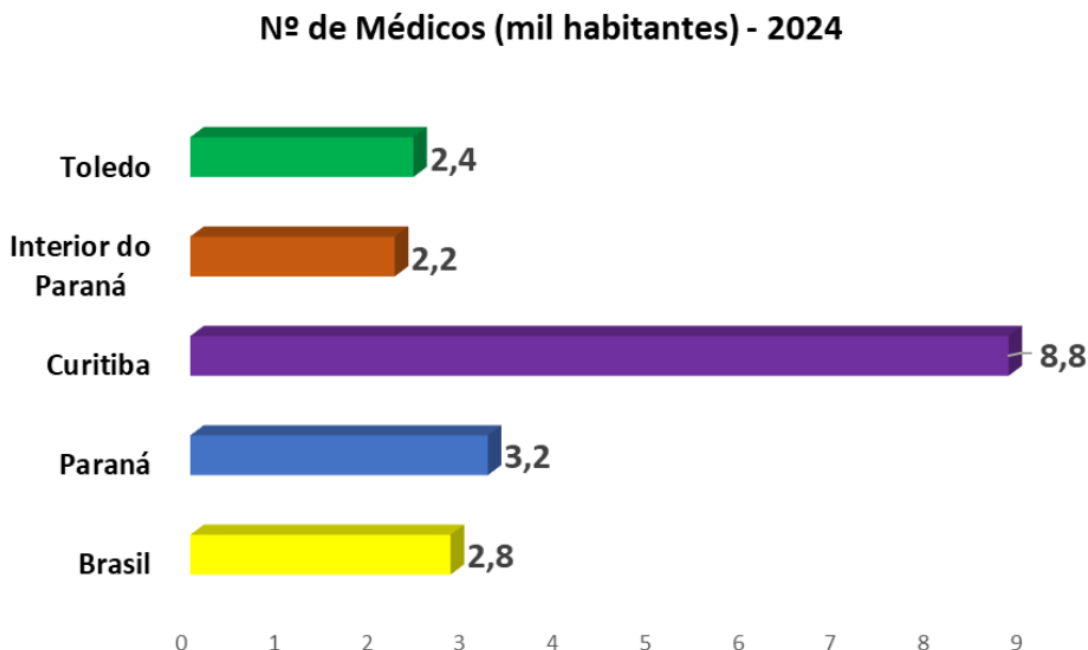
Segundo a World Health Report de 2006, produzido pela Organização Mundial da Saúde, o número de profissionais de saúde em determinado



território é de extrema importância para garantir a disponibilidade do serviço à população, de modo que esse dado influencia na capacidade de cobertura em planos de imunização, pré-natal, orientação em saúde, atendimentos médicos, prevenção de doenças e até na performance dos próprios profissionais da área em cada função desempenhada. Segundo esse relatório, o número mínimo de profissionais de saúde a cada 1.000 habitantes necessário para garantir uma cobertura em saúde básica, com planos de imunização e pré-natal, é de 2,3 a cada 1.000 habitantes. Em nova atualização da OMS por meio do *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, houve aumento para 4,45 profissionais de saúde a cada 1.000 habitantes.

Quando se trata do acesso à medicina, Toledo apresenta uma razão de 2,42 médicos por mil habitantes, índice inferior às médias estadual e nacional, que são de 3,2 e 2,8, respectivamente. Essa diferença evidencia uma menor disponibilidade de profissionais médicos no município em comparação com o restante do Paraná e do Brasil. Em contraste, Curitiba se destaca com uma média de 8,8 médicos por mil habitantes, número significativamente superior, o que reforça a concentração de profissionais em grandes centros urbanos.

Gráfico 11 - Número de Médicos a cada mil habitantes 2024.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Observatório do Conselho Federal de Medicina - Demografia Médica e IPARDES, indicadores ODS.

Segundo o Observatório do Conselho Federal de Medicina (CFM), esse padrão se repete em outras capitais e regiões metropolitanas do país, onde há maior densidade médica em detrimento das áreas do interior. Essa desigualdade na distribuição dos profissionais impacta diretamente o acesso à saúde e a equidade na oferta de serviços médicos.

Para efeito de comparação, segundo dados do *Our World In Data*, a média mundial é de 1,7 médicos a cada 1.000 habitantes, enquanto a média entre países considerados desenvolvidos da OCDE é de 3,7 médicos a cada 1.000 habitantes. Em contrapartida, países subdesenvolvidos usualmente possuem taxa inferior a 1 médico a cada 1.000 habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que a proporção mínima é de 1 médico a cada 1.000 habitantes para garantir o básico de cobertura na atenção primária à saúde. A organização também ressalta que apenas essa métrica não reflete a qualidade da saúde de determinado local, sendo importante considerar também a presença de outros profissionais (enfermeiros,



técnicos em enfermagem, farmacêuticos), tecnologia aplicada à saúde, infraestrutura em saúde.

5.4. LEITOS HOSPITALARES

Ao analisarmos o cenário hospitalar de Toledo, é importante destacar que o município apresentou um crescimento significativo no número de leitos entre 2021 e 2024, impulsionado principalmente pela inauguração do Hospital Regional de Toledo (HRT) e de um novo hospital particular. Esse aumento, detalhado na Tabela Geral de Leitos, revela um salto de 38,30% no total de leitos, alcançando 365 unidades em 2024.

Diversos estudos e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, recomendam uma média de 2 a 5 leitos hospitalares para cada mil habitantes, ajustando-se conforme o perfil epidemiológico e a estrutura assistencial local. Em 2024, com uma população de 158.620 habitantes e 365 leitos hospitalares, Toledo apresenta uma taxa de aproximadamente 2,3 leitos por mil habitantes, índice que atende ao parâmetro mínimo recomendado, embora situado próximo ao limite inferior. Isso indica que, mesmo cumprindo o padrão internacional, o município pode enfrentar desafios para garantir cobertura adequada diante do crescimento populacional e do aumento da demanda pelos serviços hospitalares.

Tabela 27 - Leitos em Toledo-PR – Gerais (SUS e particular).

ESPECIALIDADE	2021	2022	2023	2024	Var. %
Existente – TOTAL	264	300	359	365	38,30%
Existente - Cirúrgicos	83	118	165	163	96,40%
Existente - Clínicos	84	87	99	101	20,20%
Existente – Obstétricos	39	39	39	45	15,40%



Existente – Pediátricos	42	40	40	40	-4,80%
Existente - Outras Especialidades	8	8	8	8	0,00%
Existente - Hospital / Dia	8	8	8	8	0,00%

FONTE: MS/CNES, IPARDES Cadernos Municipais

A análise dos leitos disponíveis exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentada na Tabela de Leitos Hospitalares SUS. Nela, observa-se um crescimento ainda mais expressivo: entre 2021 e 2024, o número de leitos pactuados pelo SUS aumentou 63,90%, chegando a 177 leitos. Apesar desse avanço, é importante notar que apenas 48,49% do total de leitos disponíveis em Toledo são vinculados ao SUS.

Tabela 28 - Leitos Hospitalares SUS.

ESPECIALIDADE	2021	2022	2023	2024	Var. %
SUS – TOTAL	108	108	167	177	63,90%
SUS – Cirúrgicos	35	35	82	82	134,30%
SUS – Clínicos	29	29	41	41	41,40%
SUS – Obstétricos	18	18	18	28	55,60%
SUS – Pediátricos	18	18	18	18	0,00%
SUS - Outras Especialidades	8	8	8	8	0,00%
SUS - Hospital/Dia	-	-	-	-	-

FONTE: MS/CNES, IPARDES Cadernos Municipais

Outro aspecto fundamental é que os leitos SUS de Toledo não atendem apenas à população municipal, mas também aos 18 municípios da 20ª Regional de Saúde, ampliando a demanda sobre a infraestrutura hospitalar local. Além disso, outros hospitais da região contribuem para complementar a oferta de leitos SUS, fortalecendo a organização da rede de saúde regional.

Por fim, vale ressaltar que a gestão da rede hospitalar, considerada de alta complexidade, é de responsabilidade do governo estadual, cabendo ao



município a gestão plena apenas da atenção primária. Portanto, a articulação entre CMS, entidades de classe, órgãos profissionais e demais atores municipais e regionais é essencial para reivindicar melhorias junto ao Estado, visando ampliar e qualificar a assistência hospitalar para toda a população atendida.

5.5. SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar busca complementar o Sistema Único de Saúde (SUS). A cobertura assistencial de saúde neste aspecto é formada pelo conjunto de serviços e procedimentos que os planos de saúde devem oferecer, conforme as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os contratos firmados. A oferta varia conforme o tipo de plano contratado, podendo ser ambulatorial, hospitalar ou odontológico, entre outros. Enquanto planos ambulatoriais garantem consultas e exames, os hospitalares abrangem internações e cirurgias. A ANS define um rol mínimo de procedimentos obrigatórios, garantindo acesso a tratamentos essenciais e novos avanços médicos para os beneficiários dos planos de saúde.

Assim, quando se fala em saúde suplementar a mesma visa complementar o Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo alternativas privadas para população que busca assistência em saúde. O setor enfrenta seus próprios desafios como o aumento dos custos, a necessidade de equilibrar oferta e sustentabilidade financeira e a garantia de acesso igualitário, atualização dos procedimentos cobertos para acompanhar inovações tecnológicas, como também a fundamental integração entre planos privados e o SUS.

No mês de abril de 2025, a taxa de cobertura de planos de saúde no Brasil foi de 24,6%, considerando o número total de vínculos com



operadoras, o que pode incluir múltiplos vínculos por beneficiário. No Paraná, esse índice foi de 26,8% no mesmo período. Já no município de Toledo, a cobertura alcançou 42,6%. Dessa forma, observa-se que, em nível municipal, a taxa de cobertura de planos de saúde é significativamente superior às médias estadual e nacional.

Tabela 29 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde⁷ por Local.

Local	dez/21	dez/22	dez/23	dez/24	abr/25
Toledo	40%	41%	42%	42%	43%
Paraná	25%	25%	26%	26%	27%
Brasil	23%	23%	24%	24%	25%

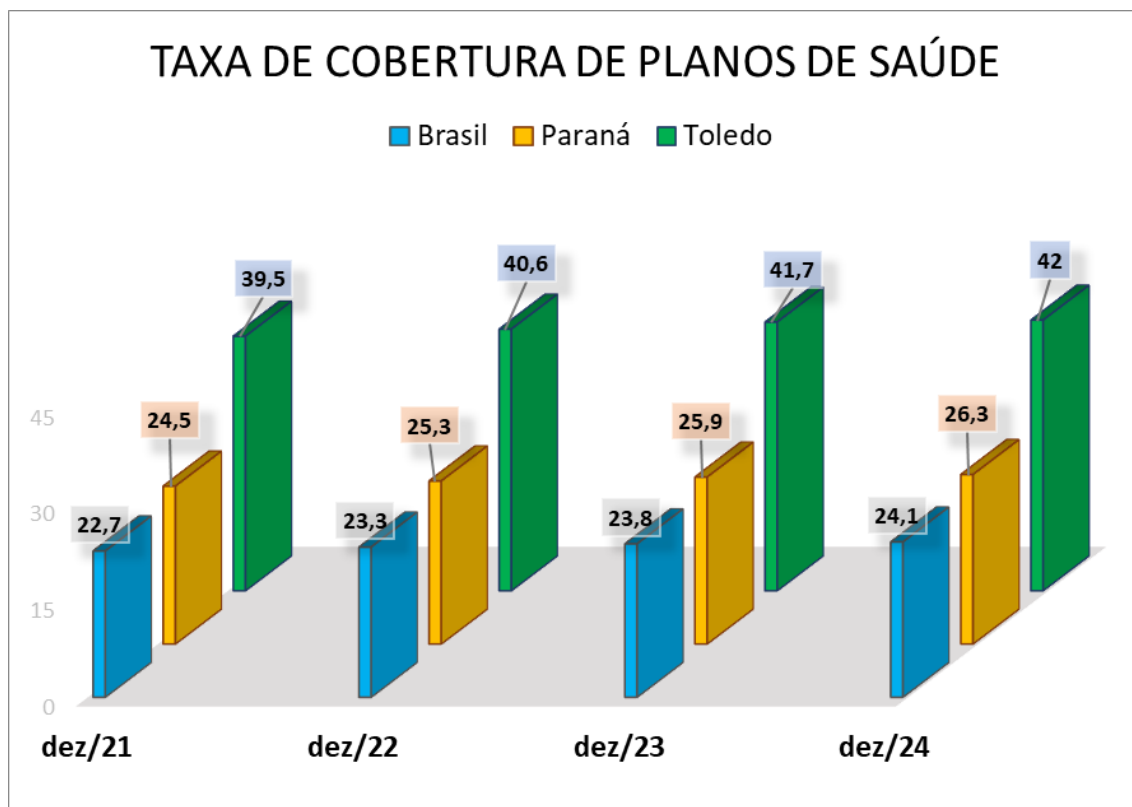
FONTE: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS); IBGE/Datasus (População estimada); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados atualizados até abril de 2025.

A relevante taxa de cobertura da saúde suplementar em Toledo (43%), que supera significativamente as médias estadual (27%) e nacional (25%), configura um cenário particular para a gestão municipal da saúde. Isso implica que uma parcela considerável da população tem acesso a serviços de saúde privados, o que, teoricamente, poderia desafogar a demanda sobre a rede pública. No entanto, é comum que os beneficiários de planos de saúde busquem o SUS para atendimentos de urgência e emergência, procedimentos de alta complexidade não cobertos por seus planos, ou para programas específicos de saúde pública, como imunização e vigilância epidemiológica. Essa coexistência de uso dos sistemas público e privado demanda uma articulação eficiente e mecanismos claros de referência e

⁷NOTA: A Taxa de Cobertura refere-se à razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários de planos privados de saúde e a população residente em uma área geográfica específica. Os beneficiários considerados incluem aqueles com planos com ou sem cobertura odontológica. Ressalta-se que o número de vínculos pode ser maior que o número de indivíduos, já que uma mesma pessoa pode manter mais de um plano de saúde.

contrarreferência para otimizar os recursos e garantir a integralidade da atenção ao cidadão de Toledo.

Gráfico 12 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados dos Sistema de Informações de Beneficiários – (SIB/ANS/MS); IBGE/Datasus (População estimada); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados atualizados até abril de 2025.

Diante dessa realidade, o município deve fortalecer o diálogo com as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços privados de sua área de abrangência. A colaboração é fundamental para alinhar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e estratégias de controle de epidemias, assegurando que as políticas de saúde pública atinjam toda a população, independentemente da modalidade de cobertura assistencial. Além disso, a troca de informações sobre a capacidade de atendimento, especialmente em cenários de emergência sanitária, é crucial para um planejamento conjunto e uma resposta coordenada entre o SUS e o setor suplementar.



Outro aspecto relevante a ser considerado quando se fala em saúde suplementar é sobre o ressarcimento ao SUS, presente na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, a qual estipula a obrigatoriedade do ressarcimento por parte das operadoras. A regulamentação e a operacionalização desse processo são de responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que define os critérios para cobrança e fiscalização, conforme estabelecido em resoluções normativas. Assim, o ressarcimento ao SUS representa uma importante ferramenta de justiça financeira e de fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro.

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública fundamental que busca garantir o equilíbrio financeiro do sistema diante do atendimento de beneficiários de planos privados de saúde na rede pública. Esse mecanismo obriga as operadoras de planos de saúde a reembolsar o SUS pelos serviços prestados aos seus clientes, desde que tais procedimentos estejam previstos nos contratos dos planos. Dessa maneira, busca-se evitar que recursos públicos sejam utilizados indevidamente para custear serviços que, por direito, deveriam ser pagos pela saúde suplementar, fortalecendo a sustentabilidade do SUS e ampliando sua capacidade de atendimento à população.



6. EXAMES LABORATORIAIS

6.1. FORMAS DE OFERTA NO MUNICÍPIO

No município de Toledo, os exames laboratoriais são ofertados e agendados de três formas diferentes, as quais constam no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) categorizadas da seguinte forma:

COTA MUNICIPAL: exames realizados por prestadores contratados diretamente pelo município, por meio de chamamento público. Os agendamentos são feitos pelo SIGSS.

SUS: exames ofertados por laboratórios contratados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, pactuados via Ficha de Programação Orçamentária (FPO). O Estado financia esses procedimentos, cabendo ao município a operacionalização do agendamento no SIGSS.

CISCOPAR: exames realizados por laboratórios vinculados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). O município integrante do consórcio pode realizar agendamentos na Integração SIGSS-IDS ou direto no sistema IDS, para os prestadores contratados via CISCOPAR.

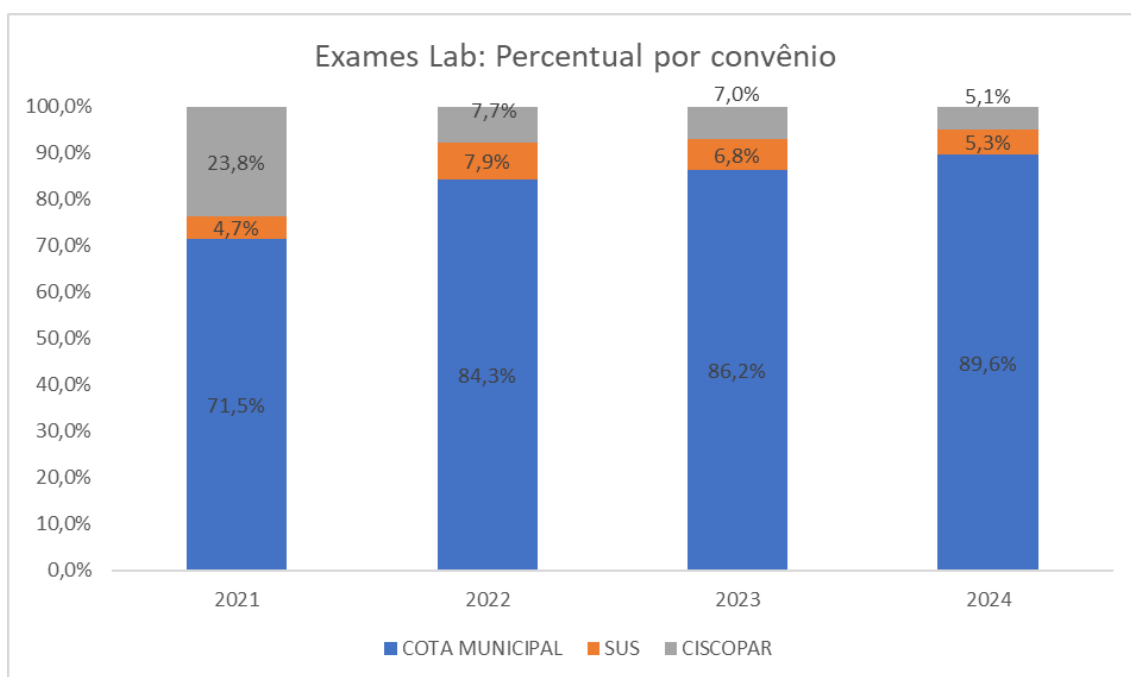
6.2. DISTRIBUIÇÃO POR CONVÊNIO E PARTICIPAÇÃO MUNICIPAL

Embora o convênio com o SUS represente uma alternativa mais econômica — uma vez que os custos são arcados pelo estado do Paraná — o recurso disponibilizado é insuficiente frente à demanda local. Como

consequência, o município tem assumido a maior parte da oferta de exames por meio da Cota Municipal.

De acordo com dados das Audiências Públicas do 3º quadrimestre de 2021 a 2º quadrimestre de 2024, a Cota Municipal foi responsável, em média, por 82,9% dos exames laboratoriais realizados no período, enquanto os demais (Estado e CISCOPAR) contribuíram com parcelas significativamente menores. Essa distribuição está ilustrada no gráfico a seguir:

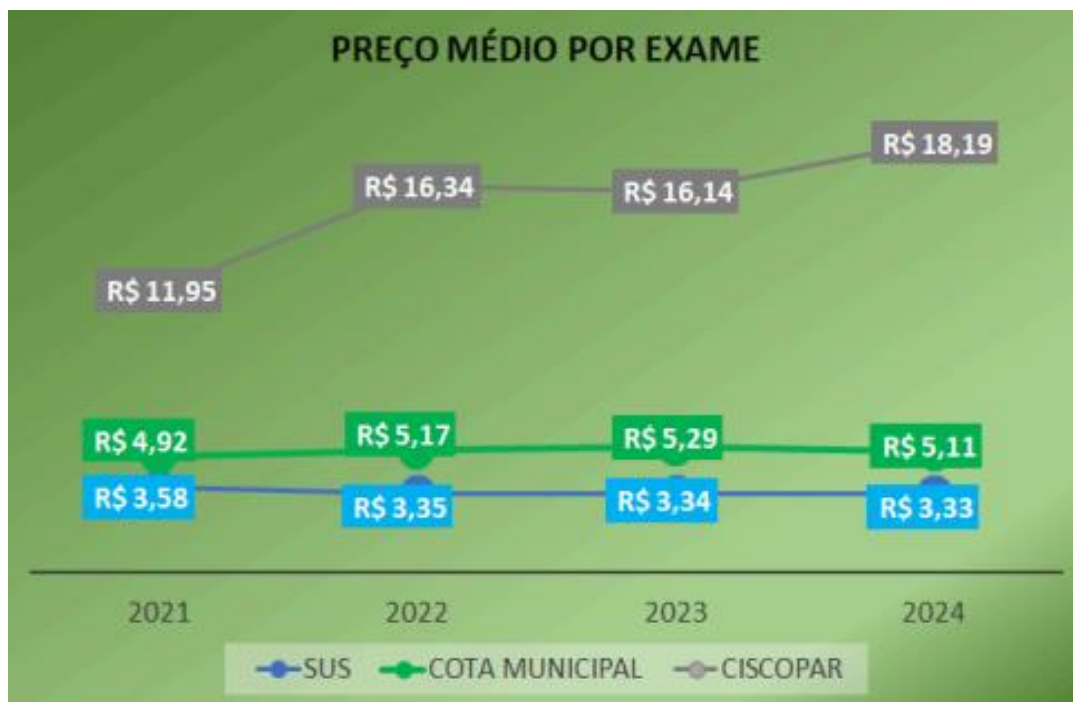
Gráfico 13 - Percentual de Exames Laboratoriais por Convênio 2021 – 2024.



FONTE: Audiência Pública. 3ºQd.2021, 3ºQd.2022, 3ºQd.2023 e 1ºe 2ºQd.2024.

O chamamento público por meio da Cota Municipal tem se mostrado eficiente na geração de economia para o erário. O gráfico comparativo de valores pagos demonstra que, apesar do custo unitário da Cota Municipal ser ligeiramente superior ao do SUS, a estratégia oferece maior capilaridade e controle sobre a oferta de exames.

Gráfico 14 - Comparativo de Valores Pagos SUS, COTA MUNICIPAL e CISCOPAR



FONTE: Audiência Pública. 3ºQd.2021. 3ºQd.2022.3ºQd.2023 e 1ºQd. e 2ºQd.2024.

O convênio também contribui para o aprimoramento da gestão dos processos relacionados aos exames e aos prestadores de serviço, permitindo a inserção dos resultados diretamente no SIGSS. Isso proporciona maior agilidade no atendimento aos usuários do SUS e maior precisão na conferência dos exames informados como realizados pelos prestadores.

6.3. PRODUÇÃO ANUAL E TENDÊNCIA DE CRESCIMENTO

A análise dos dados históricos revela um crescimento contínuo no acesso a esse serviço, com variação média anual de 16% na série analisada, incluindo a projeção para 2024.

Apesar do aumento expressivo no volume total, a razão entre exames por consulta apresentou crescimento mais modesto, passando de 1,41 em 2022 para 1,46 em 2023 — um acréscimo de 3,18%. Isso indica que o

crescimento da demanda por exames está diretamente ligado ao aumento no número de consultas médicas realizadas, que subiu de 486.764 em 2022 para 544.403 em 2023 (alta de 11,84%).

A *projeção para 2024 indica novo crescimento, superior a 20%, conforme metodologia de cálculo a partir do acumulado do primeiro semestre.

Gráfico 15 – Evolução Anual do Número de Exames Laboratoriais e Consultas Médicas



FONTE: Audiência Pública. 3ºQd.2021, 3ºQd.2022, 3ºQd.2023 e 1ºQd. e 2ºQd.2024

NOTA: Projeção: Soma do acumulado, dividido por 2 e multiplicado por 3.

6.4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A atual dinâmica de financiamento, na qual o município arca com mais de 80% dos exames laboratoriais realizados, impõe desafios significativos à sustentabilidade financeira da gestão municipal, especialmente diante da tendência de crescimento contínuo da demanda.



Nesse sentido, algumas ações são necessárias como: ampliação da pactuação com o Estado do Paraná para aumentar a cobertura via SUS, implantar a regulação dos exames, avaliar periodicamente a suficiência da rede contratada para atender à demanda crescente, entre outros.

7. PRODUÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O Município de Toledo utiliza um sistema de informação em saúde terceirizado, contratado via processo licitatório junto à empresa MV/Consulfarma. Por meio desse sistema, o Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), os profissionais da rede municipal realizam os registros de atendimentos e procedimentos executados.

Mensalmente, os dados registrados pelos serviços de saúde são exportados para o e-SUS APS, plataforma oficial do Ministério da Saúde destinada à consolidação da produção da Atenção Primária. Nessa etapa, os registros são inicialmente classificados como válidos ou inválidos, com base na consistência das informações. Os dados inválidos são enviados ao Ministério da Saúde para análise e retornados com as devidas orientações de correção. Já os dados válidos seguem para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), onde passam por uma nova verificação e são então classificados como aprovados ou reprovados, determinando se serão efetivamente considerados para fins de indicadores, financiamento e planejamento.

A partir das informações processadas e aprovadas no SISAB, o município recebe relatórios consolidados que subsidiam o planejamento e o monitoramento das ações de saúde. Na imagem abaixo podemos verificar este processo demonstrado com suas respectivas etapas.

Figura 11 - Etapas para exportação de dados para o SISAB.



FONTE: site welivesecurity. Integração do e-SUS (jul./2025.)



Para realizar estas exportações de dados são usadas fichas padronizadas, as chamadas fichas do e-SUS APS, as quais são instrumentos padronizados utilizados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde para o registro das ações realizadas no território. Elas incluem diferentes modelos, como a Ficha Individual, a Ficha de Atendimento Domiciliar, a Ficha de Procedimentos, entre outras, e são fundamentais para a coleta e organização dos dados clínicos e administrativos dos usuários.

Tabela 30 - Evolução da Produção SUS: Envio, Validação e Aprovação por Sistema/Fase.

Etapa	Sistema e/ou Fase	2021	2022	2023	2024
1	SIGSS (Sistema Próprio)	1.261.621	1.274.806	1.595.428	1.903.741
2	Exportação para e-SUS (Inconsistências do SIGSS para e-SUS)	526.625	19.784	10.247	8.511
3	Exportação para SISAB (Reprovado e-SUS para SISAB)	5.286	3.389	1.810	526
4	SISAB (Produção aprovada)	1.051.643	1.259.764	1.591.677	1.890.104

FONTE: Elaborada pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do SIGSS, e-SUS, SISAB.

Ao analisar os dados constantes na tabela, destaca-se a queda vertiginosa das inconsistências no processo de Exportação do sistema próprio para o e-SUS, caindo entre 2021 e 2024 impressionantes 98,38%, eram mais de meio milhão de inconsistências em 2021, com a diminuição chegaram a 8.511 em 2024. A queda pode ser explicada por múltiplos fatores, como padronização de registros, melhoria em fluxos, capacitações, avanços em processos de trabalho, novas funcionalidades e definição de critérios para inserção de procedimentos no sistema próprio, entre outros. Boa parte destes avanços foram liderados pelo Departamento de Gestão em Saúde, em parceria com a consultoria do Sistema contratado, e com a colaboração



decisiva do Departamento de Atenção Primária, Atenção Especializada, Saúde Mental, acadêmicos da Universidade Federal do Paraná (UFPR), entre outros atores.

Os esforços permitiram que a evolução no processo de exportação contribuísse para demonstrar de maneira mais eficiente o aumento do número de ações em saúde realizadas, assim, somente em 2024, mais de 1,8 milhões de procedimentos foram aprovados pelo SISAB, ou seja, produção efetivada no município e que foi reconhecida e contabilizada oficialmente pelo Ministério da Saúde. Abaixo segue a tabela com o detalhamento da produção efetivamente aprovada no SISAB.

Tabela 31 - Evolução da Produção Aprovada no SISAB 2021 – 2024.

Descrição	2021	2022	2023	2024
Cadastro Individual	166.042	152.725	202.567	211.998
Cadastro Domiciliar	16.463	19.252	49.977	50.545
Atendimento Individual	190.468	217.897	274.700	324.214
Atendimento Domiciliar	5.642	10.510	11.049	11.579
Atendimento Odontológico	374	784	25.518	40.354
Atividade Coletiva	477.899	600.856	2.818	2.926
Procedimentos	70.471	90.828	679.514	854.881
Visita Domiciliar	551	241	218.291	308.941
Avaliação Elegibilidade	68	164	232	325
Marcadores de Consumo Alimentar	844	6.267	268	11.165
Marcadores de Vacinação	122.821	160.240	126.743	73.176
Total	1.051.643	1.259.764	1.591.677	1.890.104

FONTE: SISAB

Em relação à produção aprovada pelo SISAB, os itens mais representativos em ordem são: Procedimentos (854.881), Atendimento Individual (324.214) e Visita Domiciliar (308.941). Ao analisarmos a tabela vemos que houve diminuição referente aos Marcadores de Vacinação, isto



se deve principalmente à mudança na forma da exportação dos dados referente às vacinas, que agora estão sendo enviados para o Ministério via Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

A RNDS é a plataforma do Ministério da Saúde criada para conectar e integrar os sistemas de saúde do Brasil, tanto públicos quanto privados. Seu objetivo principal é permitir que informações clínicas, como exames, vacinas, atendimentos e medicamentos sejam compartilhadas de forma segura, padronizada e rápida entre profissionais e serviços de saúde. Isso facilita o atendimento ao paciente, evita retrabalho e garante continuidade do cuidado em qualquer ponto da rede. A RNDS também é usada para apoiar a gestão pública, com dados que ajudam na vigilância epidemiológica e no planejamento das ações de saúde.

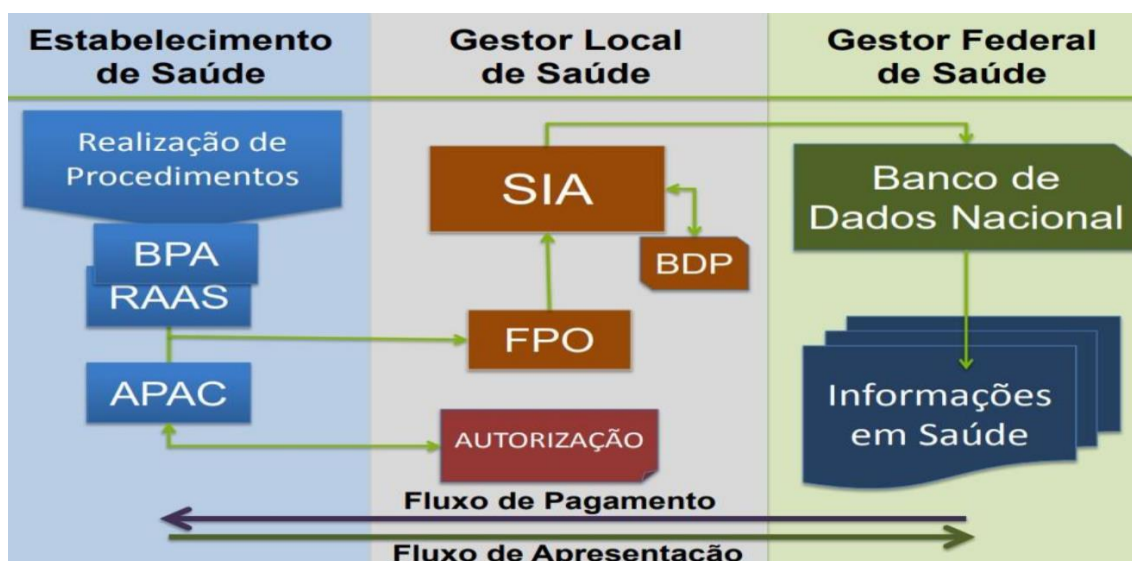
Atualmente, a RNDS já integra dados de vacinação como os da COVID-19, resultados de exames laboratoriais, atendimentos clínicos, regulação, medicamentos prescritos e sumários de alta. Esses dados podem ser acessados por profissionais autorizados e também pelos próprios cidadãos por meio do aplicativo Meu SUS Digital. Tudo é feito respeitando a Lei de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com uso de criptografia, de controle de acesso e de registro de consentimento. Para os municípios, especialmente na atenção primária, a RNDS é uma ferramenta poderosa para melhorar a qualidade da informação, apoiar decisões de gestão e garantir maior integração entre os sistemas, como o e-SUS AB.

7.1. PRODUÇÃO PSICOSSOCIAL, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A produção ambulatorial dos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), realizada pelos estabelecimentos de saúde do município, é essencial para o financiamento e o monitoramento das ações especializadas no SUS. Essa produção abrange consultas, exames, procedimentos terapêuticos, atendimentos em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), entre outros, e deve ser registrada de forma adequada e transmitida ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

A figura a seguir ilustra o fluxo de processamento dos dados de produção. É importante destacar que a etapa inicial, que compreende o registro nos sistemas próprios e a exportação dos dados do SIGSS para os sistemas Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e RAAS, não está representada no diagrama, mas constitui uma fase essencial do processo.

Figura 12 - Fluxo do Processamento de Dados (Psicossocial e MAC).



FONTE: Leandro Manassi Panitz, Slide da Capacitação em RAAS - Ministério da Saúde.



No município, os dados de produção ambulatorial dos estabelecimentos que utilizam o sistema SIGSS/MV são exportados mensalmente e convertidos em arquivos compatíveis com o BPA. Em seguida, esses arquivos são importados no sistema do BPA, onde passam por validação e ajustes, quando necessário. Após essa etapa, a produção é enviada ao SIA/SUS, que consolida e transmite os dados ao Ministério da Saúde.

Esse fluxo garante o registro oficial da produção ambulatorial, servindo de base para o repasse de recursos da MAC e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de possibilitar o acompanhamento nacional das ações especializadas em saúde. Ressalta-se que todas as etapas do processo, incluindo a exportação inicial a partir do SIGSS, são realizadas pelo Departamento de Gestão em Saúde.

Na tabela a seguir é possível verificar a produção Psicossocial e da MAC por estabelecimentos, conforme dados do TABWIN Desktop.

Tabela 32 - Produção dos Estabelecimentos enviado pelo SIA/Datasus.

Código (CNES)	Estabelecimentos	2021	2022	2023	2024
2800837	CISCOPAR	431.971	423.885	839.395	538.614
7737866	UPA II UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	148.054	190.642	197.992	217.495
4056698	PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON NUNES	39.119	65.278	100.157	114.224
6706908	CENTRAL DE ESPECIALIDADES DE TOLEDO	25.209	24.936	48.603	41.213
9688153	CAPSi	2.195	3.629	11.210	12.422
6706894	AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL	8.460	10.487	10.115	8.468
5119731	CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	9.286	11.444	8.414	7.976



3586030	CAPS II CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	6.142	7.307	6.458	7.526
452122	CENTRO DE FISIOTERAPIA REABILITAÇÃO E TERAPIAS COMPLEMENTAR	1.743	2.937	6.313	7.388
6120768	CAPS AD	3.787	5.582	5.975	6.173
6420958	SMS DE TOLEDO	10	21	423	626
7481888	CAPS AD III	2.813	1.943	972	515
Total		678.789	748.091	1.236.027	962.640

FONTE: Tabwin desktop (Dez/2024). Relatórios gerados pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Entre os estabelecimentos com maior volume de produção ambulatorial no município entre 2021 e 2024, destacam-se o CISCOPAR, com mais de 2,2 milhões de procedimentos, seguido pela UPA II (Unidade de Pronto Atendimento), com 754 mil, e pelo PAM Dr. Jorge Milton Nunes, com 318 mil. O CISCOPAR, como consórcio intermunicipal de saúde, concentra a maior parte da produção especializada da região, atendendo aos 18 municípios da 20ª Regional de Saúde. Já a UPA e o PAM são unidades municipais de pronto atendimento, responsáveis por grande parte da demanda de urgência e emergência em Toledo.

No campo da saúde mental, os maiores produtores foram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Destacam-se o CAPSi, com mais de 29 mil atendimentos, o CAPS II, com 27 mil, e o CAPS AD, com cerca de 21 mil procedimentos no período analisado. Além deles, o Ambulatório de Saúde Mental, com mais de 37 mil atendimentos, também teve produção significativa, demonstrando a relevância crescente dos cuidados psicossociais no município.

A Central de Especialidades de Toledo teve uma produção total de aproximadamente 140 mil atendimentos, sendo o quarto estabelecimento



que mais produziu nos últimos quatro anos. Ela cumpre um papel essencial na oferta de consultas e procedimentos especializados, funcionando como ponto estratégico para o acesso regulado à média complexidade. Sua atuação contribui diretamente para a qualificação do cuidado ambulatorial eletivo e para efetivo acesso à atenção especializada.

Diante desta produção, boa parte realizada pelo município, ou através do consórcio intermunicipal é fundamental ressaltar o que estabelece a Portaria de Consolidação nº 1/2017, anexo V, e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), os municípios são gestores plenos da Atenção Primária à Saúde (APS), cabendo-lhes a organização da rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), a coordenação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a execução de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Já os serviços de MAC, como especialidades médicas, internações hospitalares, cirurgias e exames de maior complexidade, são, em regra, de responsabilidade dos estados ou de consórcios intermunicipais, sendo acessados pelos municípios via pactuações interfederativas, contratualizações, entre outros meios legais.

Dessa forma, a diretriz geral no Sistema Único de Saúde (SUS) é que os municípios são responsáveis diretos pela Atenção Primária, enquanto os serviços da MAC são organizados de forma regionalizada, com corresponsabilidade dos estados e da União. Essa lógica de organização é respaldada pelas políticas de descentralização e regionalização do SUS, conforme define a Portaria GM/MS nº 1.034/2010 e é reforçada pela Resolução CIT nº 37/2018. Tal estrutura visa assegurar que a prestação dos serviços em saúde ocorra de forma integrada, considerando a capacidade instalada, as necessidades locais de saúde e os princípios de universalidade, equidade e integralidade do cuidado.



8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

8.1. MORBIDADE E MORTALIDADE

O perfil de morbimortalidade de uma população é um processo dinâmico, sensível às condições de vida e ao desenvolvimento dessa população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos e resultantes da urbanização, e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade.

8.2. MORBIDADE

Para se analisar o perfil epidemiológico obtiveram-se dados dos sistemas de informação através da Divisão de Vigilância Epidemiológica, vinculado ao Departamento de Vigilância em Saúde, utilizando-se de dados referentes ao período de 2020 a 2024, relativos às pessoas residentes em Toledo-PR.

Em relação ao item morbidade foram utilizados os dados do período de cinco anos referentes às principais causas de internamentos hospitalares e principais doenças de notificação individual.



Tabela 33 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná
Internações por Capítulo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças -
10a Revisão) Ano processamento de 2020 a 2024.

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	66	067	01	43	349	026
II. Neoplasias (tumores)	051	059	070	216	500	896
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	8	4	2	39	35
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	5	8	08	13	18
V. Transtornos mentais e comportamentais	02	9	5	16	26	88
VI. Doenças do sistema nervoso	9	1	40	13	09	52
VII. Doenças do olho e anexos	4	6	1	08	02	61
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide					8	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	96	84	55	04	19	958
X. Doenças do aparelho respiratório	33	03	60	62	08	366
XI. Doenças do aparelho digestivo	40	77	61	38	235	251
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	5	3	3	13	73
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecidos	8	10	92	34	03	017



conjuntivo

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	76	37	60	42	49	764
XV. Gravidez parto e puerpério	416	437	476	394	438	161
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	30	28	51	84	53	46
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5	3	4	1	8	91
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	53	84	74	83	20	014
XIX. Lesões por envenenamentos e outras consequências de causas externas	045	104	138	303	655	245
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade						
XXI. Contatos com serviços de saúde	77	13	93	00	06	789
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido						
Total	469	106	481	632	1503	1191

FONTE: DataSUS. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (abr./2025).⁸

⁸ Filtros usados: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná
Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento
Município: 412770 TOLEDO
Região de Saúde (CIR): 41020 20ª RS Toledo
Macrorregião de Saúde: 4108 MACRORREGIÃO OESTE
Período: 2020-2024



Na Tabela 33, observa-se que, entre os anos de 2020 a 2024, as cinco principais causas de internação hospitalar estão relacionadas à: gravidez, parto e puerpério (7161 internamentos); lesões por envenenamentos e outras consequências de causas externas (6245 internamentos); neoplasias (5896 internamentos); doenças infecciosas e parasitárias (4026 internamentos); e doenças do aparelho digestivo (3251 internamentos). Essa classificação segue a frequência de ocorrência dos capítulos da CID-10 ao longo dos últimos cinco anos avaliados. Em 2024, ano mais recente da análise, destacaram-se as lesões por envenenamentos e outras causas externas como a principal causa de internações, totalizando 1.655 ocorrências. Já em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19, houve um aumento expressivo nas internações por doenças infecciosas e parasitárias, que passaram a ocupar a quarta posição entre as principais causas, seguido por redução dos números totais entre 2022 e 2023 e novo crescimento dos números em 2024.

Tabela 34 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná
Internações por Capítulo CID-10 de 2013 a 2024.

Capítulo CID-10	2013- 2016	2017- 2020	2021- 2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2214	1691	3460
II. Neoplasias (tumores)	3186	4134	4845
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	296	314	353
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	308	194	374
V. Transtornos mentais e comportamentais	363	428	386
VI. Doenças do sistema nervoso	888	541	653
VII. Doenças do olho e anexos	135	99	337
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	41	32	37
IX. Doenças do aparelho circulatório	3692	2278	2462



X. Doenças do aparelho respiratório	4043	1965	2033
XI. Doenças do aparelho digestivo	1779	1960	2911
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	302	157	244
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	804	493	939
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1496	1424	1488
XV. Gravidez parto e puerpério	5513	5894	5745
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	567	537	616
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	161	162	166
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	285	493	861
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4573	4004	5200
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	655	722	1612
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-
Total	31304	27522	34722

FONTE: DataSUS. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Consulta em abril de 2025.⁹

Na Tabela 34, é apresentado um comparativo em série histórica do número de internações hospitalares entre os anos de 2013 a 2024. Observa-se que, no período de 2017 a 2020, houve uma redução de 12,08% no total de internações em relação ao quadriênio anterior (2013 a 2016). Em contrapartida, entre 2021 e 2024, registou-se um aumento significativo de 26,16% no número total de internações, indicando uma tendência de

⁹ Filtros usados: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná
Internações por Capítulo CID-10
Município: 412770 TOLEDO
Região de Saúde (CIR): 41020 20ª RS Toledo
Macrorregião de Saúde: 4108 MACRORREGIÃO OESTE
Período: 2013-2024



retomada e crescimento no período pós-pandemia.

8.3. DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná, as principais doenças imunopreveníveis são: sarampo, poliomielite, meningite, coqueluche, tétano, influenza e as doenças diarreicas, as quais passamos a descrever no perfil de Toledo.

Tabela 35 – Doenças Imunopreveníveis confirmadas– por local de residência segundo ano de Notificação, nos períodos de 2020 a 2024.

Agravo	2020	2021	2022	2023	2024
Sarampo	0	0	0	0	0
Poliomielite	0	0	0	0	0
Meningites	25	27	45	41	32
Coqueluche	1	0	0	0	91
Tétano Acidental	0	0	1	0	0
Influenza/SRAG	1	6	66	32	110

FONTE: Departamento de Vigilância Sanitária - Secretaria Municipal de Saúde (SMS). (abr./2025).

A circulação do vírus selvagem do sarampo permanece ativa em todos os continentes. Após duas décadas sem confirmação de casos, o estado do Paraná voltou a registrar um surto da doença a partir de agosto de 2019. No município de Toledo, foram confirmados três casos no ano de 2019, todos por meio de exames laboratoriais. Desde então, não houve novos registros confirmados no município. Em relação à rubéola, não há ocorrência de casos desde 2008. Diante desse cenário, torna-se essencial manter uma vigilância rigorosa por meio da notificação e investigação oportuna dos casos

suspeitos, do acompanhamento pelo Boletim de Notificação Semanal e da avaliação laboratorial adequada. Além disso, é fundamental garantir altas coberturas vacinais e realizar bloqueios dos contatos dentro do prazo adequado (até 72 horas), a fim de assegurar o controle contínuo dessas doenças.

No caso da poliomielite, o último registro no Brasil ocorreu em 1989, e no Estado do Paraná, em 1986. Dessa forma, reforça-se a importância da vigilância e da manutenção de altas coberturas vacinais desse agravo, objetivando-se uma abrangência maior ou igual a 95% da população.

As meningites continuam sendo um importante problema de saúde pública, devido ao seu potencial epidêmico, com registros que variam desde surtos localizados até grandes epidemias. Entre os diferentes tipos, as meningites virais geralmente apresentam evolução benigna e baixa letalidade. Em contrapartida, as meningites causadas por meningococo são mais graves, com alto risco de óbito, e são classificadas em diferentes sorogrupos — o que reforça a necessidade de vigilância epidemiológica constante e de ações preventivas, especialmente por meio da vacinação.

Os casos de meningite tendem a ser mais frequentes no verão e em períodos prolongados de estiagem, com uma média anual de (33,8) 34 casos entre os anos de 2020 a 2024. Observa-se maior ocorrência em dois grupos específicos: lactentes com menos de um ano, que ainda não completaram o esquema vacinal, e adultos com mais de 40 anos, que não foram contemplados pelas campanhas de vacinação no passado, conforme ilustrado na tabela abaixo. A maioria dos casos registrados refere-se a meningites de origem viral, para as quais ainda não há vacina disponível. A Tabela 36 abaixo apresenta os casos de meningite notificados, por faixa etária.

Tabela 36 - Casos de Meningite Notificados em Toledo de 2020 a 2024 por faixa etária.



Faixa Etária	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menor 1 ano	10	8	18	14	9	59
1 a 4 anos	2	0	2	7	3	14
5 a 9 anos	1	0	3	7	2	13
10 a 14 anos	2	0	1	0	2	05
15 a 19 anos	0	1	1	1	2	05
20 a 29 anos	3	3	2	5	3	16
30 a 39 anos	1	2	5	4	6	18
40 a 49 anos	3	5	3	8	6	25
50 a 59 anos	4	2	6	4	2	18
60 a 69 anos	0	4	4	3	4	15
70 a 79 anos	0	2	0	0	5	07
80 anos ou mais	0	1	2	0	1	04
Total	26	28	47	53	45	199

FONTE: SINAN.

Em relação à coqueluche, é uma doença causada pelo patógeno *Bordetella pertussis* e transmitida por gotículas respiratórias. Acomete principalmente crianças menores de doze meses, frequentemente de forma grave e com risco aumentado de mortalidade, devido ao esquema vacinal incompleto ou à ausência da aplicação das vacinas pentavalente ou DTP. A transmissão dessa doença para lactentes ocorre principalmente de jovens e adultos assintomáticos ou tosse prolongada. Logo, a vacinação é a estratégia mais eficaz na prevenção da doença, sendo também indicada para gestantes, profissionais que atuam em maternidades e UTIs neonatais, além de ser fundamental como medida de quimioprofilaxia para os contatos próximos elegíveis. Além disso, por se tratar de uma doença sazonal, houve novamente a ocorrência de casos no município de Toledo no final do ano de 2024.

Apesar da redução no número de casos de tétano acidental, a doença ainda apresenta alta letalidade. A principal via de infecção continua sendo as perfurações cutâneas, com maior incidência nos membros inferiores. Para prevenir e reduzir a morbimortalidade associada ao tétano acidental, é fundamental manter altas coberturas vacinais com a vacina Pentavalente (DTP+Hib+HB), além dos reforços com a DTP (difteria, tétano e coqueluche)



e a DT (difteria e tétano), conforme preconizado no calendário vacinal. No período analisado o município apresentou apenas 01 caso de tétano em 2022, sem registro de óbito.

A Influenza, conhecida popularmente como gripe, é uma doença respiratória aguda causada pelo vírus influenza. Este pode se apresentar como uma síndrome gripal ou evoluir para a chamada Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo necessária, muitas vezes, a hospitalização. Essa infecção ocorre durante todo o ano e o vírus tem comportamento sazonal, sendo mais frequente nos períodos de outono e inverno na região sul.

No ano de 2020, com a introdução da circulação do SARS-CoV-2 no país, observou-se um expressivo aumento no número de casos, em razão de se tratar de um novo subtipo viral, caracterizado por alta transmissibilidade e elevada morbidade. Essa tendência está evidenciada nos dados apresentados na tabela.

Tabela 37 - Casos de Influenza segundo subtipo viral e óbitos notificados do Sistema SRAG/SIVEP residentes em Toledo de 2020 a 2024.

SUBTIPO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos		Óbitos		Casos		Óbitos		Casos	
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	2	0	23	0	21	1
Influenza A(H3) Sazonal	0	0	5	1	57	2	0	0	36	2
Influenza A não subtipado	0	0	1	0	2	1	3	0	6	0
Influenza B	1	0	0	0	5	0	6	0	47	0



Outros Vírus Respiratórios	36	1	121	2	160	4	199	6	276	2

COVID-19	324	99	1574	372	371	54	98	14	47	6

FONTE: Sistema SRAG/SIVEP. (abr./2025).

Ao longo do período avaliado, a Influenza A (H3) destacou-se como o subtipo mais prevalente e letal, com dois surtos significativos registrados nos anos de 2022 e 2024. A Influenza B apresentou um crescimento expressivo em 2024, evidenciando uma circulação relevante, embora sem registro de óbitos, o que indica baixo impacto em termos de letalidade. Já a Influenza A (H1N1) pdm09 manteve circulação moderada, com baixa letalidade associada. Os casos classificados como Influenza sem subtipos foram poucos, porém apresentaram letalidade relativamente elevada, o que pode sugerir maior gravidade em infecções não confirmadas laboratorialmente. A distribuição de casos e óbitos se mostrou sazonal e bastante variável entre os anos, reforçando a necessidade de uma vigilância epidemiológica contínua e sensível.

As doenças diarreicas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de serem evitáveis e tratáveis, apresentam-se como a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, sendo as principais causas de morbimortalidade infantil, ou seja, em crianças menores de um ano. Estes dados revelam um dos mais graves problemas de saúde pública, sendo necessária uma vigilância sentinela de Doenças Diarreicas Agudas (DDAs) para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos, além da ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). Dessa forma, acompanhamos semanalmente os casos de diarreia de duas Unidades elencadas no sistema DDA, visando monitorar o aumento de casos e a ocorrência de surtos.



As Doenças Diarreicas Agudas são de etiologia diversificada, podendo ser causadas por bactérias, vírus ou enteroparasitas. Desde a descoberta dos primeiros agentes virais que especificamente causam diarreia no homem, estudos epidemiológicos têm revelado um número significativo de casos de diarreia aguda atribuídos à etiologia viral. Dentre os principais agentes etiológicos virais envolvidos nesta patologia, podemos citar: rotavírus, calicivírus humanos (norovírus e sapovírus), astrovírus, adenovírus entéricos, entre outros.

Tabela 38 - Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica (SE), Segundo Faixa etária e plano de tratamento, notificados no SIVEP-DDA, no município de Toledo no ano de 2024.

	Faixa Etária						Plano de Tratamento					
SE	< 1	1 a 4	5 a 9	10	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total	
1	0	18	12	86	0	116	110	6	0	0	116	
2	0	16	9	70	0	95	93	2	0	0	95	
3	0	27	11	73	0	111	107	4	0	0	111	
4	1	7	18	59	0	85	81	4	0	0	85	
5	0	10	11	74	0	95	90	5	0	0	95	
6	0	13	20	65	0	98	95	3	0	0	98	
7	0	22	8	45	0	75	70	5	0	0	75	
8	0	20	8	70	0	98	95	3	0	0	98	
9	0	20	12	39	0	71	68	3	0	0	71	



10	0	25	9	39	0	73	68	5	0	0	73
11	0	10	7	25	0	42	17	25	0	0	42
12	0	19	10	26	0	55	53	2	0	0	55
13	0	15	11	31	0	57	56	1	0	0	57
14	0	17	12	63	0	92	88	4	0	0	92
15	1	32	12	49	0	94	44	50	0	0	94
16	0	28	12	40	0	80	76	4	0	0	80
17	0	40	21	57	0	118	113	5	0	0	118
18	0	45	12	52	0	109	104	5	0	0	109
19	0	30	21	65	0	116	112	4	0	0	116
20	0	36	20	69	0	125	120	5	0	0	125
21	0	36	16	79	0	131	125	6	0	0	131
22	76	11	0	0	0	87	84	3	0	0	87
23	0	22	21	87	0	130	125	5	0	0	130
24	2	34	38	77	0	151	146	5	0	0	151
25	0	42	23	67	0	132	126	6	0	0	132
26	1	20	20	87	0	128	120	8	0	0	128
27	0	33	15	77	0	125	120	5	0	0	125



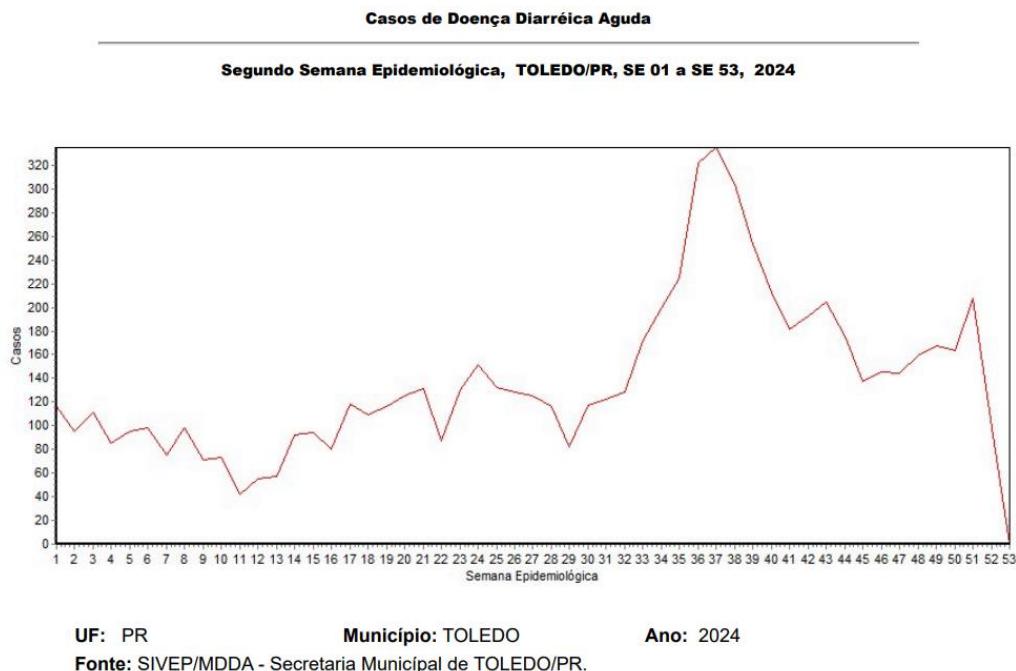
28	0	24	18	74	0	116	112	4	0	0	116
29	0	13	6	63	0	82	78	4	0	0	82
30	1	18	18	80	0	117	110	7	0	0	117
31	0	19	21	82	0	122	115	7	0	0	122
32	0	24	17	87	0	128	123	5	0	0	128
33	0	41	18	113	0	172	165	7	0	0	172
34	1	37	44	118	0	200	188	12	0	0	200
35	0	53	38	134	0	225	220	5	0	0	225
36	1	72	70	179	0	322	312	10	0	0	322
37	0	75	62	198	0	335	325	10	0	0	335
38	0	72	57	175	0	304	295	9	0	0	304
39	0	48	47	159	0	254	248	6	0	0	254
40	0	35	27	151	0	213	205	8	0	0	213
41	0	29	23	130	0	182	178	4	0	0	182
42	0	27	33	133	0	193	160	30	3	0	193
43	2	30	25	148	0	205	170	28	7	0	205
44	13	24	17	122	0	176	158	12	6	0	176
45	11	21	14	91	0	137	107	18	12	0	137



46	7	26	11	101	0	145	128	12	5	0	145
47	5	15	16	108	0	144	122	14	8	0	144
48	14	17	15	113	0	159	145	9	5	0	159
49	10	10	16	131	0	167	148	12	7	0	167
50	10	19	15	119	0	163	147	10	6	0	163
51	11	15	59	123	0	208	191	12	5	0	208
52	1	6	7	84	0	98	1	6	7	84	98
53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral: 168 1418 1083 4587 0 7256 6657 444 71 84 7256											
Gráficos:	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total

FONTE: sistema SIVEP-DDA. (abr./2025).

Gráfico 16 - Casos de doença diarreica aguda no município de Toledo em 2024

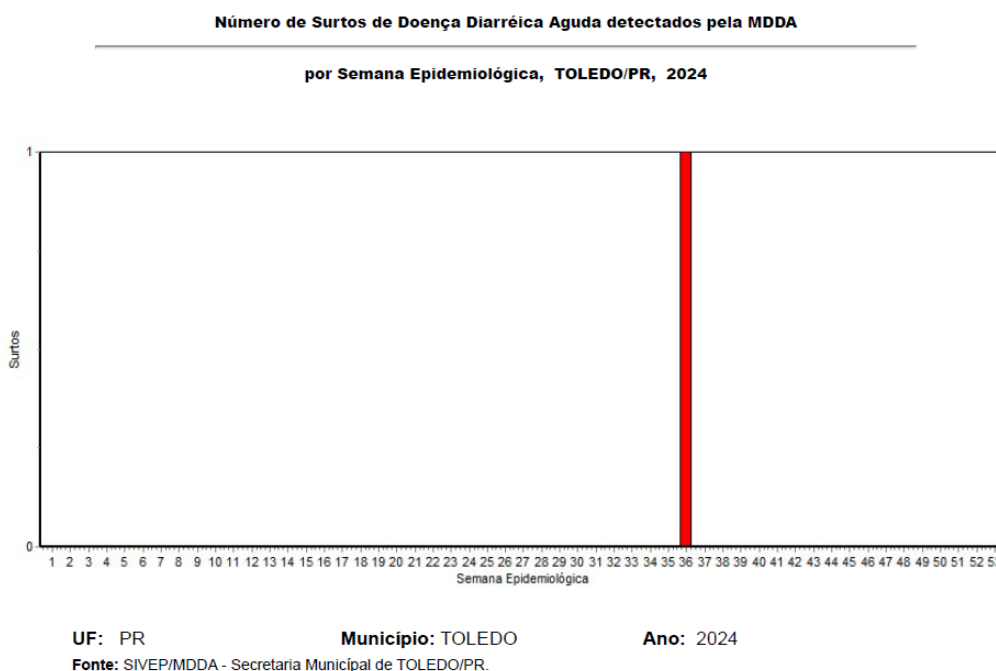


FONTE: SIVEP/MDDA - Secretaria Municipal de Toledo / PR. (abr./2025).

Avaliando o Gráfico 16, podemos inferir que a partir das semanas epidemiológicas 33 e 34 de 2024, observou-se um aumento significativo no número de casos registrados de DDA, o que motivou o início de ações investigativas. Inicialmente foram levantadas a faixa etária e os locais de residência dos usuários atendidos com CID A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível – para analisar possíveis vínculos epidemiológicos. Como foi identificado o acometimento de todas as faixas etárias e casos dispersos pelo município, optou-se pela elaboração de um inquérito alimentar para identificação dos sinais e sintomas; locais de trabalho e/ou estudo; locais frequentados antes do aparecimento dos sintomas; percepção de consumo de alimento deteriorado; ou associação do quadro a algum alimento e fonte da água consumida. Também foram coletadas amostras de fezes que foram encaminhadas para o LACEN para análise laboratorial que identificou o rotavírus como o principal agente etiológico. A ocorrência da doença em crianças previamente vacinadas ressalta a necessidade de intensificar as ações de educação em saúde,

ênfatizando a importância das medidas preventivas e das práticas adequadas de higiene. As intervenções realizadas mostraram-se eficazes para compreender o quadro epidemiológico e promover a mobilização da comunidade e dos profissionais de saúde. A continuidade da vigilância epidemiológica permanece fundamental para monitorar a incidência de casos e prevenir futuros surtos.

Gráfico 17 - Número de surtos de doença diarreica aguda detectadas pela MDDA em 2024.



FONTE: SIVEP/MDDA - Secretaria Municipal de Toledo / PR. (abr./2025).

Todas as doenças imunopreveníveis devem ter como alvo uma cobertura vacinal superior a 90%. Contudo, devido à disseminação de desinformação e notícias inverídicas sobre vacinas, principalmente durante a pandemia de COVID-19, assim como à influência dos movimentos naturalistas e anti-vacinas, tem havido uma preocupante redução na adesão vacinal nos últimos anos, o que tem alarmado as autoridades de saúde pública. Por esse motivo, é imprescindível orientar a população, combater informações falsas e realizar buscas ativas frequentes para alcançar as metas



de cobertura vacinal, além de promover mais campanhas de vacina e ampliar os locais de vacinação, como nas escolas e no shopping do município em horário estendido. Infelizmente, apesar dessas ações educativas, a Tabela 39 evidencia a dificuldade em manter essa homogeneidade em todas as vacinas.

Tabela 39 – Cobertura Vacinal no período de 2020-2024 em Toledo – PR.

COBERTURA VACINAL					
VACINAS	2020	2021	2022	2023	2024
Número de nascidos vivos	1977	1959	2015	2043	1938
BCG	101,06	85,37	100,71	101,71	89,04
PENTA (DTP, HIB, HEP, B)	114,57	87,20	94,84	93,78	102,89
POLIOMIELITE (VIP)	107,86	87,30	94,49	93,78	102,58
FEBRE AMARELA	99,81	83,29	82,80	88,15	72,45
MENINGOCÓCICA	111,84	88,27	95,30	99,31	104,70
PNEUMOCÓCICA 10v	108,51	88,94	99,54	93,05	101,75
ROTAVÍRUS	107,91	87,54	96,81	93,64	99,38
TRÍPLICE VIRAL (1 ano)	120,03	90,44	90,84	99,66	103,97

FONTE: LocalizaSUS.(2020), (2021) e (2022) DataSUS, (2023) e (2024).

Considerando as dificuldades que o sistema de saúde enfrenta com relação à desinformação da vacina e “fake news”, o município ainda assim mantém uma constância de boas coberturas vacinais, o que certamente

reflete a qualidade do serviço prestado em todos os níveis e departamentos envolvidos. No entanto, ainda assim observamos divergências significativas entre os dados de cobertura vacinal registrados localmente e aqueles disponíveis no painel do Ministério da Saúde. Essa discrepância compromete a análise situacional e o planejamento adequado das ações de imunização, podendo resultar em decisões baseadas em informações inconsistentes. Acredita-se que essas diferenças estejam associadas a falhas na exportação e sincronização de dados entre os sistemas locais e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), dificultando a consolidação de um retrato fiel da cobertura vacinal. Diante disso, torna-se imprescindível qualificar os processos de registro, exportação e integração de dados, garantindo maior confiabilidade e transparência na informação em saúde, essencial para o monitoramento eficaz da cobertura vacinal e o alcance das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

8.4. AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis são aquelas causadas por microrganismos como vírus, bactérias, protozoários ou fungos, que têm a capacidade de se multiplicar, proliferar e provocar enfermidades. Esses agentes podem ainda facilitar a entrada de outros microrganismos patogênicos no corpo humano. A transmissão pode ocorrer de diversas formas: pelo contato direto com o agente infeccioso, pela ingestão de água ou alimentos contaminados, pelas vias respiratória ou sexual, ou ainda por ferimentos provocados por animais. Em muitos casos, essas doenças também podem ser passadas de uma pessoa para outra, sendo então chamadas de doenças infectocontagiosas.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Tem por objetivo registrar e processar os dados, fornecer informações para análise do perfil de morbidade e contribuir



para a tomada de decisões nos níveis de gestão municipal, estadual e federal. Estes dados estão descritos na Tabela 40 apresentada a seguir, relativos aos anos de 2020 a 2024.

Tabela 40 – Doenças de Notificação Individual – Frequência Segundo Agravos Notificados, 2020 a 2024. Residentes.

AGRAVO	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento Antirrábico	395	448	477	568	656
Dengue	5338	352	5453	2598	17572
Violência	477	527	603	847	765
Hepatites Virais	37	38	37	53	73
Intoxicação Exógena	225	207	214	355	287
Acidente de trabalho c/ material biológico	67	60	74	79	102
Acidentes com Animais Peçonhentos	41	53	71	116	90
AIDS/HIV	44	85	61	66	55
Meningite	53	28	47	53	45
Doenças Exantemáticas	2	0	2	4	1
Leptospirose	0	2	4	9	20
Hanseníase	19	10	4	9	7
Tuberculose	25	21	30	26	30
Sífilis em Gestante	72	57	50	67	85



Acidente de Trabalho Grave	15	18	477	1071	835
Síndrome Respiratória Aguda	947	2706	1013	796	1165
Toxoplasmose	0	11	7	17	20
Sífilis Adquirida	193	158	210	387	368
Sífilis Congênita	0	0	0	1	0
Gestante HIV	05	4	7	4	5
Leishmaniose tegumentar em	1	3	3	1	1
Coqueluche	1	5	3	3	336
Outros	31	9	15	44	53
TOTAL	8249	4482	10245	8724	22627

FONTE: SINAN NET. (fev./2025).

Entre 2019 e 2020, o estado do Paraná enfrentou a pior epidemia de dengue da sua história. Em Toledo, os casos se concentraram principalmente em 2020, com um novo aumento significativo registrado em 2024. A Tabela 40 apresenta as doenças de notificação individual e permite observar que, no período de 2022 a 2024, o município enfrentou sucessivas epidemias de dengue. Diante desse cenário, diversas ações foram implementadas com o objetivo de alterar essa realidade. Entre essas medidas, destacam-se a criação de ecopontos para a coleta de entulhos e o deslocamento de todos os agentes comunitários de saúde para atuação conjunta com os agentes de endemias nas ruas, intensificando as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* e proporcionando a integração dos Departamentos de Vigilância em Saúde e Ambiente e Atenção Primária à



Saúde para o controle da epidemia.

Outro ponto importante a ser destacado refere-se aos atendimentos antirrâbicos, que continuam com alta incidência no município, principalmente devido à presença de cães em situação de rua. Esses animais acabam se envolvendo em acidentes com a população, como casos de mordeduras, o que exige atenção contínua. Essa realidade demanda um trabalho integrado com a Secretaria de Meio Ambiente, especialmente no que se refere ao controle da população canina errante, fator que contribui diretamente para o aumento dos ataques a pessoas. Como resposta a essa problemática, foi firmado um convênio com uma faculdade de Medicina Veterinária e realizada a abertura de licitação para contratação de clínicas veterinárias, com o objetivo de viabilizar a castração de animais de rua, reduzindo a essa população e, conseqüentemente, diminuindo o número de atendimentos antirrâbicos no município.

Por outro lado, ao analisar os dados por ano de diagnóstico de Tuberculose, observa-se pouca variação na incidência da doença em Toledo, com um leve aumento de casos novos nos últimos três anos. Assim como em muitas outras cidades do Brasil, a tuberculose continua sendo uma importante preocupação de saúde pública no município. Diante disso, são implementadas continuamente diversas estratégias de controle e prevenção da doença, com destaque para as campanhas de conscientização e o rastreamento ativo de casos suspeitos realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Dois aspectos especialmente preocupantes observados nos últimos anos foram o aumento do número de abandonos de tratamento e a identificação de casos de tuberculose multirresistente (TB-MDR). O abandono do tratamento compromete a interrupção da cadeia de transmissão da doença, aumenta o risco de recidivas e pode causar sérias conseqüências à saúde dos usuários, visto que há um aumento significativo



de sua morbimortalidade. Nesse sentido, o fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional de saúde é essencial para reduzir os abandonos, especialmente entre populações vulneráveis, como as Pessoas em Situação de Rua (PSR) e as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL). A compreensão sobre a importância da adesão ao tratamento e sua conclusão deve ser constantemente trabalhada no acompanhamento clínico.

Em relação aos casos de tuberculose multirresistente, nota-se uma dificuldade ainda maior na adesão, uma vez que o tratamento se torna mais complexo e prolongado, exigindo o uso de medicamentos menos eficazes e com efeitos colaterais mais intensos. Além das implicações clínicas, a TB-MDR acarreta impactos econômicos significativos: o custo do tratamento é elevado, o que sobrecarrega o sistema de saúde. Ademais, a doença afeta a produtividade dos indivíduos, gerando perdas econômicas tanto para as famílias quanto para a sociedade como um todo.

Quando nos referimos à Hanseníase, observou-se que houve redução expressiva do número de casos notificados no ano de 2022 quando comparado aos demais anos. Essa queda pode estar relacionada ao período pós-pandemia, em que os serviços de saúde estavam se reorganizando para retomada dos atendimentos preventivos em Unidades Básicas de Saúde e também ao fato da Secretaria Municipal de Saúde ter retomado as capacitações aos profissionais da APS. Entretanto, um fator que chama a atenção em relação à Hanseníase é a maior frequência de pacientes com baixa resposta ao tratamento, necessitando de prorrogação por longos períodos, chegando a 48 meses de tratamento para fechamento do caso como cura. Esse agravante é influenciado pela adesão do paciente ao tratamento, devido aos efeitos colaterais decorrentes do período prolongado de uso da medicação, refletindo em aumento do custo ao sistema público de saúde.

Continuamente, a incidência de Sífilis Adquirida tem se mantido



elevada ao longo dos anos. Trata-se de um agravo que configura um sério problema de saúde pública em nível nacional, principalmente por se tratar de uma infecção altamente contagiosa, associada a comportamentos de risco, como relações sexuais desprotegidas e uso compartilhado de perfurocortantes. Além disso, a evolução da doença para uma fase latente e assintomática dificulta o diagnóstico, pois, na ausência de sintomas visíveis, sua detecção depende exclusivamente da realização de testes rápidos ou exames laboratoriais complementares. Como consequência, o diagnóstico muitas vezes ocorre de forma tardia, o que pode atrasar o início do tratamento e manter a cadeia de transmissão ativa por longos períodos. Nos últimos anos, observou-se também um aumento dos casos de sífilis em gestantes, o que acarreta um risco elevado de transmissão vertical. Para enfrentar esse cenário, foram introduzidas, em 2016 e 2017, medidas como o pré-natal do homem e o tratamento do parceiro, bem como o monitoramento contínuo do tratamento e o acompanhamento rigoroso das gestantes pelas equipes de saúde. Essas estratégias contribuíram significativamente para a redução dos casos de sífilis congênita no município.

Por outro lado, a incidência de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana) apresentou variações entre os anos de 2016 a 2020, mas ainda se mantém em níveis elevados. De 2021 a 2024 o cenário vem apresentando estabilização com queda gradativa no número de novos casos, fato que pode estar relacionado com a introdução de estratégias como a PEP, PrEP, o aumento da oferta de pontos de testagem e da oferta de testes rápidos, bem como a frequente realização de campanhas de testagem pelos serviços. O diagnóstico, em grande parte dos casos, depende da realização de testes rápidos ou exames laboratoriais, uma vez que muitos indivíduos infectados permanecem assintomáticos por longos períodos. Dessa forma, é possível que tenha ocorrido subdiagnóstico em 2020, especialmente em razão da pandemia de COVID-19, que impactou diretamente a busca ativa



de casos, o acesso aos serviços de saúde e a realização rotineira de testagens.

A fim de ampliar a detecção precoce e interromper a cadeia de transmissão, o município tem investido na ampliação da oferta de testagem rápida nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive por meio de ações extramuros em datas estratégicas e em locais de maior vulnerabilidade. Além disso, tem-se fortalecido a política de prevenção combinada, com a oferta de preservativos, PrEP, PEP e aconselhamento individual.

O acompanhamento dos casos positivos é realizado pelas equipes da APS em parceria com o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que atua com enfoque multidisciplinar, garantindo acesso ao tratamento antirretroviral, apoio psicossocial e monitoramento clínico-laboratorial. A adesão ao tratamento é continuamente incentivada como estratégia central para a melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e para a redução da carga viral, contribuindo para a meta de indetectável = intransmissível (I=I). Em 2024 o município iniciou processo de capacitação profissional dos futuros prescritores e implementação de Protocolo Municipal de PrEP.

Em relação aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, o aumento da incidência em 2020, atingindo níveis epidêmicos em 2021, esteve relacionado à pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2. A alta transmissibilidade desse vírus já no início da pandemia iniciada na China, causou grandes preocupações, que se mostraram reais com a propagação em todo mundo a despeito das medidas criadas inicialmente para combater a disseminação do vírus. Atualmente, a vacinação em massa é o grande objetivo e tem apresentado excelentes resultados, com queda da incidência da COVID-19. Durante os anos de 2020 a 2021 observou-se um aumento significativo no número de casos em função deste vírus, com queda significativa a partir de 2021 com a introdução das vacinas para



COVID-19.

Com relação às doenças de notificação individual destacou-se atenção ao aumento nos casos de leptospirose, dos quais de acordo com a Tabela 40, foi observado que, a cada ano, o número de agravos dobrou em relação ao ano anterior.

Além disso, tivemos um aumento significativo nas notificações de violência. Isso ocorreu devido ao trabalho do Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, que vem realizando diversos encontros com diversas áreas de atuação, para termos um número real de notificações deste agravo. Com relação aos anos de 2023 e 2024 houve queda de 10% dos casos. Todavia, acredita-se que há um número expressivo de subnotificações em relação às situações de violência, pois os dados estão fragmentados nos diversos serviços intersetoriais de atendimento.

A situação das notificações de acidente com material biológico também tem apresentado aumento expressivo, que pode representar tanto aumento na incidência, como maior atenção à necessidade das notificações, visto que trabalhos de educação têm sido constantemente realizados pela equipe de saúde do trabalhador.

Uma outra interface de agravos, diz respeito às intoxicações exógenas, que permanecem com número acentuado de casos. Nesse contexto, as tentativas de suicídio configuram como grande parte dos casos de intoxicações, mesmo quando há priorização desses indivíduos no setor de saúde mental.

8.5. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são um conjunto de patologias de múltiplas causas, sem origem infecciosa, com longos períodos de latência e curso prolongado, sendo, muitas vezes, incapacitantes. Dentre as principais doenças crônicas não transmissíveis, temos: diabetes mellitus tipo 1 e 2, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e osteoporose.

Entre os determinantes sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) destacam-se as desigualdades sociais, as limitações no acesso a bens e serviços essenciais, a baixa escolaridade e a desigualdade no acesso à informação. Além disso, fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool, a inatividade física e a alimentação inadequada, também contribuem significativamente para a ocorrência dessas doenças. Por serem, em grande parte, evitáveis, tais fatores reforçam o potencial de prevenção das DCNTs.

Embora não sejam consideradas emergenciais, essas condições exigem atenção especial, pois geralmente resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, socioambientais e comportamentais — como o uso de substâncias ilícitas, dependência química, tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada. Outro aspecto relevante diz respeito às características próprias dessas enfermidades: costumam apresentar um longo período de latência, evolução prolongada e natureza crônica. Além disso, em muitos casos, estão associadas a deficiências e incapacidades funcionais, o que reforça a necessidade de estratégias contínuas de prevenção e cuidado.

Dessa forma, a vigilância de DCNTs reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas



doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle. Diante disso, as orientações claras, atenção à população e a educação em saúde, contribuem de maneira fundamental para reduzir a exposição a fatores de risco (prevenção primária), realizando diagnósticos em estágios iniciais estabelecendo tratamentos precoces (prevenção secundária), reduzindo os impactos da doença na vida dos doentes (prevenção terciária) e, por fim, evitando tratamentos e condutas desnecessárias ao paciente (prevenção quaternária).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), fatores como a transição demográfica e epidemiológica, e fatores nutricionais, aliada à urbanização e ao crescimento econômico e social, têm contribuído para o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população. Essas enfermidades representam, em âmbito global, as principais causas de mortalidade. No Paraná, nos últimos dez anos, as doenças crônicas foram responsáveis por 59% de todos os óbitos registrados, sendo que 43% dessas mortes ocorreram entre pessoas com idade entre 30 e 69 anos. As principais causas são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado uma série de ações voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, com destaque para a alimentação adequada e o incentivo ao aleitamento materno, em consonância com o Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde. No campo da atividade física, o Programa Academia da Saúde — criado em abril de 2011 — tem se destacado como uma importante estratégia de incentivo à prática regular de exercícios físicos. Um exemplo é a unidade localizada ao lado da UBS São Francisco, que oferece diversas atividades à população do território, com o acompanhamento de um educador físico. Além disso, a PNPS também contempla ações de



prevenção ao uso do tabaco e do álcool. Diante dos resultados positivos obtidos pela Academia da Saúde, o município planeja expandir o programa, aguardando novos credenciamentos para viabilizar essa ampliação.

Tabela 41 - Internações por Lista Morb CID-10 e Ano processamento das principais causas de doenças crônicas não transmissíveis no período de 2020 a 2024

LISTA MORBIDADES CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Neoplasias (tumores)	1051	1059	1070	1216	1500	5896
Neoplasia maligna do cólon	302	194	143	201	297	1.137
Outras neoplasias malignas da pele	106	112	156	169	246	789
Outras neoplasias in situ benignas e comportamento incerto desc	48	76	115	109	103	451
Neoplasia maligna do estômago	76	83	51	49	42	301
Neoplasias malignas junção retoss reto ânus canal anal	78	77	85	115	110	465
Doenças do aparelho circulatório	496	484	555	604	819	2958
Hipertensão essencial (primária)	49	35	34	28	41	187
Outras doenças hipertensivas	1	0	3	0	0	4
Infarto agudo do miocárdio	67	77	84	57	104	389
Outras doenças isquêmicas do coração	73	56	74	102	92	397
Transtornos de condução e arritmias cardíacas	22	21	37	45	38	163



Insuficiência cardíaca	86	68	96	137	120	507
Outras doenças do coração	12	7	6	8	15	48
Outras doenças vasculares periféricas	7	7	7	16	28	65
Embolia e trombose arteriais	7	12	16	20	19	74
Outras doenças das artérias arteríolas e capilares	16	17	14	17	30	94
Outras doenças do aparelho circulatório	1	3	3	1	4	12
Doenças do aparelho respiratório	333	303	460	562	708	2.366
Pneumonia	165	103	262	394	420	1.344
Outras doenças do aparelho respiratório	107	141	94	85	141	568
Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides	7	9	59	16	42	133
Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	20	18	13	20	34	105
Outras doenças do nariz e dos seios paranasais	4	1	10	12	14	41
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	78	110	192	334	303	1.017
Transtornos da densidade e da estrutura ósseas	12	15	26	19	14	86



Osteomielite	5	3	7	10	8	33
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	44	75	78	108	113	418
Diabetes mellitus	34	67	60	84	91	336
Obesidade	3	11	15	11	40	80

FONTE: DataSUS. (jun./2025).

A Tabela 41 apresenta os dados de internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), organizadas por grupos segundo a classificação da CID-10, contendo apenas as causas mais prevalentes. No que se refere às neoplasias, destaca-se que sua incidência está fortemente relacionada aos hábitos de vida da população. Por isso, a prevenção, a adoção de práticas saudáveis, o diagnóstico precoce e a aplicação de protocolos clínicos bem definidos são estratégias fundamentais no enfrentamento dessa condição. Diante disso, torna-se essencial a capacitação contínua dos profissionais de saúde para o rastreamento dos diversos tipos de câncer, bem como a implantação e o fortalecimento do uso de tecnologias leves — especialmente aquelas voltadas para o apoio ao autocuidado dos usuários.

Em relação ao grupo das doenças do aparelho circulatório, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e demais doenças cardiovasculares se apresentam como o segundo maior em número de internamentos. Dentre as principais causas dessas patologias encontram-se os fatores comportamentais e de estilo de vida como sedentarismo, obesidade e tabagismo; fatores genéticos e biológicos, como história familiar positiva, envelhecimento e etnia; e condições clínicas associadas, como diabetes mellitus, dislipidemia e doença renal crônica.

Logo após as doenças do aparelho circulatório, observam-se,



conforme demonstrado na Tabela 41, elevados índices de internações por doenças do aparelho respiratório, como pneumonia e bronquite. Nesse contexto, o tabagismo surge como um fator agravante relevante, assim como as complicações associadas às infecções por vírus respiratórios. Destaca-se, ainda, o número expressivo de internações por influenza, em grande parte decorrente da baixa cobertura vacinal da população, apesar dos esforços contínuos dos serviços públicos de saúde. Assim, mesmo que as doenças respiratórias representem, em números absolutos, cerca de 20% a menos do que as doenças circulatórias, torna-se fundamental garantir uma cobertura vacinal eficaz, considerando que muitas infecções respiratórias estão relacionadas ao contato com microrganismos imunopreveníveis.

Além disso, dentre as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, enquadradas na quarta colocação das internações, a osteoporose, o diabetes mellitus e a obesidade são seus principais agentes causadores.

Apesar do rápido crescimento das DCNTs, seu impacto pode ser significativamente reduzido por meio de intervenções amplas, custo-efetivas e sustentáveis, voltadas à promoção da saúde e à redução dos fatores de risco. Ademais, melhorias na atenção à saúde, na detecção precoce e no tratamento oportuno dessas condições são fundamentais para conter sua progressão e suas complicações. Nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, atuando na prevenção ao estimular hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e do uso abusivo do álcool, superando fatores de risco modificáveis. Também são responsáveis pelo rastreamento e diagnóstico precoce de fatores de risco como pressão arterial elevada, diabetes mellitus e dislipidemias. A partir dessas ações, orientam quanto ao tratamento adequado e realizam o acompanhamento contínuo dos usuários, promovendo a adesão às terapias e ao autocuidado.



Para além da atuação individual, os profissionais de saúde também participam de ações educativas e coletivas junto à comunidade, contribuindo para o fortalecimento da atenção primária e para a redução da morbimortalidade associada às DCNTs. Com uma abordagem preventiva, integral e humanizada, é possível minimizar o impacto dessas doenças e promover uma melhora significativa na qualidade de vida da população.

O monitoramento da morbimortalidade em DCNTs é um componente essencial da vigilância em saúde, contribuindo para a compreensão de suas características e tendências. Não existe um sistema que forneça informações primárias sobre a morbidade dessas doenças, nem se considera viável a implementação de um sistema de registros que permita identificar todos os casos existentes. Entretanto, o SUS dispõe de bases de dados que abrangem diferentes modalidades assistenciais, permitindo a realização de análises sobre o comportamento das DCNTs e seus agravos na população.

8.6. DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Em relação aos acidentes de trabalho no município de Toledo, destaca-se a subnotificação como um fator crítico que compromete a veracidade dos dados registrados. Dentre os diversos elementos que contribuem para esse cenário, destacam-se o desconhecimento dos fluxos de notificação por parte dos trabalhadores e empregadores, e do receio de possíveis represálias ou consequências no ambiente de trabalho, especialmente nos casos de acidentes considerados leves.

Essa subnotificação interfere diretamente na construção de um perfil epidemiológico fiel da situação local, dificultando a formulação de políticas públicas mais eficazes de prevenção, vigilância e promoção da saúde do



trabalhador. Assim, torna-se essencial fortalecer as estratégias de sensibilização e capacitação dos diversos atores envolvidos, bem como aprimorar os mecanismos de notificação, garantindo um ambiente mais seguro e transparente para o registro e o acompanhamento dos acidentes de trabalho.

Tabela 42 – Casos Notificados de acidente de trabalho de Notificação obrigatória. Residentes em Toledo de 2020 a 2024.

Agravo	2020	2021	2022	2023	2024
Acidente de Trabalho Grave	13	18	477	1071	835
Acidente de Trabalho por Material Biológico	7	0	4	9	02

FONTE: SINAN NET. Vigilância em Saúde. Toledo. (jun./2025).

A partir da Tabela 42, podemos analisar que em 2022 houve alteração na forma de notificação dos acidentes de trabalho, passando a notificar todos os acidentes de trabalho e não apenas os acidentes de trabalho graves, refletindo um aumento expressivo no número absoluto de casos notificados, porém, apesar de o SINAN continuar constando a nomenclatura da ficha como Acidente de trabalho Grave, esta contempla todos os acidentes.

Ao analisar mais profundamente os dados do setor de Saúde do Trabalhador no município, observa-se que a maioria dos acidentes de trabalho ocorreu no ramo da indústria de transformação, refletindo a exposição a riscos característicos desse segmento produtivo.

Em relação aos acidentes com material biológico, verificou-se um aumento no número de notificações nos últimos anos. Esse crescimento, no

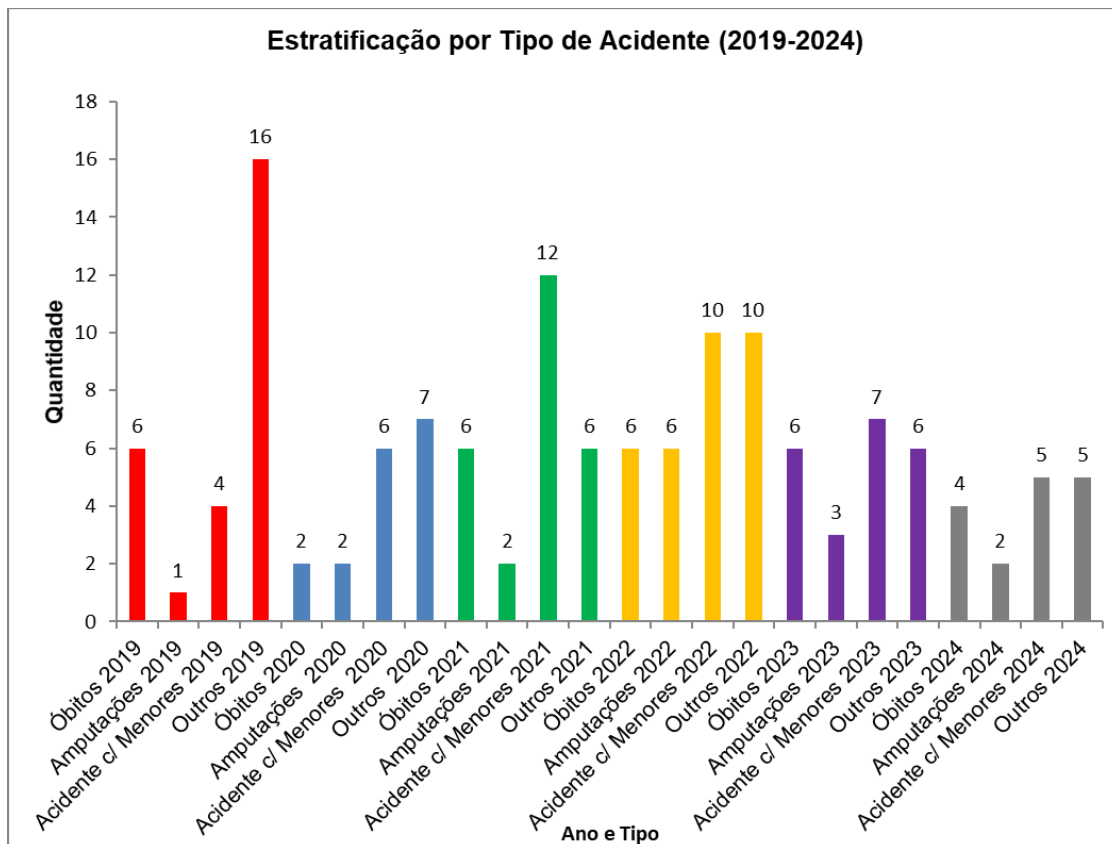


entanto, não indica necessariamente maior ocorrência dos acidentes, mas sim uma melhora na sensibilização e na adesão à notificação pelos profissionais de saúde. Tal avanço é resultado das ações contínuas realizadas pelo setor de Saúde do Trabalhador, que promove atividades orientativas e fiscalizadoras junto aos profissionais das redes pública e privada, fortalecendo a cultura da notificação e da prevenção nos ambientes de trabalho.

A estratificação por tipo de acidente ocorridos entre 2019 e 2024 expressos no gráfico a seguir, revela importantes tendências que orientam a formulação de estratégias no âmbito do PMS. Os dados contemplam quatro categorias principais: óbitos, amputações, acidentes com menores de 18 anos e outros (como fraturas), permitindo uma leitura abrangente da gravidade e frequência dos eventos.

Em 2019, observou-se o pico de acidentes na categoria “Outros”, com 16 ocorrências, número que diminuiu progressivamente ao longo dos anos, alcançando cinco em 2024. Esse comportamento pode indicar avanços em prevenção, mas também levanta a possibilidade de subnotificações. A categoria de óbitos apresentou variação entre três (em 2023) e seis casos (em 2019 e 2022), com uma tendência de redução nos últimos dois anos, sugerindo possível eficácia de medidas preventivas implementadas.

Gráfico 18 - Estratificação por tipo de acidente entre os anos de 2019 a 2024 na cidade de Toledo.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Vigilância em Saúde (2025).

As amputações, embora menos frequentes, apresentaram uma média estável de 2 a 6 casos por ano, com um pico registrado em 2022. Esses dados evidenciam a persistência de acidentes de alta gravidade, que demandam atenção redobrada quanto à segurança nos ambientes de trabalho e em outros espaços de risco. Por sua vez, os acidentes envolvendo menores de 18 anos oscilaram entre 2 e 7 casos anuais, sem apresentar um padrão definido, o que reforça a necessidade de estratégias específicas de proteção voltadas à infância e à adolescência.

Diante desse cenário, torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas à prevenção e à assistência integral às vítimas de acidentes. Destaca-se a importância de investir em campanhas educativas contínuas, especialmente em ambientes escolares, bem como em ações intersetoriais que envolvam a Secretaria de Educação, Obras, Secretaria de



Infraestrutura Rural e Urbana e de Serviços Públicos, Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana, o Ministério Público e o Conselho Tutelar. Paralelamente, é essencial aprimorar a rede de urgência e emergência e ampliar os serviços de reabilitação física e psicológica, garantindo suporte adequado e humanizado aos acidentados.

8.7. DOENÇAS E AGRAVOS DE TRANSMISSÃO ZOONÓTICA

O controle das zoonoses constitui uma importante estratégia de promoção da saúde coletiva, exigindo ações contínuas e integradas de vigilância. A execução das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, estendem-se para outras doenças de transmissão vetorial. Assim, tais doenças subdividem-se em três grupos, sendo: zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde (MS), zoonoses de relevância regional ou local e zoonoses emergentes ou reemergentes.

As zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do MS são: peste, leptospirose, febre maculosa brasileira, hantavirose, doença de Chagas, febre amarela, febre chikungunya e febre do Nilo Ocidental. Outras doenças de transmissão vetorial que acometem somente a espécie humana, como dengue e malária, também podem ser parte integrante das atribuições da área de vigilância de zoonoses.

As zoonoses de relevância regional ou local, ou seja, que apresentam incidência e prevalência numa determinada área do território brasileiro, mas de magnitude, transcendência, severidade, gravidade, vulnerabilidade e



potencial de disseminação somente em nível regional ou local, são: toxoplasmose, esporotricose, ancilostomíase, toxocaríase (larva migrans cutânea e visceral), histoplasmose, criptococose, complexo equinococose – hidatidose, entre outras.

As zoonoses emergentes ou reemergentes são, respectivamente, doenças novas (exóticas) e aquelas que reaparecem após período de declínio significativo ou com risco de aumento no futuro próximo, promovendo significativo impacto sobre o ser humano, devido à sua gravidade e à potencialidade de deixar sequelas e morte. Tais doenças podem ser incidentes ou prevalentes em outros países, e de alguma forma, envolvem uma ou mais espécies de animais no seu ciclo de transmissão, sendo introduzidas no Brasil por meio da entrada de pessoa(s), animal(is) ou de fômite(s) infectado(s).

Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses executadas pela área de vigilância de zoonoses se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto à redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) à saúde da população humana.

Assim, toda ação, atividade e estratégia de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, desenvolvidas e executadas pela área de vigilância de zoonoses, devem ser precedidas por levantamento do contexto de impacto na saúde pública, por meio de avaliação da magnitude, da transcendência, do potencial de disseminação, da gravidade, da severidade e da vulnerabilidade referentes ao processo epidemiológico de instalação, transmissão e manutenção de zoonoses, considerando a população exposta, a espécie animal envolvida, a área afetada (alvo), em tempo determinado.



Dentre as zoonoses de maior relevância no município destaca-se a raiva, que ainda representa risco à saúde pública, especialmente em virtude da exposição de cães e gatos aos morcegos. Toda suspeita ou confirmação de raiva em animais deve ser imediatamente notificada às autoridades sanitárias, possibilitando resposta rápida com investigação epidemiológica e orientação da população. Ainda, morcegos encontrados mortos ou em situação incomum são recolhidos pela equipe da vigilância e encaminhados ao Laboratório Central do Estado do Paraná (Lacen/PR) para análise da raiva.

A esporotricose, por sua vez, tem se tornado uma zoonose emergente no município, com aumento expressivo nas notificações e confirmações devido a obrigatoriedade da notificação no estado do Paraná conforme Nota Técnica conjunta nº 06/2023 - DAV/CVIA/DVVZI e CEMEPAR (Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância Ambiental, Divisão de Vigilância de Zoonoses e intoxicações, Centro de Medicamentos do Paraná). Diante de uma notificação, os animais diagnosticados (não eutanasiados) são acompanhados pela equipe da vigilância, que orienta os tutores quanto ao tratamento, à necessidade de isolamento e aos cuidados domiciliares. O medicamento utilizado no tratamento da esporotricose é fornecido pela SESA e distribuído sob controle do médico veterinário da vigilância em zoonoses. Além disso, são realizadas ações de busca ativa em um raio de 150 metros do endereço do caso para identificar outros animais possivelmente infectados.

No que se refere à leishmaniose visceral canina, embora a ocorrência no município ainda seja baixa, e de casos importados (não sendo necessária notificação), a vigilância mantém a atenção voltada para a notificação e investigação de casos suspeitos. O acompanhamento dos animais infectados é realizado de forma contínua, com avaliação clínica periódica e orientações aos tutores. Como medida preventiva, destaca-se a recomendação do uso permanente de coleiras impregnadas com inseticida, capazes de reduzir o risco de picada pelo vetor (mosquito-palha).



Os casos notificados e confirmados estão descritos na tabela 43, abaixo:

Tabela 43 – Epizootias notificadas e confirmadas, de 2020 a 2024.

EPIZOOTIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.
RAIVA	17	0	31	1	15	0	57	1	53	2
ESPOROTRICOSE	0	0	0	0	0	0	7	7	21	21
FEBRE AMARELA	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Vigilância em Saúde com base em dados do SINAN NET (2025).

A notificação oportuna, aliada ao acompanhamento adequado dos casos e à adoção de medidas preventivas, como vacinação, controle ambiental e uso de barreiras físicas, contribui significativamente para a interrupção da transmissão e redução da incidência dessas doenças. No entanto, o município não conta com um setor específico para o monitoramento e controle dessas zoonoses, sendo essa atividade compartilhada entre o médico veterinário da vigilância sanitária e enfermeiros da vigilância epidemiológica, sendo imprescindível a implantação estrutural e de recursos humanos da Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), como forma de ampliar a capacidade de investigação epidemiológica, de integrar ações com outros setores (como meio ambiente), realizar educação em saúde à população e estabelecer protocolos para resposta rápida, principalmente frente a epizootias que possam indicar risco à saúde humana.



8.8. MORTALIDADE

8.8.1. Mortalidade Geral

Entre os anos de 2020 a 2024, foram registrados 5,109 óbitos de residentes no município de Toledo, de acordo com dados agrupados por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O número anual de óbitos apresentou variação significativa nesse período, com um pico em 2021, totalizando 1.258 mortes, fortemente influenciado pela pandemia de COVID-19. A partir de então, observou-se uma redução gradativa, culminando em uma tendência de estabilidade, com 1.069 óbitos registrados em 2024.

As principais causas de morte no município, ao longo do período, foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas (como acidentes e violências) e doenças do aparelho respiratório. Essas cinco categorias responderam pela maior parte dos óbitos registrados, com predominância das DCNTs, que continuam sendo as principais responsáveis pela mortalidade da população local. Esse cenário reforça a necessidade de ações contínuas de prevenção, promoção da saúde e fortalecimento da atenção às condições crônicas, com ênfase na detecção precoce, acompanhamento adequado e educação em saúde, visando à redução da morbimortalidade no município.

Tabela 44 – Óbito de residentes Segundo Capítulo do CID-10. Toledo - 2020 a 2024.

Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (Cap CID-10)						
Causa (Cap CID-10)	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	119	390	74	35	75	693
II. Neoplasias (tumores)	167	160	176	166	187	856



III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	2	1	7	9	20
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	46	67	49	40	58	260
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	19	15	10	29	84
VI. Doenças do sistema nervoso	40	38	35	52	75	240
IX. Doenças do aparelho circulatório	222	238	246	215	223	1144
X. Doenças do aparelho respiratório	76	76	94	94	111	451
XI. Doenças do aparelho digestivo	49	46	55	46	69	265
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	8	6	1	7	24
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	3	3	5	7	8	26
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	24	23	25	35	123
XV. Gravidez, parto e puerpério	2	2	0	5	2	11
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	19	20	34	20	21	114
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	6	7	10	5	32
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	14	17	24	27	13	95
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	125	142	139	111	143	660
Total	916	1258	983	871	1070	5098

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

As doenças do aparelho circulatório mantiveram-se no topo do ranking de mortalidade durante os quatro anos analisados, com uma média superior a 230 óbitos anuais, evidenciando um desafio crônico para a saúde pública do município.

As neoplasias apresentaram crescimento progressivo, com aumento constante de 160 óbitos em 2021 para 187 em 2024, destacando-se como principais causas os cânceres de brônquios e pulmões, cólon, mama e pâncreas, com 103, 79, 66 e 54 óbitos no período, respectivamente. Esses quatro tipos concentraram juntos mais de 35% dos óbitos por neoplasias no município, evidenciando sua relevância epidemiológica. Também merecem atenção os cânceres de fígado e vias biliares intra-hepáticas, próstata e estômago, que apresentaram números consistentes ao longo dos anos, com uma média de 50 óbitos cada no período avaliado. Esses dados reforçam a



importância de estratégias contínuas de prevenção, rastreamento e tratamento oncológico, especialmente voltadas às neoplasias mais incidentes e letais.

O elevado número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias em 2021 foi fortemente influenciado pela pandemia de COVID-19; entretanto, nos anos seguintes, houve uma queda expressiva nesses registros. As causas externas, englobando acidentes e violências, mantiveram uma média alta e estável ao longo do período, destacando-se 143 óbitos em 2024. Esses dados evidenciam a relevância dessas causas como importantes responsáveis pela mortalidade prematura e evitável no município.

É importante destacar que as doenças do aparelho circulatório configuram um grave problema de saúde pública. Embora estudos apontem para uma redução nas taxas de mortalidade, essas doenças ainda representam um dos principais desafios a serem enfrentados. Nesse contexto, é possível identificar falhas nos serviços de saúde, especialmente no que tange à educação efetiva da população, visando ao empoderamento dos usuários para que tomem decisões assertivas no combate aos fatores de risco modificáveis.

Além disso, é fundamental considerar as variações na composição etária e nas características geográficas, que podem influenciar tanto o aumento quanto a redução desses indicadores. Dessa forma, torna-se imprescindível a capacitação contínua dos profissionais de saúde para melhor qualificação no enfrentamento desse problema.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de ações preventivas que promovam a saúde e o cuidado apoiado, bem como a educação em saúde voltada para o autocuidado. Estratégias como grupos de apoio, rodas de conversa, implantação de atividades físicas e orientação sobre alimentação saudável são algumas das iniciativas desenvolvidas pela atenção primária, contribuindo para a promoção do bem-estar e a redução dos riscos



associados às doenças cardiovasculares.

As causas mal definidas de morte referem-se aos óbitos registrados sem uma determinação clara da causa básica, como os classificados nos códigos R00 a R99 da CID-10. A elevada proporção desses óbitos compromete a qualidade das estatísticas de mortalidade, dificultando a análise dos principais agravos à saúde da população e a formulação de políticas públicas eficazes. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, por meio da Estratégia de Redução de Óbitos por Causas Mal Definidas, incentiva estados e municípios a investirem em ações que possibilitem a elucidação desses casos. Entre essas ações, destacam-se a implantação e fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) - disponível para o nosso município com sede em Cascavel/PR, a capacitação das equipes de saúde e a estruturação da vigilância em mortalidade para ampliar a investigação dos óbitos e garantir o adequado preenchimento da Declaração de Óbito.

Atualmente, quando a família aceita encaminhar o ente falecido ao SVO essa tem que custear o translado, se constituindo em uma importante fragilidade municipal. A disponibilização e o custeio do translado de corpos ao SVO representa uma ação estratégica para a Vigilância Epidemiológica, uma vez que permite a investigação adequada das causas de morte que, sem o exame necroscópico, permanecem como causas mal definidas. A qualificação da informação sobre mortalidade é essencial para a identificação de agravos prioritários, avaliação do perfil epidemiológico da população e formulação de políticas públicas de saúde baseadas em evidências.

Tabela 45 - Óbitos segundo causas do CID-10, por sexo no período de 2020-2024.

Óbitos - Toledo	
Frequência por Sexo segundo Causa (Cap CID-10)	
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO 2026-2029	



Causa (Cap CID-10)	Mas	Fem	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	403	290	0	693
II. Neoplasias (tumores)	452	404	0	856
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	6	14	0	20
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	126	134	0	260
V. Transtornos mentais e comportamentais	61	23	0	84
VI. Doenças do sistema nervoso	106	134	0	240
IX. Doenças do aparelho circulatório	600	544	0	1144
X. Doenças do aparelho respiratório	242	209	0	451
XI. Doenças do aparelho digestivo	135	130	0	265
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	10	0	24
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	10	16	0	26
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	62	61	0	123
XV. Gravidez parto e puerpério	0	11	0	11
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	62	51	1	114
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	18	14	0	32
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	68	27	0	95
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	498	162	0	660
Total	2864	2233	1	5098

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

Tabela 46 – Óbitos Segundo a Frequência por Sexo em Toledo no período de 2020 a 2024.

Óbitos - Toledo- DCNTs						
Frequência por Ano do Óbito segundo Sexo						
Sexo	2020	2021	2022	2023	2024	Total



Masc.	516	745	535	473	595	2864
Fem	400	513	448	397	475	2233
Ign	0	0	0	1	0	1
Total	916	1258	983	871	1070	5098

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

Conforme observado nas tabelas 45 e 46, os óbitos continuam predominando no sexo masculino, com uma média de 56%, em comparação a 44% no sexo feminino. O sexo masculino apresenta predominância em praticamente todas as causas externas, bem como em diversas doenças crônicas e infecciosas. Já o sexo feminino apresenta maior mortalidade relacionada a doenças do sistema nervoso, doenças do sangue e sendo mais expressiva com relação ao sistema osteomelecular e tecido conjuntivo, e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, além de ser exclusivamente responsável pelos óbitos relacionados à gestação e ao parto.

A mortalidade masculina caracteriza-se por ser predominantemente precoce e violenta, o que exige o desenvolvimento de estratégias específicas voltadas para a juventude, as condições de trabalho e a saúde mental. Por sua vez, a mortalidade feminina concentra-se em doenças crônicas e em causas evitáveis no ciclo gravídico-puerperal. Ambos os sexos enfrentam uma elevada carga de doenças cardiovasculares e câncer, reforçando a urgência de ações intersetoriais focadas na promoção da saúde, no rastreamento e no controle dos fatores de risco.

Tabela 47 – Óbitos gerais: Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2020-2024.

Óbitos - Toledo														
Frequência por Faixa Etária (13) segundo Causa (Cap CID-10)														
Causa (Cap CID10)	< 01a	01- 04a	05- 09a	10- 14a	15- 19a	20- 29a	30- 39a	40- 49a	50- 59a	60- 69a	70- 79a	80 e +	Ign	Total



I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	2	1	0	2	13	50	78	107	142	131	166	0	693
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	1	0	11	29	54	140	214	213	193	0	856
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoieticos e alguns transtornos imunitários	0	0	2	0	0	0	1	3	2	4	3	5	0	20
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	3	1	7	22	38	50	61	78	0	260
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	0	1	1	8	11	20	17	14	11	0	84
VI. Doenças do sistema nervoso	4	2	0	1	5	5	4	7	7	21	59	125	0	240
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	1	0	0	0	5	22	50	107	214	317	426	0	1144
X. Doenças do aparelho respiratório	6	4	0	0	1	1	10	14	37	66	109	202	1	451
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	7	11	27	40	51	62	67	0	265
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	1	3	2	2	5	2	9	0	24
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	0	0	0	1	2	1	4	4	1	6	7	0	26
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	1	6	8	10	21	77	0	123
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	5	6	0	0	0	0	0	0	11
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66	114



XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	18	0	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	7	32

XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2	0	1	0	0	8	10	12	13	23	14	11	1	95

XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	2	3	10	26	121	119	112	68	68	40	85	1	660

Total	85	13	9	13	40	184	282	402	593	885	1054	1462	76	5098

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

Cerca de 66,7% das mortes ocorrem em pessoas com 60 anos ou mais, evidenciando o impacto significativo das doenças crônicas e da longevidade da população. Nos óbitos infantis (<1 ano), predominam afecções perinatais, malformações congênitas e doenças respiratórias, o que indica vulnerabilidades nos períodos pré-natal, parto e puerpério, reforçando a necessidade de fortalecer programas de atenção básica, saúde da gestante, parto seguro e cuidados neonatais.

Os jovens e adultos jovens (15 a 39 anos) são majoritariamente afetados por causas externas, enquanto neoplasias e doenças infecciosas apresentam menor incidência nessa faixa etária. Recomenda-se a implementação de campanhas focadas na prevenção da violência, suicídio e acidentes, bem como na promoção da saúde mental e reprodutiva. Já entre os adultos de meia-idade (40 a 59 anos), observa-se predomínio de neoplasias, doenças cardiovasculares e digestivas, com as causas externas ainda relevantes. Essa faixa etária demonstra uma transição epidemiológica para as doenças crônicas, ressaltando a importância do rastreamento para câncer, hipertensão e diabetes, além do controle de fatores como tabagismo, consumo de álcool e obesidade.

Com o envelhecimento da população, há uma tendência crescente de óbitos entre os idosos (60 anos ou mais) por doenças circulatórias, neoplasias, doenças respiratórias e condições endócrinas e metabólicas. A elevada concentração de casos relacionados às DCNTs evidencia a necessidade de fortalecer a Rede de Atenção à Pessoa Idosa, com foco na prevenção de quedas, manejo das múltiplas comorbidades e cuidado domiciliar.

Diante dos dados apresentados, percebe-se a necessidade de intensificação das estratégias de prevenção e promoção à saúde pela atenção básica no controle das doenças e agravos não transmissíveis, nos quais o estilo de vida é fator preponderante para o adoecimento e morte de uma determinada população.

8.8.2. Mortalidade Infantil

A vigilância e investigação dos óbitos infantis é uma estratégia essencial da saúde pública com os seguintes objetivos principais: identificar causas evitáveis de morte, avaliar a qualidade da atenção em saúde, apoiar a formulação de políticas públicas, sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e contribuir para a redução da mortalidade infantil.

No período de 2020 a 2024, o município registrou 85 óbitos infantis (crianças com menos de 1 ano). Observa-se uma tendência de redução da mortalidade infantil nos últimos dois anos, com a menor taxa registrada em 2024, representando um relevante melhora nos indicadores de saúde materno-infantil.

Tabela 48 - Óbitos infantis segundo causa (Capítulo do CID-10) no período de 2020 a 2024 em menores de um ano residentes.



Óbitos - Toledo

Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (Cap CID-10)

Causa (Cap CID10)	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	0	0	0	0	3
VI. Doenças do sistema nervoso	0	3	0	0	1	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	0	1
X. Doenças do aparelho respiratório	2	1	1	3	0	7
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3	11	15	7	9	45
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	3	3	6	2	18
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2	0	1	0	0	3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	2	1	0	4
Total óbitos em < 01 ano	15	18	22	18	12	85
Taxa de Mortalidade Infantil/1000 N.V.	7,59	9,19	10,92	8,81	6,19	-

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

De acordo com a Tabela 48, as causas mais frequentes de óbito infantil no período foram as afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, além de doenças do aparelho respiratório. As demais causas, como doenças do sistema nervoso, aparelho circulatório, sinais clínicos anormais e causas externas, foram menos frequentes.



A predominância das causas perinatais e das malformações congênitas reforçam a necessidade de ações focadas no pré-natal de qualidade, com diagnóstico precoce de alterações fetais durante a gestação, vigilância das gestantes de risco e melhora no manejo do parto e puerpério. Já os óbitos por causas externas indicam a importância de ações de prevenção de acidentes na primeira infância.

Entende-se, portanto, que houve queda na taxa de mortalidade infantil ao longo dos anos, sugerindo que políticas e ações de saúde infantil vêm surtindo efeito, devendo ser mantidas e ampliadas.

Durante a pandemia de COVID-19, o município optou pela centralização do atendimento de todas as gestantes em uma única unidade de saúde, o que se demonstrou eficaz, para o controle de todas ações voltadas às gestantes e aos recém-nascidos. Após o fim da pandemia, foi necessário reestruturar a rede de saúde voltada para a saúde materno-infantil, sendo, então, a organização do AMI no ano de 2021, centralizada para a atenção de crianças e gestantes de alto risco.

8.8.3. Mortalidade Materna

No período de 2021 a 2024, foram registrados 9 óbitos maternos no município, com números expressivos em 2023, representando mais de 50% dos óbitos do período analisado. A redução em 2024 indica possível impacto positivo de intervenções recentes.

Tabela 49 - Óbitos Maternos segundo causa (CID-10) no período de 2020 à 2024.

Óbitos - Toledo	
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10)	
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO	
2026-2029	



Causa (CID10)	2020	2021	2022	2023	2024	Total
O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa	0	0	0	2	1	3
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez	0	1	0	0	0	1
O85 Infecção puerperal	0	0	0	1	0	1
O87 Complicações venosas no puerperio	0	1	0	0	0	1
O88 Embolia origem obstétrica	0	0	0	1	0	1
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	0	1	0	1
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	2	0	0	0	1	3
Total	2	2	0	5	2	11

Taxa de Mortalidade Materna / 100.000 hab **101,16** **102,09** **0** **244,74** **103,2** **-**

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

Dentre as causas de morte materna, a doença hipertensiva da gestação foi a principal causa (33% dos casos), o que reforça a necessidade de vigilância e manejo adequado de pré-eclâmpsia. Os demais óbitos estão distribuídos entre causas infecciosas, embolias e complicações pós-parto, sugerindo falhas na continuidade da atenção durante o puerpério.

O Município participa ativamente do Comitê de Mortalidade Materno Infantil da 20ª regional de Saúde e tem instituído, desde 2022, a Comissão e Câmara Técnica Municipal, para avaliação dos óbitos materno infantis. Estas reuniões objetivam a discussão de ações e sobre alinhamento dos atendimentos e ocorrências nos serviços de saúde que acompanharam o



pré-natal e a parturiente, incluindo o hospital de referência. Toda avaliação de um óbito, seja ele materno ou infantil, de causa evitável desencadeia uma ação para ser executada pelo município.

8.8.4. Mortalidade por Doenças e Agravos não transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, a diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas. Embora um dos principais fatores de risco da maioria das DCNTs seja a idade, a mortalidade por DCNTs na faixa etária de 30-69 anos é importante para analisar o cuidado à saúde da população e seus hábitos de vida.

Tabela 50 - Mortalidade prematura pelas DCNTs no período de 2020-2024.

Óbitos - Toledo - DCNTs						
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (Cap CID10)						
Causa (Cap CID10)	2020	2021	2022	2023	2024	Total
II. Neoplasias (tumores)	84	76	98	81	92	433
IV. doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21	24	17	15	15	184
IX. Doenças do aparelho circulatório	82	89	84	66	72	393
X. Doenças do aparelho respiratório	22	9	7	12	15	65
Total	209	198	206	174	194	981



Taxa de Mortalidade Prematura

(DCNTS)/100.000 na população de 30 a 69 anos 278,89 257,91 262,23 216,32 235,72 -

FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

As neoplasias e doenças cardiovasculares (circulatórias) são responsáveis por mais de 85% dos óbitos prematuros, reforçando seu impacto na carga de morbimortalidade. As doenças endócrinas, majoritariamente o diabetes mellitus, mantêm contribuição estável e relevante (8,8%). Já as doenças respiratórias crônicas (como DPOC), mostram tendência ascendente em 2023 e 2024, estabelecendo um alerta para o futuro.

8.8.5. Mortalidade por Causas Externas

As mortes causadas por fatores externos são, conceitualmente e de modo geral, os acidentes e as violências, sendo estas últimas divididas entre homicídios e suicídios. Essas ocorrências resultam, respectivamente, de agravos não naturais acidentais e intencionais. Portanto, o critério central para a classificação das causas externas é a intencionalidade do ato.

Tabela 51 - Mortalidade de Causas Externas residentes em Toledo de 2020 a 2024.

DETALHAMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS						
ÓBITOS Causas Externas (CID-10)	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Acidentes (trânsito, quedas, outros)	78	84	85	65	90	402
Homicídios	24	22	32	22	22	122
Suicídios	17	27	16	12	17	89
Outros (afogamento, impactos por objetos, exposições)	06	9	6	12	14	47
TOTAL	125	142	139	111	143	660



FONTE: Elaborado pelo departamento de Vigilância em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema de Mortalidade, TABNET (2025).

A mortalidade por causas externas apresentou variação de 2021 (142 óbitos) até 2023 (111 óbitos). Entretanto, em 2024, nota-se aumento para 143 óbitos, exigindo atenção quanto ao comportamento recente.

A partir da Tabela 51, os acidentes são a principal causa de mortes externas (60,9%), com números altos e estáveis em 3 dos 5 anos. Dessa forma, demandam ações em mobilidade urbana, segurança viária, prevenção de quedas e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no trabalho.

Entre os homicídios, apresentaram redução gradual, com 122 mortes no total (18,48%), especialmente após o pico em 2022 (32 mortes). Estes indicadores representam questões importantes acerca da vulnerabilidade social e segurança pública.

Em relação aos suicídios, estes somam 89 casos e chamam atenção pelo impacto invisível: em 2021 foram 22 mortes, caindo para 12 em 2023, com discreta elevação em 2024. Esta curva sinaliza a fragilidade na saúde mental e rede psicossocial.

Outras causas externas, como afogamentos, exposições e impacto por objetos, apresentam tendência irregular, com um pico em 2024 (14 mortes).



9. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios é uma parte fundamental do sistema de saúde brasileiro. Ele ocorre por meio de recursos próprios do município, transferências do governo estadual e, principalmente, do governo federal. Cada esfera de governo tem responsabilidades e contribui com uma parcela dos recursos necessários para garantir o acesso à saúde da população local.

9.1. BASE LEGAL

O financiamento do SUS é sustentado por uma estrutura legal que define as responsabilidades e os percentuais mínimos de aplicação de recursos pelos entes federativos:

1. Constituição Federal de 1988: Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, determinando financiamento tripartite.

2. Lei nº 8.080/1990: Organiza o SUS e regulamenta o financiamento público das ações e serviços de saúde.

3. Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000: Define os percentuais mínimos obrigatórios de investimento em saúde pelos entes federados.

4. Lei Complementar nº 141/2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes da federação; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.



5. EC 86/2015, EC 95/2016 e EC 126/2022: Alteram as regras fiscais, impactando os limites e possibilidades de financiamento da saúde;

6. LC n° 200 e LC n° 201, ambas de 2023: A primeira institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e a segunda dispõe sobre a compensação devida pela União nos termos dos arts. 3º e 14 da LC n° 194, de 23 de junho de 2022.

7. Portaria n° 3.992/2017: Trata do financiamento e das transferências dos recursos federais para ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

8. Portaria n° 2.979/2019: Institui o *Previne Brasil*, novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde.

9. Portaria n° 3.493/2024: Institui nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) com seis componentes de incentivo.

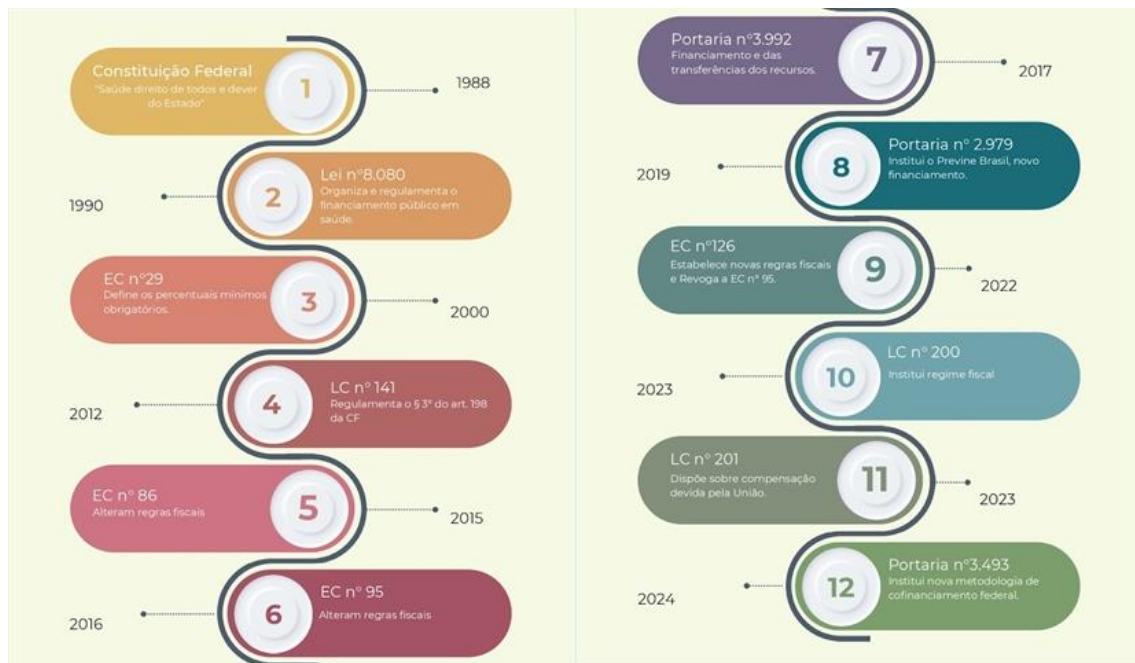
A EC n.º 126, de 21 de dezembro de 2022 previu a revogação da EC n.º 95/2016, após o estabelecimento de novas regras fiscais estabelecidas por Lei Complementar. Dessa forma, com a sanção da Lei Complementar n.º 200, em 30 de agosto de 2023, a EC n.º 95/2016 perdeu a vigência.

A Lei Complementar n° 201, de 24 de outubro de 2023, estabeleceu que, em 2023, o piso federal em saúde deveria corresponder a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) prevista na Lei Orçamentária Anual. A partir de 2024, o cálculo passa a considerar 15% da RCL efetivamente realizada no exercício, ajustando o financiamento às receitas arrecadadas.

Já a Portaria GM/MS n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017, reformulou o modelo de repasse de recursos federais ao SUS, substituindo os blocos de financiamento anteriores por duas categorias: custeio e capital, com transferências realizadas diretamente do FNS aos fundos de saúde estaduais e municipais.

A figura a seguir retrata o histórico normativo do financiamento do SUS.

Figura 13 - Histórico normativo do financiamento SUS, no Brasil.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS). (2025).

9.2. RECEITAS E APLICAÇÃO DE RECURSOS

As receitas destinadas à saúde são geridas pelo Fundo Municipal de Saúde, instituído e mantido pela administração pública municipal, conforme diretrizes, normas e procedimentos estabelecidos pela legislação federal. Esse fundo é o principal instrumento de captação, repasse e aplicação dos recursos financeiros do SUS no âmbito municipal.

O financiamento é composto por:

- **Recursos próprios:** provenientes do orçamento municipal, que podem incluir impostos, taxas e outras receitas municipais destinadas à saúde;



- **Transferências do governo estadual:** que complementam o orçamento municipal, ajudando a ampliar os serviços de saúde oferecidos à população;
- **Recursos federais:** enviados pelo governo federal, incluindo repasses específicos, como os do FNS, que são destinados a cobrir ações e serviços de saúde municipais;
- **Emendas parlamentares:** Incremento do teto do Piso de Atenção Primária (PAP), Incremento temporário da MAC, Fundo a fundo (FAF) equipamentos e FAF obras.

Entre o montante da receita que deve ser considerada como base para o cálculo do percentual de para destinação dos 15% em ações e serviços públicos de saúde, estão compreendidos os impostos do Município, como Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto Territorial Rural (ITR), além dos respectivos juros e multas incidentes sobre esses tributos.

Entre as Transferências Constitucionais e Legais, por parte da União há a Quota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), a Quota-parte do ITR e as Transferências da Lei Complementar N° 87/1996. No âmbito estadual, há transferências para o Município da Quota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Quota-parte do IPI-Exportação, Quota-parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), entre outras.

A legislação, como a EC n° 29/2000 e a LC n° 141/2012, estabelece que os municípios têm como obrigação a aplicação de uma porcentagem mínima de seus recursos em ações e serviços de saúde, garantindo que a atenção básica, a assistência ambulatorial e hospitalar, as ações de vigilância



e outros serviços sejam financiados adequadamente. Destaca-se que atualmente cerca de 32% da despesa na área da saúde é realizada pelo município. Atualmente, o município destina cerca de 32% de sua despesa total para a saúde — o que representa um investimento aproximadamente 113% superior ao piso constitucional exigido. Esse dado evidencia que o debate sobre o financiamento da saúde pública ultrapassa a esfera local, configurando-se, sobretudo, uma discussão da federação brasileira.

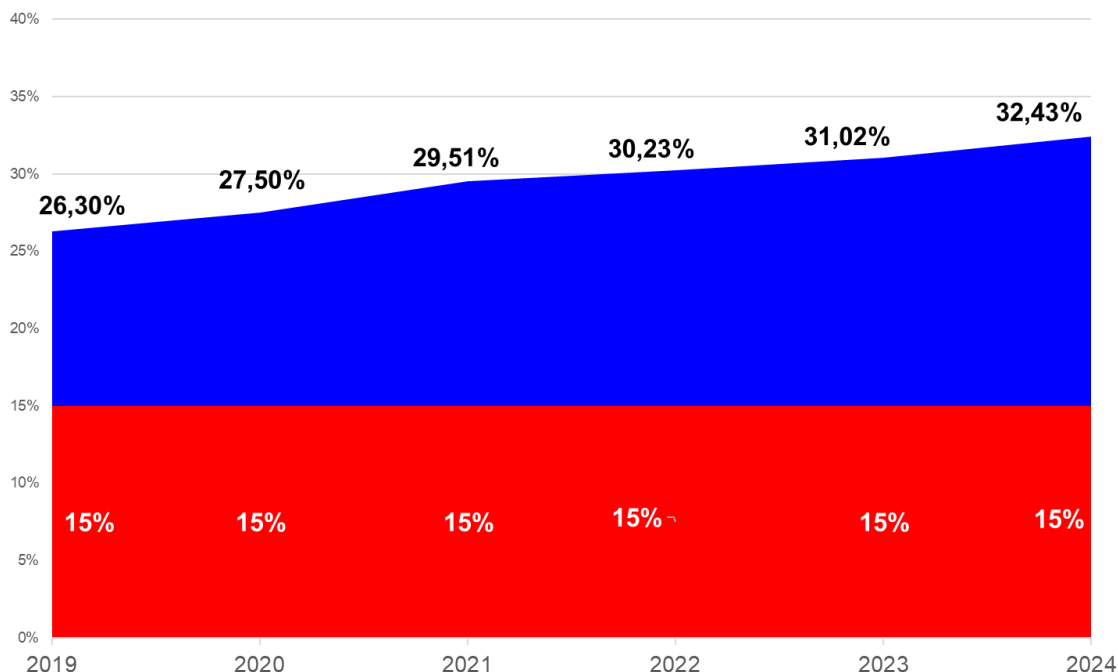
Além disso, o financiamento municipal também é influenciado por fatores como a capacidade de arrecadação local, a gestão eficiente dos recursos e a prioridade dada à saúde na elaboração do orçamento.

Por fim, é importante destacar que o financiamento municipal é essencial para a implementação de ações de saúde de forma descentralizada, garantindo que as necessidades locais sejam atendidas de maneira mais ágil e eficaz.

9.3. APLICAÇÃO DOS RECURSOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O município de Toledo aplica historicamente acima dos 15% constitucionais, esse percentual vem aumentando ano após ano, conforme pode-se constatar no gráfico a seguir:

Gráfico 19 - Aplicação dos recursos com ações e serviços públicos de Saúde.



FONTE: Audiência Pública (2025).

Apesar de, nos anos de 2020 e 2021 — período marcado pela pandemia de COVID-19 — o município ter recebido repasses da União, acima do valor mínimo legalmente exigido para aplicação em saúde, é importante destacar que, mesmo assim, o ente municipal manteve sua responsabilidade e aplicou uma parcela significativa de recursos próprios na área.

Esses dados evidenciam que a maior parte do financiamento da saúde tem sido assumida pelo próprio município, que destina uma parcela expressiva de seus recursos à manutenção e expansão dos serviços do SUS.

A aplicação per capita em saúde tem apresentado crescimento progressivo ao longo dos anos, refletindo o comprometimento do Município com o fortalecimento do SUS. Observa-se que, nos períodos mais recentes, o valor investido por habitante tem se elevado de forma consistente, conforme demonstrado na tabela a seguir.



Tabela 52 - Despesa por Habitante - 2020 – 2024.

Ano	Desp. liquidada	População	Despesa/Habitante
2020	139.240.063,85	142.645	R\$ 976,13
2021	153.181.623,34	144.601	R\$ 1.059,34
2022	185.397.096,40	150.470	R\$ 1.232,12
2023	210.865.648,60	150.470	R\$1.401,38
2024	257.345.831,60	150.470	R\$ 1.710,28

FONTE: Audiência Pública (2025).

A aplicação per capita em saúde tem apresentado crescimento progressivo ao longo dos anos, evidenciando o comprometimento do Município com o fortalecimento do SUS.

Verifica-se que, nos últimos cinco anos, a despesa per capita aumentou cerca de 75%, resultado da necessidade de o Município ampliar sua participação no financiamento da saúde. Esse aumento reflete, em grande parte, a insuficiência das políticas de cofinanciamento por parte da União e do Estado, o que tem transferido ao ente municipal a maior responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde. Assim, o Município vem assumindo, de forma crescente, os custos tanto da APS quanto de serviços de MAC, incluindo especialidades médicas e assistência hospitalar.

É muito difícil medir o número ideal para o gasto em saúde por habitante/ano e o que de fato ele determina, quais as políticas públicas na área da saúde que serão financiadas para melhor atender os usuários do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso integral, universal e gratuito. O perfil de financiamento em saúde no Município mostra-se progressivo e a estimativa é de ampliar o financiamento em ações e serviços públicos de saúde por habitante/ano, contudo, a Receita de Impostos vinculada direta



com a área da saúde tem oscilações, mas mantém um comportamento positivo dentro da linha conservadora na projeção de receitas (tabela 53).



Tabela 53 - Receita de Impostos e Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Ano	Receita	Aplicação ASPS	Porcentagem
2020	R\$343.002.090,25	R\$90.214.031,06	26,30%
2021	R\$439.245.389,91	R\$120.775.576,99	27,50%
2022	R\$515.311.867,35	R\$152.048.490,79	29,51%
2023	R\$575.567.668,90	R\$178.526.907,82	31,02%
2024	R\$642.336.497,98	R\$208.304.156,15	32,43%

FONTE: Audiência Pública (2025).

9.4. DESPESAS E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Ao analisar os investimentos anuais em saúde, observa-se um aumento expressivo da participação do Município em comparação aos demais entes federativos (Estado e União), conforme evidenciado na tabela abaixo.

Tabela 54 - Despesas e execução orçamentária.

Ano / Ente	Município	%	Estado	%	União	%	Outras receitas	%	Total
2019	98.403.721,14	79%	1.645.761,48	1%	20.225.818,34	16%	4.949.353,60	4%	125.225.644,56
2020	93.757.396,79	63%	2.067.927,00	1%	24.030.448,84	16%	26.549.152,12	20%	149.572.057,63
2021	125.661.565,14	81%	1.342.883,10	1%	21.518.160,31	14%	6.964.987,15	4%	155.487.595,70
2022	159.812.663,59	81,50%	4.606.048,06	2,35%	26.201.730,16	13,36%	5.476.712,24	2,79%	196.097.154,15



2023	180.527.059,68	80,60%	8.760.079,00	3,91%	29.272.524,97	13,07%	5.432.322,82	2,43%	223.991.986,47

2024	207.045.948,96	79,73%	10.684.821,43	4,11%	38.073.348,63	14,66%	3.885.690,74	1,50%	259.689.809,79

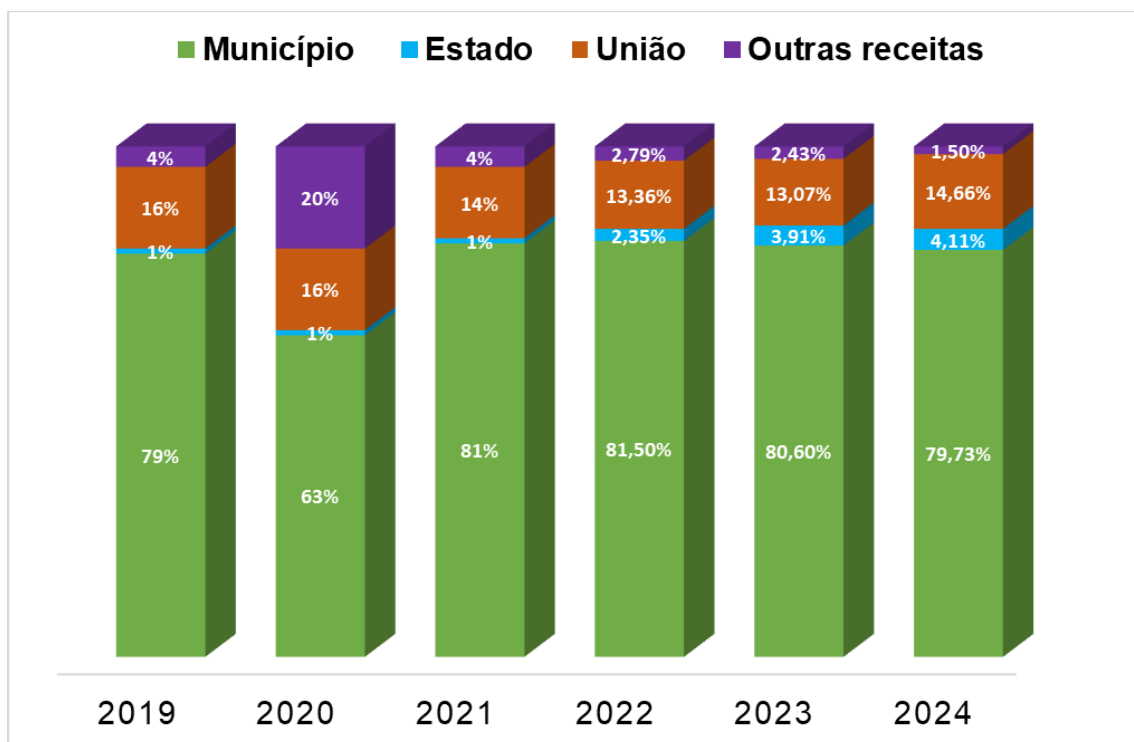
FONTE: Elaborado pelo Departamento Adm. e Financeiro com base nos dados da Audiência Pública (2025).

Conforme demonstrado no gráfico acima, observa-se que aproximadamente 80% das receitas destinadas ao custeio das despesas com saúde são provenientes do próprio Município. O Estado não mantém uma política regular de repasse de recursos para a manutenção contínua dos serviços, concentrando-se em transferências pontuais, geralmente voltadas para a aquisição de veículos, equipamentos ou para a construção de novas unidades de saúde.

Por sua vez, a União mantém políticas estruturadas de cofinanciamento, principalmente na APS, bem como na MAC, com repasses regulares voltados à manutenção dos serviços de urgência e emergência, saúde mental e vigilância epidemiológica.

Destaca-se o ano de 2020, marcado pela pandemia de COVID-19, quando houve um aumento expressivo nos repasses federais, com destaque para os recursos extraordinários destinados ao enfrentamento da emergência sanitária. Nesse período, o Município foi responsável por aproximadamente 63% dos aportes financeiros totais, enquanto a União complementou com transferências específicas, como os repasses da Lei Complementar nº 173/2020 (Apoio Financeiro Emergencial) e os recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19.

Gráfico 20 - Percentual Aplicado das Receitas por Ente.



FONTE: Elaborado pelo Departamento Adm. Financeiro - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base na Audiência Pública (2025).

A variação média de crescimento do PPA no período de 2022 a 2025 foi de 7% ao ano. No entanto, para atender às demandas reais e compor a LOA, observou-se uma necessidade de incremento orçamentário significativamente superior, com média de 10,7% ao ano.

Além disso, observa-se um distanciamento ainda maior quando comparamos os valores do PPA com os montantes efetivamente empenhados. Em 2022, o valor empenhado superou o previsto no PPA em 15%; em 2023, a diferença foi de 22,3%; em 2024, de expressivos 40,3%; para 2025, considerando que já foram empenhados R\$ 151.139.547,55 nos primeiros seis meses — o que representa 75% do total projetado — estima-se que o valor final poderá atingir aproximadamente R\$ 302.279.095,10, representando um acréscimo de cerca de 51% em relação ao valor previsto no PPA.



Em termos médios, o orçamento atualizado entre 2021 e 2025 foi 31,7% superior ao originalmente projetado no PPA, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Esse descompasso entre as projeções do PPA e os recursos efetivamente necessários evidencia a crescente pressão sobre o orçamento municipal, impulsionada pelo aumento contínuo da demanda por serviços de saúde sob responsabilidade do Município.

Tal cenário reforça a necessidade de um planejamento que considere a dinâmica de crescimento da saúde municipal.

Tabela 55 - Projeção PPA, LOA, Orç. Atualizado e Empenhado - 2021-2025. *

Instrum ento/ Ano	2021	2022	2023	2024	2025	Variaçã o média 2021 a 2024
PPA	R\$ 148.995.392, 93	R\$ 163.409.790,1 2	R\$ 178.408.772, 42	R\$ 185.985.490, 43	R\$ 199.821.958,6 1	
LOA	R\$ 151.826.025,7 6	R\$ 174.639.396,6 5	R\$ 197.703.166,9 6	R\$ 229.396.060, 57	R\$ 268.182.934, 96	
Var. PPA/ LOA	1,9%	6,9%	10,8%	23,3%	34,2%	10,7%
Orç. Atual.	R\$ 180.264.825, 45	R\$ 202.915.689,9 8	R\$ 226.758.576, 46	R\$ 287.510.434, 32	*R\$ 288.548.117,1 8	
Var. PPA/ Orç. Atual	21,0%	24,2%	27,1%	54,6%	44,4%	31,7%
Empenha do	R\$ 157.106.574,2 0	R\$ 187.854.060, 04	R\$ 218.106.818,6 5	R\$ 260.999.773, 66	R\$ 151.139.547,5 5	
Var. PPA/ Empenha do	5,4%	15,0%	22,3%	40,3%	-24,4%	20,7%



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base em relatórios do Sistema de Contabilidade Pública (SCP), (2025).

NOTA: dados parciais do ano de 2025.

9.5. PROJEÇÕES PARA O PERÍODO 2026 - 2029

A Atenção Primária à Saúde concentra o maior volume orçamentário previsto em todos os anos do período, correspondendo a 72% dos recursos próprios. Esse destaque evidencia o papel da APS como ordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde. Os recursos destinados à APS abrangem, além das ações e serviços de atenção básica, o suporte profilático e terapêutico, bem como as iniciativas voltadas à alimentação e nutrição. A alocação para a assistência hospitalar e ambulatorial contempla a atenção especializada, a saúde mental e os serviços de urgência e emergência. Já a Vigilância em Saúde inclui as áreas de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. A tabela a seguir apresenta a distribuição dos recursos estimados no novo Plano Plurianual (2026–2029):

Tabela 56 - Alocação de Recursos – previsão PPA 2026 a 2029.

PPA	2026	2027	2028	2029	Total PPA
Total	209.286.100,00	224.774.104,00	240.395.756,32	255.833.626,82	930.322.587,14
Adm. Geral	1.400.000,00	1.512.000,00	1.632.960,00	1.763.596,80	6.308.556,80
APS	148.086.000,00	159.932.880,00	172.727.510,40	186.545.711,23	667.292.101,63
Assist. Hosp/Ambul	46.000.000,00	47.425.224,00	48.858.965,92	50.173.193,19	192.457.383,11
Vig. Sanitária	4.000.100,00	5.320.000,00	5.745.600,00	5.038.948,00	20.104.648,00
Vig. Epidemio.	9.800.000,00	10.584.000,00	11.430.720,00	12.345.177,60	44.159.897,60

FONTE: Elaborado pelo Departamento Adm. Financeiro - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no PPA 2026-2029. (2025).



A variação média anual prevista para o período de 2026 a 2029 é de aproximadamente 6,92% ao ano, crescimento semelhante ao observado no PPA anterior (2022–2025), que teve variação média de 7% ao ano.

Entretanto, ao compararmos a previsão do PPA para 2025 (R\$ 199.821.958,61) com a previsão para 2026 (R\$209.286.100,00), o crescimento estimado é de apenas 4,7%. Contudo, ao comparar com o orçamento atualizado parcial de 2025 (R\$ 288.548.117,18), verifica-se que a previsão para 2026 apresenta uma redução de aproximadamente 27%.

Esse descompasso indica que o novo PPA pode estar subdimensionado frente à tendência de crescimento observada nos últimos anos, sobretudo considerando o histórico de ampliações orçamentárias via LOA e as necessidades reais expressas na execução financeira.

Portanto, é fundamental que a gestão municipal mantenha mecanismos de revisão periódica do orçamento e garanta flexibilidade na instrumentos anuais (LOA) para adequar os valores previstos às demandas concretas de cada exercício. Isso contribui para evitar déficits na cobertura das ações de saúde e para assegurar o cumprimento dos compromissos assumidos no PMS.

10. GESTÃO EM SAÚDE

O Departamento de Gestão em Saúde está inserido na estrutura hierárquica da SMS, exercendo a função de gestão administrativa. Para subsidiar o processo decisório, o departamento recorre a diversas áreas do conhecimento técnico, tais como administração, informática, estatística, medicina, serviço social, entre outras.

Com a finalidade de atender às demandas na área da saúde, o Departamento de Gestão em Saúde atua promovendo a integração técnica com os demais departamentos e serviços. Sua responsabilidade inclui o planejamento, o monitoramento e a avaliação de serviços, projetos e programas da área, por meio da análise de impactos e da formulação de recomendações para os ciclos futuros.

Compete ao Departamento de Gestão em Saúde a responsabilidade pela implantação de Políticas Públicas de Saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Também lhe cabe coordenar as redes integradas de ações e serviços dos diversos setores, bem como acompanhar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades assistenciais da SMS.

As atividades desenvolvidas no âmbito do Departamento de Gestão em Saúde estão alinhadas às diretrizes estabelecidas pelo SUS, tendo como objetivo a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Para isso, são implementadas políticas públicas que, direta ou indiretamente, se relacionam à saúde, por meio de ações integrais e intersetoriais, pautadas na resolutividade, na humanização, na equidade e na participação popular.

Estão sob a responsabilidade do Departamento de Gestão a elaboração dos seguintes Instrumentos de Gestão da Saúde: PMS - elaborado a cada quatro anos, a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) - quadrimestral, e o



RAG. Estes instrumentos estão disponíveis no Portal da Saúde:
<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao>.

O PMS, o RAG e a PAS são aprovados pelo CMS, que também aprecia o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Todos esses documentos são inseridos no Sistema DigiSUS, possibilitando seu monitoramento pelo MS. O Conselho participa ainda do acompanhamento e avaliação do planejamento em saúde e colabora na elaboração do PPA e da LDO, no âmbito das ações e serviços públicos de saúde.

O Departamento de Gestão em Saúde também é responsável pela elaboração de projetos e programas que contribuem para a captação de recursos e a gestão de iniciativas na área da saúde. Entre suas atribuições, destacam-se o levantamento e a elaboração de documentos exigidos por Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), Emendas Parlamentares e Portarias do Ministério da Saúde, os quais são fundamentais para viabilizar adesões e contratos de repasse.

Além disso, o departamento é responsável pelo monitoramento da produção em saúde e pelo envio das informações ao Ministério da Saúde, visando à liberação de recursos financeiros. Também coordena e acompanha a atuação dos representantes da SMS nos conselhos de direitos, bem como elabora relatórios de gestão demandados por esses conselhos e por comitês relacionados.

Dessa forma, o Departamento de Gestão em Saúde exerce um papel essencial na garantia do acesso da SMS a recursos financeiros e técnicos, possibilitando a implementação de projetos e programas que atendam de forma efetiva às necessidades da população.

Fazem parte deste departamento:

- Apoio administrativo ao CMS.
- Comunicação em saúde;



- Educação Permanente em Saúde;
- Gerenciamento de Sistemas;
- Ouvidoria do SUS;
- Planejamento, Gerenciamento e Monitoramentos;
- Regulação, Controle e Avaliação;
- Saúde Digital e Inovação;
- Transporte Sanitário;

10.1. PLANEJAMENTO, GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO

O planejamento em saúde é um instrumento estratégico e essencial para a gestão pública no âmbito do SUS. Estabelecido pela Constituição Federal de 1988, especialmente no artigo 198, e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, o SUS organiza-se com base nos seguintes princípios e diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade, por meio de instâncias de controle social como os Conselhos de Saúde.
- A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa entre os entes federados, constituindo a base normativa para a estruturação das ações e serviços de saúde no país.

No Brasil, o planejamento público também está inserido no ciclo orçamentário das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), por meio dos seguintes instrumentos legais:

- Plano Plurianual (PPA): estabelece diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos;
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): define as metas e prioridades para cada exercício;
- Lei Orçamentária Anual (LOA): detalha a previsão de receitas e a alocação dos recursos públicos para a execução das ações previstas.

Esses instrumentos orientam a formulação das políticas públicas, promovem o alinhamento entre o planejamento estratégico e a execução orçamentária, e garantem a transparência da gestão pública.

10.2. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NO SUS – ÊNFASE NO ÂMBITO MUNICIPAL

No SUS, o planejamento é um processo contínuo e articulado entre os entes federativos. No nível municipal, ele é operacionalizado por meio de instrumentos específicos, que viabilizam a definição de prioridades, a execução das ações e o monitoramento de resultados. Os principais são:

- **Plano Municipal de Saúde (PMS)**

É o instrumento central de planejamento da saúde municipal, com vigência de quatro anos. Ele estabelece as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que orientarão a gestão local do SUS. O PMS deve refletir a



situação de saúde da população e conter estratégias de enfrentamento aos principais problemas identificados.

A elaboração deve contar com a participação do CMS, da sociedade civil (via Conferência Municipal de Saúde) e dos setores técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. É a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação das políticas de saúde.

- **Programação Anual de Saúde (PAS)**

Prevista no Art. 97 da Portaria de Consolidação nº 1/2017, a PAS operacionaliza as diretrizes e metas do PMS para cada ano de gestão. Detalha as ações a serem realizadas, os responsáveis por sua execução e os recursos necessários, permitindo o alinhamento entre o planejamento estratégico e o orçamento municipal.

- **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**

É o instrumento de monitoramento periódico das metas pactuadas na PAS. Deve ser elaborado a cada quadrimestre e apresentado em audiência pública na Câmara de Vereadores e no CMS. Permite o acompanhamento dos resultados alcançados e a reorientação de estratégias, se necessário.

- **Relatório Anual de Gestão (RAG)**

Instrumento previsto na Lei Complementar nº 141/2012, o RAG consolida, ao final de cada exercício, a execução das ações previstas na PAS, avaliando os resultados obtidos. É elaborado com participação do CMS, que delibera sobre seu conteúdo. O RAG é essencial para o exercício do controle social e para a transparência da gestão em saúde.

A articulação entre os instrumentos de planejamento e gestão – PPA, LDO, LOA, PMS, PAS, RDQA e RAG – constitui a base estruturante da organização da política municipal de saúde. Eles permitem o alinhamento



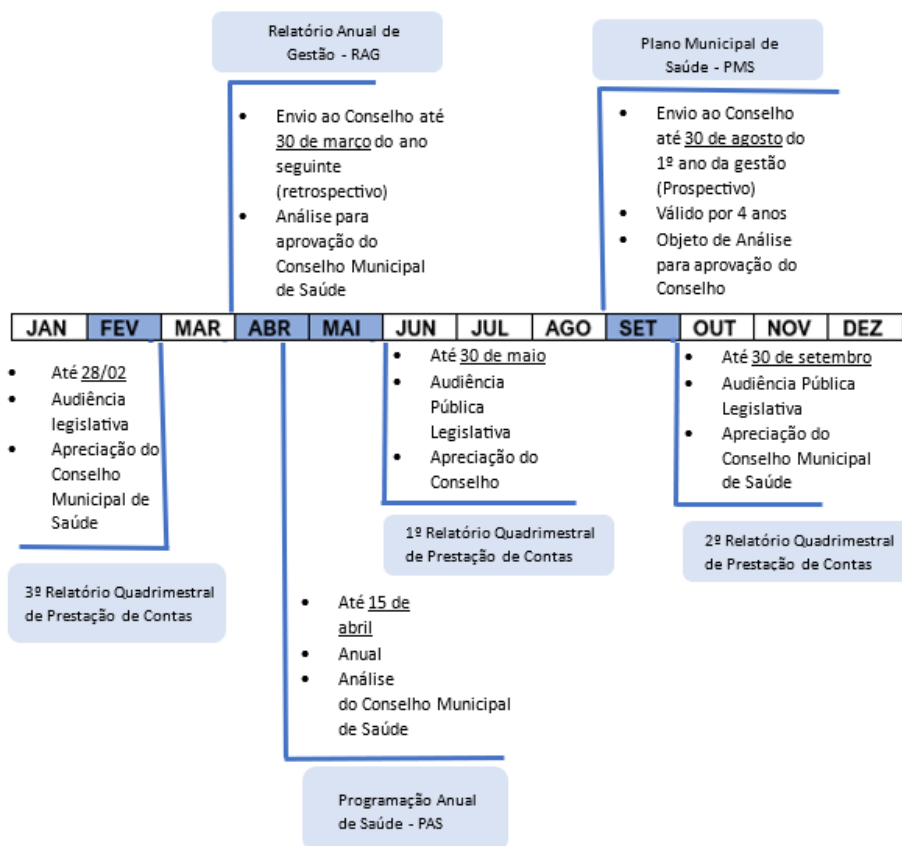
das ações da SMS de Toledo aos princípios do SUS, promovendo o uso racional dos recursos públicos, o monitoramento contínuo dos resultados e a participação da sociedade na definição das prioridades de saúde do município.

Quanto à elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde, destaca-se que o PMS é elaborado a cada quatro anos, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012, devendo ser construído no primeiro ano da gestão e ter vigência a partir do segundo ano, abrangendo quatro anos consecutivos.

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR) recomenda que o PMS seja elaborado pela SMS e aprovado pelo CMS até agosto do primeiro ano de gestão, antecedendo a elaboração do PPA. No entanto, conforme a Lei Complementar Municipal nº 7/2001, o PPA deve ser encaminhado à Câmara Municipal até 30 de abril do primeiro exercício financeiro do mandato, o que demanda compatibilização dos prazos entre os instrumentos.

A figura abaixo demonstra o calendário de envio dos instrumentos de gestão (recomendado pela COSEMS) ao sistema DigiSUS Gestor - Módulo de Planejamento do Ministério da Saúde:

Figura 14 - Cronograma dos instrumentos de gestão 2025.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do COSEMS-PR (2025).

Em relação à PAS, o COSEMS-PR recomenda que sua elaboração e envio ocorram até abril do ano vigente, mas esse prazo também se mostra desafiador em termos de compatibilização com o calendário orçamentário e com a aprovação prévia do PMS, especialmente no primeiro ano de gestão.



10.3. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

10.3.1. Perfil da força de trabalho

Os sistemas de saúde necessitam, entre outras ações, de uma força de trabalho adequada, para alcançar o objetivo de reduzir as barreiras do acesso da população à Rede de Atenção à Saúde. A disponibilidade de profissionais de saúde com competências relevantes, em número suficiente, alocados onde são necessários, motivados, envolvidos e apoiados é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde.

De acordo com a consulta do número de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2024, o município de Toledo contava com 1.715 vínculos de trabalhadores, das diversas ocupações atendendo no SUS. No entanto, os dados locais apresentados pela Secretaria de Recursos Humanos do município demonstram que a folha de pagamento referente ao mês de dezembro de 2024 contempla 1.320 servidores. A diferença entre os números se deve à existência de profissionais com mais de um vínculo profissional. O sistema possibilita o registro de múltiplos vínculos para um mesmo servidor, especificando os distintos estabelecimentos nos quais são prestados atendimentos

Comparado ao número de servidores apresentado no PMS 2022–2025, que registrava, em relatório referente a dezembro de 2020, um total de 963 servidores, observa-se um aumento de 37,07% no quantitativo apurado em dezembro de 2024.



Dos 1.320 servidores vinculados à área da Saúde, 7 (0,5%) ocupam cargos comissionados, 467 (35,4%) possuem formação de nível superior e 846 (64,1%) são distribuídos entre profissionais de nível técnico/auxiliar, qualificação elementar (como Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias), além de demais cargos.

Em relação aos trabalhadores de nível técnico/auxiliar, de qualificação elementar (como os Agentes Comunitários de Saúde) e demais cargos, registra-se um total de 846 profissionais. Deste total, 291 (34,4%) são de auxiliares e técnicos de enfermagem, 296 (35%) agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, 96 (11,4%) da área administrativa e 163 (19,3%) das demais categorias profissionais da saúde.

O quadro a seguir apresenta a relação de servidores municipais de saúde, conforme relatório encaminhado pela Secretaria de Recursos Humanos e apresentado no RAG de 2024.

Tabela 57 - Número de profissionais da área da Saúde, por tipo do cargo que ocupa no serviço público.

CARGO	2024
Agente Comunitário de Saúde	188
Técnico em Enfermagem I	172
Agente de Combate às Endemias	108
Assistente em Administração I	96
Enfermeiro I	91
Técnico em Enfermagem T8 - ESF	68
Enfermeiro T8 – ESF	48
Médico T4 - Clínico Geral I	45



Motorista I	37
Auxiliar de Enfermagem I	31
Técnico em Farmácia I	28
Farmacêutico I	26
Médico T8-ESF I	25
Auxiliar em Serviços Gerais I	24
Assistente Social I	22
Médico T6 - Clínico Geral I	21
Psicólogo I	20
Médico T4 - Pediatra	19
Técnico em Enfermagem I -PSS	19
Odontólogo ESF/ESB I	15
Odontólogo I	13
Assistente em Desenvolvimento Social I	11
Auxiliar em Saúde Bucal T8 ESF/ESB I	10
Fisioterapeuta I	10
Odontólogo T4 I	10
Médico T4 - Ginecologista/Obstetra I	9
Técnico em Saúde Bucal T8 - ESF/ESB I	9
Auxiliar em Saúde Bucal I	8
Fonoaudiólogo I	8
Técnico em Vigilância Sanitária	8



Terapeuta Ocupacional	8
Médico T4 - Psiquiatra I	7
Técnico em Saúde Bucal I	7
Analista em Adm. e Planejamento I	6
Enfermeiro I - PSS	6
Médico T6 - Clínico Geral I - PSS	6
Nutricionista I	6
Técnico em Radiologia T24 I	6
Médico T4 - Ortopedista I	4
Médico T6 - Pediatra I	4
Auxiliar em Operação e Manutenção I	3
Médico T4 - Cardiologista I	3
Médico T4 - Clínico Geral- PSS	3
Arquiteto I	2
Enfermeiro T8 - ESF - PSS	2
Médico - Clínico Geral I	2
Médico T6 - Clínico Geral/Plantonista I	2
Médico T6 - Pediatra/Plantonista I	2
Médico Veterinário I	2
Técnico de Laboratório de Análises Clínicas I	2
Técnico Desportivo I	2
Assistente em Tecnologia da Informação I	1



Auxiliar em Desenvolvimento Social I	1
Coordenador (a) Ambulatório de saúde Mental	1
Coordenador (a) do CAPS AD	1
Coordenador (a) do CAPS II	1
Coordenador (a) do CAPSi	1
Cozinheiro I	1
Digitador I	1
Diretor (a) de Assistência Farmacêutica	1
Diretor (a) de Rede de Atenção Especializada	1
Diretor (a) do Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	1
Guarda Municipal de Segurança e Trânsito I	1
Médico - Anestesiologista I/AJ	1
Médico I - Cirurgião Geral/AJ	1
Médico I - Clínico Geral/AJ	1
Médico I - Endocrinologista/AJ	1
Médico I - Gastroenterologista/AJ	1
Médico T4 - Angiologista e Cirurgião Vascular I	1
Médico T4 - Dermatologista I	1
Médico T4 - Endocrinologista I	1
Médico T4 - Infectologista I	1
Médico T4 - Neurologista I	1



Médico T4 - Neurologista Pediátrico I	1
Médico T4 - Oftalmologista I	1
Médico T4 - Pneumologista I	1
Médico T4 - Radiologista I	1
Médico T4 - Reumatologista I	1
Médico T4 - Ultrassonografista I	1
Médico T4 - Urologista I	1
Médico T4 – Otorrinolaringologista I	1
Médico T6 - Ginecologista/Plantonista I	1
Operador de Equipamentos I	1
Químico I	1
Técnico em Enfermagem T8-ESF I - PSS	1
Técnico em Radiologia I	1
Técnico em Segurança no Trabalho	1
TOTAL GERAL	1320

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Secretaria de Recursos Humanos (2024).

Dentre o total de profissionais demonstrados acima, constam 7 (sete) cargos comissionados, distribuídos entre os seguintes Departamentos:

Tabela 58 - Número de profissionais da área da Coordenação, por tipo do cargo que ocupa no serviço público.

CARGO	2024
Diretor de Assistência Farmacêutica	1



Diretor Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	1
Diretor da Rede de Atenção Especializada	1
Coordenador (a) Ambulatório Saúde Mental	1
Coordenador (a) do CAPSi	1
Coordenador (a) do CAPS AD	1
Coordenador (a) do CAPS II	1
TOTAL	7

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Secretaria de Recursos Humanos (2024).

O quadro a seguir apresenta a distribuição dos profissionais de saúde por tipo de vínculo, considerando os dados de 2024. Nesse ano, 74,24% dos profissionais da SMS eram estatutários, 25,23% empregados públicos e 0,53% ocupavam cargos comissionados.

Ao comparar os dados de 2021 com os de 2024, observa-se um aumento de 23,98% no número de estatutários e de 14,11% entre os empregados públicos, enquanto a quantidade de cargos comissionados permaneceu estável no período.

Tabela 59 - Servidores da Secretaria de Saúde por Vínculo de 2021 a 2024.

TIPO DE VÍNCULO	2021	2022	2023	2024
Estatutário Efetivo	745	859	908	980
Empregado Público/Celetista	286	227	292	333

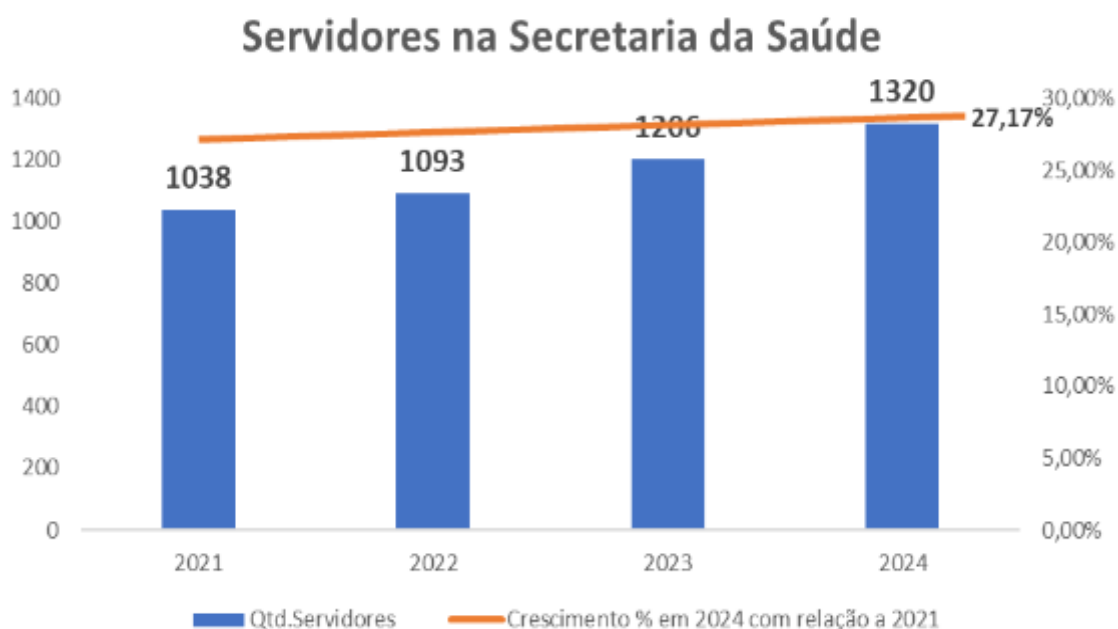


Cargo Comissionado	7	7	6	7
TOTAL	1038	1093	1206	1320

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (2024).

De acordo com o gráfico abaixo, observa-se um aumento de 27,17% no número de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em relação ao ano de 2021.

Gráfico 21 - Número de servidores na Secretaria de Saúde.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (2024).

10.3.2. Educação permanente em saúde

O município adota a Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixo estruturante da qualificação da Rede de Atenção à Saúde. A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, na qual os diversos atores



(trabalhadores, usuários e gestores) possam compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir ideias e conceitos sobre saúde.

A Educação Permanente em Saúde busca desenvolver práticas educativas que favoreçam a resolução de problemas do trabalho, estimulando discussões em equipe e autoavaliação para melhorar a eficácia dos resultados (VASCONCELOS et al., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2018), trata-se de uma estratégia político-pedagógica centrada nos problemas do cotidiano, voltada à qualificação da gestão, atenção, participação social e ensino.

Diante da constatação de que períodos de maior incidência e agravos em saúde podem impactar negativamente a adesão das equipes e a execução das ações formativas previstas, o município reconhece a necessidade de adotar estratégias de flexibilização do planejamento da EPS. Entre as medidas a serem consideradas estão: a organização do cronograma em módulos ajustáveis por trimestre, a oferta complementar de capacitações em formato assíncrono (com uso de materiais digitais e acesso remoto), e a articulação entre o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e a Vigilância em Saúde para antecipação de necessidades formativas emergenciais.

10.3.3. Implantação do núcleo de educação permanente em saúde (NEPS)

O NEPS foi instituído pela Portaria nº 003 de 10 de abril de 2023 e atualizado pela Portaria nº 007 de 2 de junho de 2025. Ele articula e



implementa ações de formação e atualização dos profissionais de saúde, promovendo um ambiente de aprendizado contínuo.

Essa portaria estabeleceu as diretrizes e objetivos do núcleo, que se propõe a articular e implementar ações de educação permanente, com foco na formação e atualização dos profissionais de saúde. O NEPS busca promover um ambiente de aprendizado contínuo, onde os trabalhadores da saúde possam desenvolver suas competências, melhorar suas práticas e, conseqüentemente, oferecer um atendimento de maior qualidade à população.

No que se refere às ações de capacitação, em 2024, em parceria com o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), foram promovidos cursos com temáticas como proteção de dados, atendimento humanizado, prevenção ao suicídio, Saúde e segurança no trabalho, princípios do SUS e comunicação assertiva, totalizando centenas de participantes. A tabela a seguir apresenta as capacitações realizadas no período supramencionado.

Tabela 60 - Capacitações realizadas em parceria com COAPES, em 2024.

Mês	Curso registrado	Nº de participantes
Maio	Fundamentos da proteção de dados, sociedade digital e seus reflexos no setor da saúde – Unopar.	40
Junho	Atendimento humanizado à pessoa idosa – Unopar.	50
Julho	Atendimento, acolhimento e cuidado em saúde de pessoas com condições crônicas – Unipar.	44
Agosto	Prevenção ao suicídio - UFPR	106
Setembro	Prevenção ao suicídio - BIOPARK	39



Outubro	Saúde e segurança no trabalho – Dario Vellozo.	27

Novembro	Comunicação assertiva - SENAC	105

Novembro	Os princípios do SUS e o cuidado em saúde - UNIOESTE	52

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde (SMS)-Secretaria Municipal de Saúde (SMS). (2024).

10.4. INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: COAPES

10.4.1. Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)

O COAPES foi instituído com Comitê Gestor pela Portaria nº 13/2022, em 23 de agosto de 2022. Essa iniciativa visa estabelecer parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde, promovendo a formação de profissionais qualificados e a melhoria da assistência à saúde na comunidade. O primeiro contrato foi assinado em 1º de fevereiro de 2022 com seis instituições, e, após o primeiro aditivo em 2023, passou a contar com 11 parceiras. Duas novas manifestações de interesse ocorreram em 2024.

A gestão dessa parceria segue um regimento interno estabelecido, com reuniões mensais formalizadas por atas, com participação dos departamentos de saúde, instituições de ensino e representantes discentes. O COAPES fortalece a integração teoria-prática e contribui para a qualificação profissional.



No ano anterior, foi realizado um manual de instruções do funcionamento interno da central de especialidades, a fim de padronizar normas e procedimentos aos alunos que realizam estágios na unidade. No início de 2025, o Departamento da Urgência e Emergência também produziu seu manual interno. Ficou definido que cada Departamento fará a revisão e atualização periódica dos referidos documentos.

As reuniões mensais do setor recebem demandas relacionadas aos campos de estágio, com o objetivo de alocar os acadêmicos das instituições de ensino vinculadas ao COAPES. Semestralmente, essas instituições encaminham ao Departamento de Gestão o respectivo plano de estágio, permitindo a reorganização das demandas conforme as disciplinas ofertadas no período. A partir dessa análise, a oferta de novos campos de estágio na rede de serviços ocorre de forma planejada, conforme a demanda apresentada pelas instituições parceiras.

Como contrapartida por utilizarem cenários de práticas para ensino, as instituições de ensino promovem cursos de capacitação aos servidores ligados a SMS, conforme cronograma estabelecido em reuniões, sendo em torno de um curso ao ano por instituição.

10.5. PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

10.5.1. Residência médica e multiprofissional

Em 2024, o município de Toledo deu início ao seu Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM MFC), regulamentado pela Resolução nº 033/2024 e pela Portaria nº 648/2024. A gestão deste programa é realizada pela Comissão de Residência Médica



(COREME), instituída pela Portaria nº 648/2024, com base na Lei Municipal nº 2.849/2024, que também dispõe sobre a instituição da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU).

A COREME e COREMU estão vinculadas à SMS e são responsáveis por coordenar e supervisionar os programas de residência no âmbito do SUS no município.

O PRM MFC teve início em março de 2025, com a entrada de dois médicos residentes aprovados em processo seletivo próprio realizado em parceria com a Universidade Federal do Paraná UFPR - Campus Toledo. A formação ocorre em diversos cenários da Rede Municipal de Saúde, com foco na integração ensino-serviço-comunidade, em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde adotados pelo município.

Reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o programa oferece bolsa mensal no valor de R\$ 4.106,09, financiada pelo MEC, além de um incentivo complementar de 35 URTs por residente, custeado pelo município. Os preceptores e o coordenador do programa recebem incentivo de 15 URTs, conforme critérios definidos pela COREME e aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em maio de 2025, Toledo aderiu ao edital federal para implantação da Residência Multiprofissional em Saúde, cuja estrutura será coordenada pela COREMU, conforme previsto na legislação vigente. A articulação entre COREME e COREMU fortalece a governança da Educação Permanente no território, promovendo uma formação alinhada às necessidades locais e à realidade do SUS.

A consolidação das residências médicas e multiprofissionais em Toledo representa um avanço estratégico na qualificação da força de trabalho em saúde, fortalecendo a APS, ampliando a capacidade de resposta



às demandas da população e aprofundando o vínculo entre formação profissional e território. Esses esforços geram impactos diretos na melhoria do cuidado e na integralidade da atenção à saúde no município.

10.5.2. Integração dos Núcleos Formativos

A integração entre NEPS, COAPES, COREME e COREMU é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficaz e humano, pois permite que as instituições de ensino e os serviços de saúde trabalhem juntos na formação de profissionais mais capacitados e preparados para atender às necessidades da população. Ao unir esforços entre instituições de ensino e serviços de saúde, amplia-se a capacidade de qualificação da rede, resultando em profissionais mais preparados, serviços mais resolutivos e um cuidado mais humanizado e centrado nas pessoas.

10.6. SAÚDE DIGITAL

Saúde Digital é um campo que utiliza tecnologias digitais para melhorar a atenção à saúde, tornando os serviços mais acessíveis, eficientes e personalizados. Ela inclui o uso de aplicativos, telemedicina, prontuários eletrônicos, inteligência artificial e outras inovações que facilitam o acompanhamento, diagnóstico e tratamento dos pacientes. O objetivo principal é promover uma assistência mais ágil, segura e centrada no paciente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e a otimização dos recursos do sistema de saúde.

Em nível nacional, a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020–2028) promove a cooperação entre setores públicos e privados para



fortalecer políticas, integrar sistemas de saúde, incentivar inovações e qualificar o atendimento. Nesse cenário, destaca-se o Conecte SUS, uma plataforma digital que conecta cidadãos, profissionais de saúde e gestores, facilitando o acesso a serviços e informações como vacinação, consultas e prontuários eletrônicos. Complementarmente, o Programa Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, é constituído por Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regionais e oferece serviços como teleconsultorias, segunda opinião formativa, tele-educação e telediagnóstico por meio de núcleos regionais.

O Núcleo Estadual do Paraná tem avançado na implementação da Saúde Digital em consonância com a estratégia nacional, oferecendo serviços como Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa. No âmbito estadual, destaca-se a plataforma Paraná Saúde Digital, que utiliza inteligência artificial preditiva para identificar situações críticas e apoiar as equipes de saúde. Projetos-pilotos estão em curso, com foco em Transtorno do Espectro Autista (TEA) e hanseníase, por meio da telessaúde e da teleconsultoria como suporte à gestão clínica.

A consolidação da Saúde Digital exige a compreensão da complexidade envolvida na integração entre tecnologias e serviços, que traz consigo tanto grandes oportunidades quanto desafios significativos.

A nível municipal disponibilizam-se atualmente duas opções de telediagnósticos em funcionamento: teledermatologia e teleECG (teleEletrocardiograma). A secretaria Municipal da saúde conta, ainda, com um sistema terceiro contratado para registros em prontuário eletrônico. Como parte das estratégias de qualificação da gestão da informação, foram desenvolvidos painéis de controle (*dashboards*) com uso de ferramentas de *Business Intelligence* (BI), que apresentam visualmente dados relevantes de forma clara e ágil, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão e aprimorar a gestão em saúde.

Existem avanços relevantes nas iniciativas de Saúde Digital, como a integração do SIGSS-IDS, o desenvolvimento interno de relatórios e a criação de soluções como a Assistente Virtual. Apesar disso, ainda persistem limitações estruturais que dificultam a personalização do sistema frente às demandas emergentes, além de impactarem a agilidade no atendimento a determinados serviços. Superar esses desafios é essencial para garantir a sustentabilidade das soluções adotadas no médio e longo prazo, promovendo a contínua evolução tecnológica da saúde no município.

Além disso, a interoperabilidade - ou seja, a capacidade dos sistemas, informatizados ou não, de se comunicarem e operarem de forma integrada - segue como um dos maiores desafios estruturais da Saúde Digital. A ausência de interoperabilidade impacta diretamente os fluxos de trabalho, gerando retrabalho para os profissionais de saúde e dificultando a integralidade do cuidado.

A seguir, apresentam-se os principais sistemas atualmente utilizados pela Secretaria Municipal da Saúde:

- **Sistemas Estaduais e Federais:**

- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- SIA/SUS - Sistemas de Informação Ambulatorial e BPA - Boletim de Produção Ambulatorial, FPO (Programação Físico-Orçamentária);
- RAAS - Registro das ações ambulatoriais de saúde;
- E-SUS APS (e-SUS Atenção Primária) é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS);
- SISAB - Sistema de Informação em Saúde Básica;
- E-Gestor - Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde;



- CNRM - Sistema utilizado para dar suporte ao Programa de Residência Médica;
- SISCAN - Sistema de Informação do Câncer (colo do útero e mama);
- InvestSUS Ferramenta que permite o acesso aos serviços, sistemas e informações no que tange a gestão do financiamento federal do SUS pelos municípios, estados, Distrito Federal;
- DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é uma plataforma digital;
- Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – SIGO;
- Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) referente ao Programa Mais Médicos e congêneres;
- SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde;
- PARANÁ SAÚDE DIGITAL - a plataforma, visa promover a modernização da Atenção Primária à Saúde por meio da digitalização dos processos e dados de saúde;
- Controle de ciência de cirurgias, altas de cirurgias e cancelamentos de cirurgias dentro do sistema de regulação estadual - CARE/GSUS (Sistema Estadual de Regulação);
- STT (Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde) usado para **Telediagnósticos em Dermatologia**;
- PNTD (Plataforma Nacional de Telediagnóstico) usado para **Telediagnósticos em Eletrocardiograma**;



- TabNet e TabWin são ferramentas criadas pelo MS, que possibilitam a tabulação de dados e, a partir disso, a geração de relatórios

- **Sistemas Municipais:**

- SIGSS- Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde;
- IDS SAÚDE - sistema do consórcio CISCOPAR;
- Geoprocessamento;
- E-PROCESSOS;
- SEI Sistema Eletrônico de Informações;
- Painéis de Informação (Power BI);

10.6.1. Integração SIGSS x IDS SAÚDE

A integração SIGSS-IDS representou um avanço na gestão da informação em saúde no município ocorridas nos últimos anos. Por mais de uma década, os sistemas de informação do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) e do SIGSS são usados para o registro de dados sobre a saúde em Toledo. Com o aumento da população e a crescente demanda pelos serviços de saúde ofertados pelo SUS, a duplicidade de registros, bem como as inúmeras falhas no sistema passou a comprometer o desempenho das unidades operacionais e administrativas da Secretaria Municipal de Saúde. A principal fragilidade identificada era a necessidade de lançar os mesmos dados em dois sistemas distintos, o que impactava negativamente na eficiência dos processos e na qualidade dos dados.



O panorama desgastante levou os Departamentos de Gestão, de Atenção Especializada e de Informática, os sistemas MV/Consulfarma e IDS Saúde, além do próprio Ciscopar, a trabalharem em conjunto para integração dos sistemas.

Desde a implantação da Integração SIGSS-IDS em março de 2022, até junho de 2024, foram realizados 333.055 agendamentos integrados.

Considerando que, sem a integração, cada agendamento exigiria cerca de dois minutos adicionais para lançamento duplo, estima-se que foram economizadas aproximadamente 11.100 horas de trabalho.

10.6.2. Gerador de relatórios

Os relatórios disponibilizados pelo sistema SIGSS nem sempre atendem às necessidades específicas dos serviços e setores da Secretaria Municipal de Saúde. A solicitação de customizações diretamente à empresa responsável pelo sistema costuma envolver custos elevados e prazos prolongados de entrega.

Entre os anos de 2022 e 2024, aproximadamente 60 relatórios foram desenvolvidos por um profissional com formação em Tecnologia da Informação (TI), a partir de demandas diretas dos serviços e setores. Essa iniciativa permitiu maior agilidade na geração de informações estratégicas para a tomada de decisão, reduzindo a dependência de fornecedores externos.

Além da celeridade no atendimento às necessidades da gestão, estima-se que o desenvolvimento interno desses relatórios tenha gerado uma economia de centenas de milhares de reais aos cofres públicos, ao evitar despesas com serviços terceirizados de customização.

10.6.3. Assistente virtual do paciente

A Assistente Virtual do Paciente é uma ferramenta desenvolvida em parceria com empresa terceira, com o objetivo de aprimorar a comunicação entre os serviços de saúde e os usuários do SUS. A solução utiliza o aplicativo de mensagens WhatsApp para o envio automatizado de lembretes relacionados a consultas, exames e vacinas, contribuindo para a adesão do paciente aos cuidados programados.

Além de lembrar os pacientes sobre seus compromissos em saúde, a ferramenta também permite que o próprio usuário cancele previamente a consulta, caso não possa comparecer, promovendo a otimização da agenda e a redução de absenteísmo nas unidades de saúde.

Atualmente, o projeto encontra-se em fase de validação técnica junto ao sistema SIGSS e à Secretaria Municipal da Saúde.

10.6.4. Tecnologia e oportunidades

A incorporação de tecnologias digitais à saúde representa uma oportunidade estratégica para qualificar os serviços, ampliar o acesso e otimizar processos. Em um horizonte próximo, a Secretaria Municipal da Saúde poderá avançar em diversas frentes, tais como:

- Liberação de acesso aos exames do paciente facilitada; aplicativos que auxiliem agendamentos de consultas, exames, acesso rápido aos dados de saúde do paciente;
- Telessaúde com suas variantes, teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico e congêneres;

- Implementação e melhoria de painéis de informação usando ferramentas como *Business Intelligence*, para fins de facilitar o processo de gestão em saúde; evoluções no uso de Inteligência Artificial em saúde e gestão;
- Desenvolvimento de processos, sistemas, entre outros visando implantação plena e efetiva da Lei Geral de Proteção de Dados;
- Customizações e interoperabilidade nos sistemas disponíveis; desenvolvimento de automatizações entre outras possibilidades para agilizar processos repetitivos.

Essas oportunidades tecnológicas, quando bem planejadas e implementadas, têm o potencial de transformar a forma como os serviços de saúde são prestados, com foco na resolutividade, na humanização e na eficiência.

10.6.5. Padronização de registros

Com o objetivo de otimizar os sistemas e registros, uma das principais necessidades identificadas na secretaria é a padronização dos registros, aliada a ações de capacitação dos profissionais e à elaboração de manuais operacionais. Essa iniciativa visa garantir a consistência e a precisão no envio dos dados referentes à produção das unidades, o que é fundamental para assegurar o recebimento de recursos provenientes da Secretaria de Estado do Paraná e do Ministério da Saúde.

A padronização de registros traz uma série de benefícios, entre os quais se destacam:

- Melhoria na qualidade e confiabilidade dos dados;



- Facilidade na tomada de decisão por meio de informações mais seguras e atualizadas;
- Otimização dos processos de trabalho;
- Maior transparência na gestão da informação;
- Aprimoramento da segurança da informação;
- Fortalecimento da governança e da capacidade de planejamento em saúde, entre outros avanços.

Investir na padronização e qualificação dos registros é uma estratégia essencial para fortalecer a eficiência da gestão e ampliar o impacto positivo das ações de saúde junto à população.

10.7. TRANSPORTE SANITÁRIO

O Transporte Sanitário consiste no deslocamento programado de usuários do SUS para realização de procedimentos eletivos previamente agendados e regulados, sem caráter de urgência ou emergência. Esse serviço contempla situações previsíveis de atenção à saúde programada, tanto no município de residência quanto em outros municípios das regiões de saúde de referência, conforme pactuações intermunicipais vigentes.

O serviço é destinado a pacientes que não apresentam risco iminente de vida e que necessitam acessar diferentes níveis de atenção no SUS.

O funcionamento e financiamento desse serviço seguem as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que regulamenta o Transporte Sanitário Eletivo no âmbito do SUS.



10.7.1. Estrutura administrativa

O Transporte Sanitário da SMS de Toledo conta atualmente com 23 motoristas efetivos, além de equipe composta por técnicos em enfermagem, assistente administrativo, supervisora técnica e coordenador administrativo. A organização do serviço envolve planejamento diário das rotas, gestão de veículos e registro das operações no sistema SIGSS, o que contribui para maior controle e rastreabilidade.

Nos últimos anos, observou-se crescimento médio anual de 20% na demanda por transporte de pacientes, impulsionado pela ampliação da oferta de atendimentos eletivos no município e em cidades de referência regional. Esse aumento pressiona a capacidade operacional do setor, evidenciando a necessidade de expansão do quadro de profissionais e de otimização da frota e dos processos logísticos.

A frota atual inclui ambulâncias, vans e automóveis de passeio. No entanto, parte significativa desses veículos apresenta tempo de uso superior a cinco anos, o que resulta em altos custos de manutenção, menor eficiência e risco de desassistência. A adoção de uma política de renovação periódica da frota, com critérios técnicos de substituição, é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços.

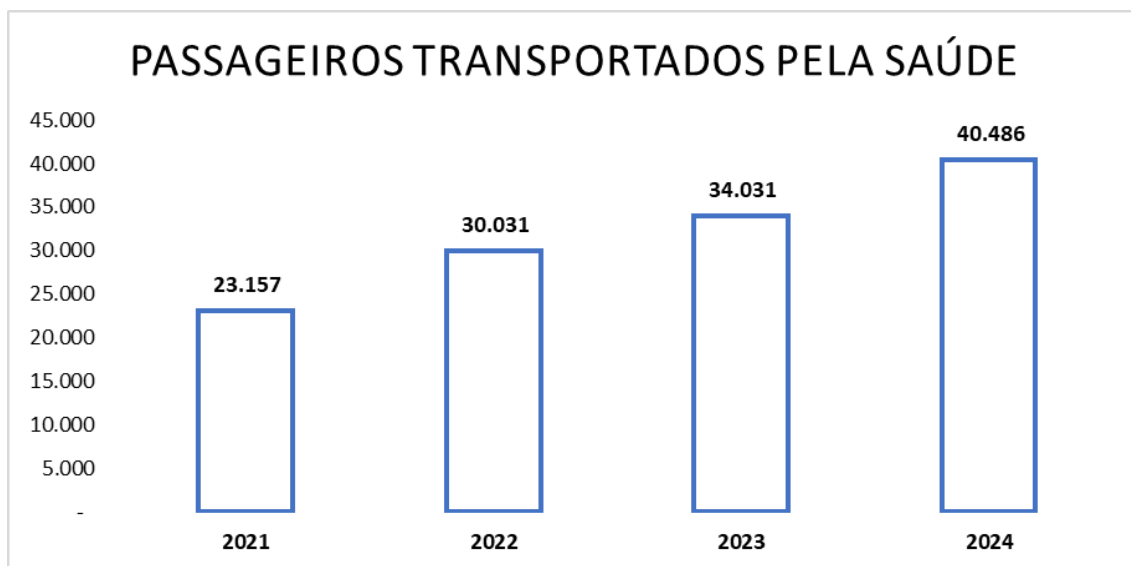
10.7.2. Demanda expansão do serviço

Com a pandemia de Covid-19 (2020–2022), houve a suspensão ou adiamento de consultas, exames e cirurgias eletivas, o que provocou aumento significativo nas filas de espera por atendimento especializado. Após o período crítico da pandemia, os governos municipal e estadual

intensificaram mutirões e ampliação de oferta de procedimentos, muitos deles realizados em municípios vizinhos, o que resultou no aumento expressivo da demanda por transporte sanitário.

Entre 2021 e 2024, o número de usuários transportados saltou de 23.157 para 40.486, totalizando 127.705 passageiros no período. Essa elevação foi consequência dos mutirões realizados. O gráfico abaixo demonstra os dados coletados, no dia 20/05/2025, no sistema SIGSS, relatório de escala - Escala de passageiros (ida e volta).

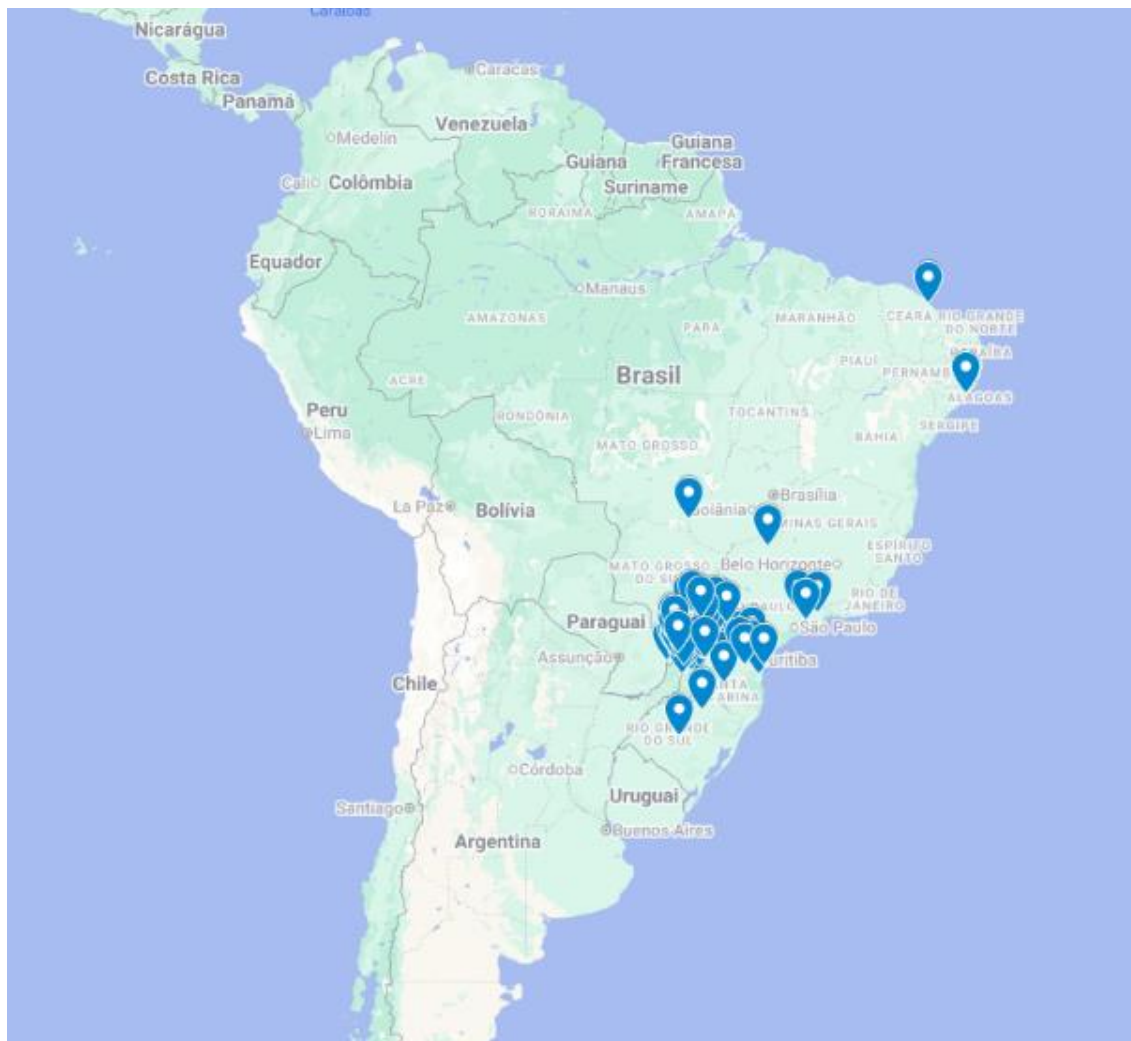
Gráfico 22 - Passageiros transportados pela Saúde 2021 – 2024.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal (SMS) com dados do Sistema SIGS (2025).

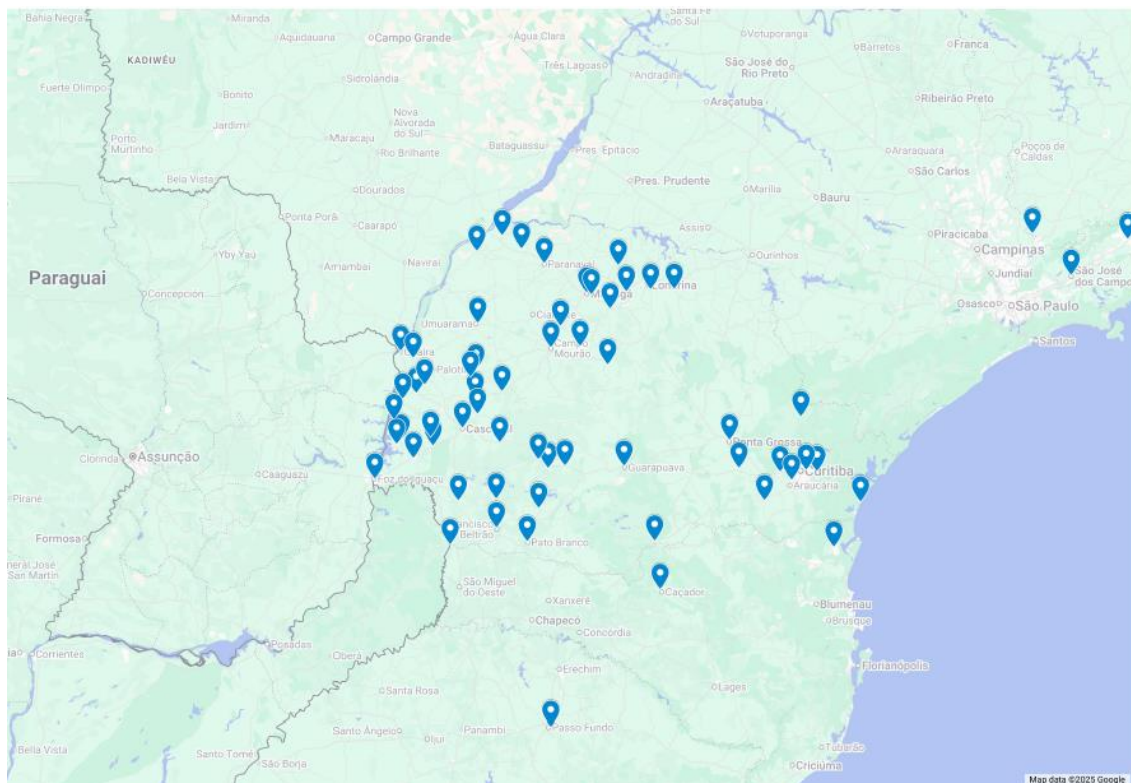
Em relação ao destino dos usuários transportados, a seguir são apresentados dois mapas: o primeiro contempla todos os destinos interestaduais e estaduais; o segundo, apenas os destinos dentro do estado do Paraná. Na sequência, são disponibilizados os dados consolidados do período de 2021 a 2024.

Figura 15 - Todos os destinos de transportes da saúde saindo de Toledo (Brasil) - 2021 a 2024.



FONTE: Gerado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no google maps. (2025).

Figura 16 - Todos os destinos de transportes da saúde saindo de Toledo (Paraná) - 2021 a 2024.



FONTE: Gerado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no google maps. (2025).

Observa-se que, entre os destinos localizados no Paraná, o município de Toledo concentra o maior número de transportes de usuários do SUS, totalizando 66.029 deslocamentos. Para os demais municípios paranaenses, foram registrados 12.420 deslocamentos, enquanto outros destinos somaram 26. No total, contabilizam-se 78.475 deslocamentos realizados no período.

Tabela 61 - Municípios com o maior número de viagens realizadas no Paraná (2024).

Cidade Destino	Total Viagens
Cascavel-PR	6.837
Curitiba-PR	1.199



Assis Chateaubriand-PR	1.106
Guaíra-PR	450
Londrina-PR	445
Nova Aurora-PR	301
Foz do Iguaçu-PR	272
Guarapuava-PR	225
Ponta Grossa-PR	154
Palotina-PR	151
Umuarama-PR	149
Marechal Cândido Rondon-PR	125
Campina Grande do Sul-PR	112
Campo Largo-PR	110

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com dados do *Business Intelligence (BI)* (2025).

10.7.3. Frota

Em janeiro de 2021, a SMS contava com uma frota composta por: 12 ambulâncias, 5 vans para transporte de passageiros, 2 vans de carga, 2 ônibus e 44 automóveis de passeio. Parte significativa dessa frota já havia ultrapassado cinco anos de uso, tornando urgente a necessidade de renovação e ampliação, visando garantir eficiência operacional e continuidade dos serviços prestados à população.

Em 2025, essa frota foi ampliada para: 18 ambulâncias, 10 vans para passageiros, 3 ônibus, 3 vans de carga e 52 automóveis de passeio.

Adicionalmente, em abril de 2025, foram adquiridos dois veículos utilitários: um destinado ao transporte de materiais para esterilização e outro para atender as demandas do CAPSi, com previsão de início de operação em julho do mesmo ano.

10.7.4. Renovação da frota

A renovação contínua da frota é uma medida estratégica e imprescindível para a manutenção da eficiência do transporte sanitário. Veículos com longos anos de uso tendem a apresentar maior incidência de falhas mecânicas, elevação dos custos com manutenção corretiva, aumento no consumo de combustível e maior impacto ambiental. Além disso, o tempo em que um veículo – especialmente ambulâncias – permanece fora de operação durante reparos compromete diretamente a assistência à saúde da população.

Monitoramento interno indica que ambulâncias com maior tempo de



uso comparada com aquelas de até dois anos demandam até o dobro dos custos de manutenção. Diante do elevado número de deslocamentos anuais, a vida útil da frota é significativamente reduzida, o que exige planejamento contínuo de substituições.

Para garantir o adequado funcionamento do serviço, recomenda-se a seguinte política de renovação anual da frota:

- 2 ambulâncias/ano;
- 3 veículos de passeio/ano;
- 1 van de passageiros a cada dois anos.

Esse planejamento visa assegurar uma frota moderna, segura e eficiente, minimizando interrupções nos serviços, aumentando a disponibilidade operacional dos veículos e otimizando os investimentos públicos.

10.7.5. Inovação no atendimento: agendamentos via WhatsApp

Desde fevereiro de 2021, o setor de transporte da SMS, que já oferecia atendimentos presenciais e por telefone, começou a permitir agendamentos via mensageiro instantâneo (*whatsapp*).

Atualmente, essa plataforma representa aproximadamente 60% dos atendimentos, tornando o acesso da população ao serviço de agendamento de transporte sanitário muito mais simples. De acordo com um estudo da empresa *We Are Social*, 93,4% dos brasileiros utilizam o whatsapp para se comunicar diariamente, o que justifica a consolidação dessa ferramenta no serviço público.



10.7.6. Qualificação da equipe: técnicos de enfermagem

Em junho de 2023, a SMS incorporou três técnicos de enfermagem, atuando em escala de 12x60. Desde então, aproximadamente 2.200 pacientes foram transportados com a assistência desses profissionais.

A presença de técnicos de enfermagem no transporte é fundamental para a segurança do paciente e do condutor, permitindo que o motorista se concentre na condução do veículo, enquanto o técnico acompanha o estado clínico do paciente. Está em fase de planejamento a ampliação do número de profissionais com vistas à universalização do suporte em todas as viagens de pacientes acamados.

10.7.7. Organização da jornada de trabalho e redução de horas extras

Em resposta às recomendações do Ministério Público para redução de horas extras, a SMS implementou, em 2022, reestruturações na escala dos motoristas, além das seguintes ações:

- Contratação de quatro novos motoristas em regime de 12x36;
- Antecipação do horário de início da jornada de três motoristas para as 6h;
- Ampliação da cobertura aos finais de semana e feriados.

Além disso, o controle de jornada manual foi substituído por um sistema informatizado. Atualmente, as horas são registradas digitalmente e validadas com base no ponto eletrônico e formulários digitais, integrando



dados de viagens e registros complementares. Isso proporcionou mais confiabilidade, celeridade e desburocratização do processo, com aprovações feitas remotamente pelos gestores.

10.7.8. Registro de ponto e monitoramento de viagens

Em 2023, os registros de ponto dos servidores passaram a ser realizados por meio de formulários eletrônicos, o que viabiliza a marcação em tempo real, mesmo em campo, e confere transparência e precisão às informações gerenciais.

No que tange ao monitoramento de viagens, o uso do sistema de gestão de frota com identificação biométrica no momento da partida permite registrar:

- Motorista responsável;
- Veículo utilizado;
- Cidade de destino;
- Número de passageiros;
- Distância e horário de viagem.

Essa ferramenta está integrada ao SIGSS e possibilita o monitoramento de uso da frota, controle de custos, gestão de multas e planejamento da renovação veicular.



10.7.9. Diárias

O Transporte Sanitário da SMS realiza o deslocamento de pacientes para diversas cidades do Estado do Paraná, com o objetivo de viabilizar a realização de consultas, exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros, no âmbito do SUS.

Com base no Decreto nº 21/2005, os servidores em deslocamento para cidades distantes recebem diárias.

Até 2023, o processo de solicitação e pagamento de diárias era predominantemente manual, exigindo o preenchimento físico de formulários, impressão de documentos e coleta presencial de assinaturas, o que gerava alto consumo de papel e lentidão na tramitação.

A partir de 2024, esse fluxo foi digitalizado via sistema e-processos, permitindo tramitação e assinatura eletrônica dos documentos. Essa mudança reduziu o uso de papel e o tempo médio de pagamento em cerca de 50%, além de agilizar a tramitação e aumentar a rastreabilidade.

10.7.10. Serviços terceirizados

Desde 2019, a SMS passou a terceirizar parte dos transportes, com foco no apoio ao Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Unidades Volantes e pacientes em hemodiálise. Inicialmente, foram licitados cinco veículos de passeio e uma van de passageiros.

Com o vencimento do contrato anterior em maio de 2025, foi realizada nova licitação para serviço de locação de frota com condutor, resultando em:



- Redução de cinco para três veículos de passeio, e
- Manutenção de uma van de passageiros, com extensão de atendimento para os sábados.

A medida visa otimizar o uso da força de trabalho própria e reduzir a necessidade de horas extras nos finais de semana.

10.8. REGULAÇÃO E AUDITORIA

10.8.1. Regulação

A portaria 1559, de 01/08/2008, instituiu a Política Nacional de Regulação no SUS, a ser desenvolvida no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando:

I - Regulação de Sistemas de Saúde;

II - Regulação da Atenção à Saúde e a regulação dos sistemas de saúde; e

III - Regulação do Acesso à Assistência.

Conforme a referida portaria, a regulação de acesso a assistência tem como objeto a organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, abrangendo a regulação médica, garantindo o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

No município de Toledo, a estrutura de Regulação foi institucionalizada pela Portaria nº 01/2023, vinculada ao Departamento de



Gestão em Saúde da SMS, com atuação no controle e priorização do acesso aos serviços regulados.

10.8.2. Volume de encaminhamentos e regulações

10.8.2.1. Encaminhamentos totais e regulados (2021-2024)

Entre 2021 a 2024, foram registrados 171.711 encaminhamentos, dos quais 13.909 passaram por regulação, correspondendo a 8,1% do total. De acordo com a tabela 62, esses dados evidenciam a atuação seletiva da regulação sobre os encaminhamentos para Consultas Especializadas realizadas, o que evidencia a priorização dos casos mais urgentes, conforme critérios de risco e pertinência clínica. No entanto, os números também revelam a necessidade de ampliar a cobertura da regulação, de modo a garantir maior equidade, resolutividade e racionalização do acesso aos serviços especializados.

Tabela 62 - Série Histórica de Encaminhamentos x Número de Solicitações/Encaminhamentos Regulados realizados no período de 2021 – 2024.

AÇÃO	2021	2022	2023	2024
Números de Encaminhamentos	28.609	37.206	52.657	53.239
Número de solicitações/Encaminhamentos Regulados	3.222	3.222	2.331	5.134

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde - (SIGSS), (mai./2025).

NOTA: Relatório Sintético por Unidade Solicitante - Encaminhamentos para Especialidades; Relatório Sintético por Especialidade - Relatório de Solicitações Reguladas



10.8.2.2. Encaminhamentos por especialidade

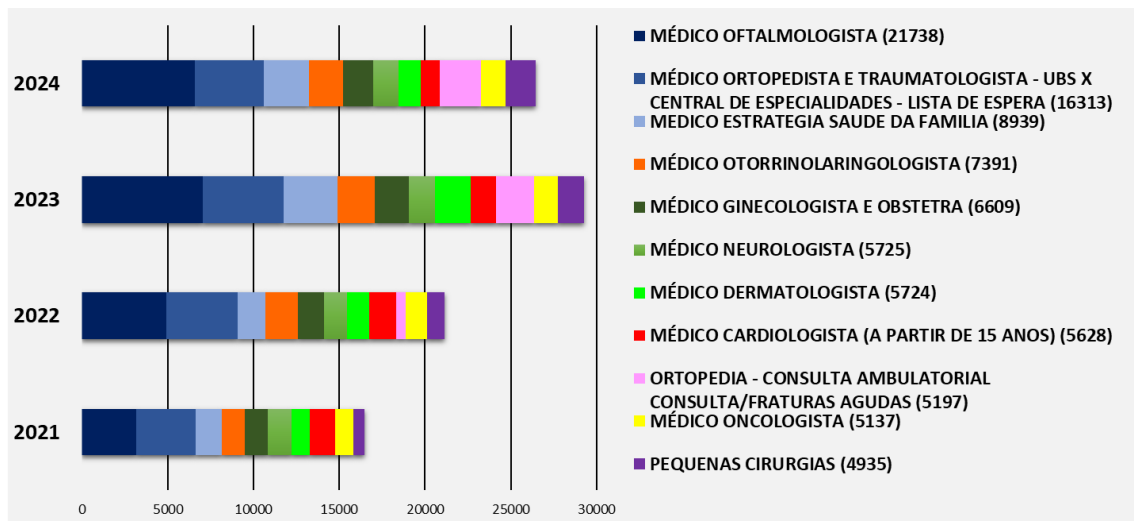
O volume de encaminhamentos por especialidade apresenta distribuição concentrada nas áreas de oftalmologia, ortopedia, dermatologia, otorrinolaringologia, ginecologia e cardiologia, conforme demonstrado no gráfico 23 e Tabela 63 abaixo. Destaca-se que no final do ano de 2024, houve uma redução, cerca de 34%, nos encaminhamentos para a especialidade de Dermatologia, resultado direto da implantação da teledermatologia com foco no telediagnóstico. Essa tecnologia permite a emissão de laudos dermatológicos a partir do envio remoto de imagens e informações clínicas para avaliação por especialistas, o que contribui para a retenção de casos de baixa complexidade na APS, evitando encaminhamentos desnecessários à rede especializada.

Esses dados evidenciam a importância de estratégias regulatórias específicas para as especialidades com maior demanda, por meio da padronização de protocolos clínicos, regulação ativa em casos indicados, utilização de ferramentas de Telessaúde — como teleconsultas, teleconsultorias e telediagnóstico —, e, quando necessário, ampliação da capacidade instalada para atendimento ambulatorial especializado.

Tais medidas contribuem para a qualificação da APS, aumento da resolutividade local e uso mais racional da rede de média complexidade, além da celeridade no atendimento à população, com triagem ágil e acesso mais rápido aos serviços.



Gráfico 23 - *Histórico das Especialidades mais encaminhadas no período entre 2021 – 2024.



FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) (mai./2025).

NOTA: nomenclatura “Relatório de Encaminhamentos Sintético - Por Especialidades”

Tabela 63 - Encaminhamentos por Especialidade no período 2021-2024.

Especialidade	2021	2022	2023	2024
Médico Oftalmologista	3153	4927	7061	6597
Médico Ortopedista e Traumatologista - UBS X Central de Especialidades - Lista de Espera	3467	4137	4700	4009
Médico Estratégia Saúde da Família	1511	1628	3154	2646
Médico Otorrinolaringologista	1361	1882	2163	1985
Médico Ginecologista e Obstetra	1333	1554	1985	1737
Médico Neurologista	1394	1316	1531	1484
Médico Dermatologista	1054	1317	2044	1309
Médico Cardiologista (a partir de 15 anos)	1469	1544	1520	1095
Ortopedia - Consulta Ambulatorial Consulta/Fraturas Agudas	0	581	2209	2407
Médico Oncologista	1082	1245	1387	1423
Pequenas Cirurgias	652	1004	1532	1747

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) (mai./2025).

NOTA: nomenclatura “Relatório de Encaminhamentos Sintético - Por Especialidades”



10.8.2.3. Solicitações reguladas por especialidade

10.8.2.3.1. Regulação de consultas médicas especializadas

O município de Toledo tem conseguido atender às solicitações de consultas classificadas como urgentes ou prioritárias em todas as especialidades, em conformidade com protocolos técnicos estabelecidos por municípios, estados, Ministério da Saúde, Telessaúde-RS (RegulaSUS) e literatura médica reconhecida.

Nas especialidades com protocolos municipais consolidados — como Cardiologia, Endocrinologia, Pediatria e Dermatologia — todas as solicitações, independentemente do grau de prioridade, são reguladas com base em critérios clínicos previamente definidos.

Entre 2021 e 2024, a atuação da regulação municipal concentrou-se prioritariamente nas urgências eletivas, conforme os protocolos clínicos estabelecidos. Nesse período, destaca-se o esforço para qualificar a regulação de especialidades com maior volume de encaminhamentos, conforme demonstrado no Gráfico 23 e na Tabela 63, que apresentam a lista das especialidades com maior número de solicitações reguladas. Os dados referem-se exclusivamente às demandas que passaram efetivamente pelo processo de regulação

As especialidades com maior volume de regulações no período foram: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Ortopedia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Neurologia.

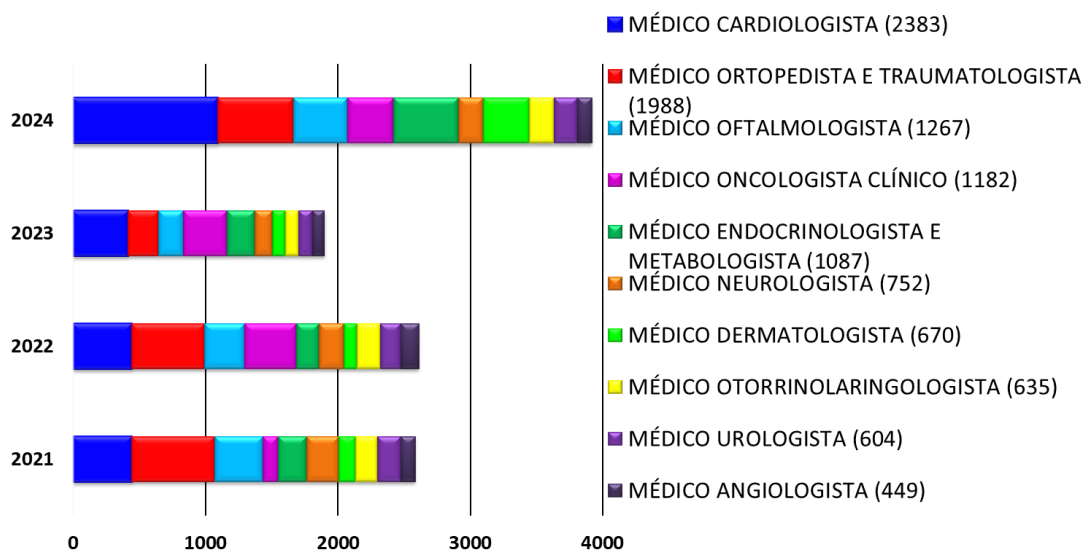
Em algumas dessas áreas, como Dermatologia, a Endocrinologia e Cardiologia, o município adotou estratégias de regulação integral da fila,

com filtros clínicos com base em protocolos e pré-requisito tecnológico, como a teledermatologia, que contribuíram para reduzir significativamente os encaminhamentos desnecessários.

Nos demais casos, a regulação ocorre priorizando solicitações com critérios de urgência, risco ou especial complexidade. Há previsão de expansão da regulação para novas especialidades, com ações como:

- Elaboração de protocolos clínicos;
- Uso de tecnologias como o Telessaúde (teleconsultoria e telediagnóstico);
- Integração com serviços como o Centro Especializado em Reabilitação (CER) para redistribuir a demanda com Ortopedia.

Gráfico 24 - Histórico das Especialidades com mais encaminhamentos regulados 2021 – 2024.



FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) (mai/2025).

NOTA: nomenclatura do “Relatório Sintético por Especialidade”



Tabela 64 - Solicitações Reguladas no período 2021-2024.

Especialidade	2021	2022	2023	2024	Total
Médico Cardiologista	442	439	411	1.091	2.383
Médico Ortopedista e Traumatologista	627	553	236	572	1.988
Médico Oftalmologista	367	304	187	409	1.267
Médico Oncologista Clínico	113	390	329	350	1.182
Médico Endocrinologista e Metabologista	216	172	208	491	1.087
Médico Neurologista	241	190	135	186	752
Médico Dermatologista	129	97	96	348	670
Médico Otorrinolaringologista	167	179	104	185	635
Médico Urologista	173	150	102	179	604
Médico Angiologista	110	138	91	110	449

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS).(mai/2025).

NOTA: nomenclatura "Relatório de Solicitações Reguladas - Relatório Sintético por Especialidade"

10.8.2.4. Encaminhamentos pela atenção primária à saúde

A análise do percentual de encaminhamentos realizados pela APS em relação ao total de consultas evidencia a capacidade de resolutividade da atenção básica no município. Observa-se uma média próxima de 12% de encaminhamentos, com oscilações ao longo do quadriênio. Embora o parâmetro ideal varie conforme o perfil populacional e a cobertura da rede, valores acima de 15% demandam atenção e intervenção.



Tabela 65 - Série Histórica do Percentual de Encaminhamentos Realizados pela APS.

AÇÃO	2021	2022	2023	2024
Nº Consultas na APS	206.824	227.167	277.328	319.641
Nº de Encaminhamentos da APS	21.657	22.025	37.632	38.312
Percentual de Encaminhamento da APS	10,47%	9,70%	13,57%	11,99%

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). (mai./2025).

NOTA: nomenclatura “Relatório de Consulta Sintético por Unidade Solicitante (2025)”, “Relatório de Consulta Sintético - Por Unidade Prestadora”, “Relatório “encaminhamentos para especialidades” e “Relatório Sintético por Unidade Solicitante”

Quando se analisam apenas os encaminhamentos realizados pelos médicos da APS, observa-se uma tendência de crescimento até 2023, com relação ao nº de consultas com redução no ano seguinte.

Conforme demonstrado na tabela 65, entre os anos de 2021 a 2024, foram realizadas 740.644 consultas médicas realizadas na APS, das quais 118.516 resultaram em encaminhamentos para atenção especializada, o que representa 16% do total. Esses dados indicam uma resolutividade de 84% da APS no município. Esse desempenho se deve à qualificação das equipes, uso de protocolos clínicos, apoio diagnóstico e atuação articulada com a regulação.

Atualmente, a principal atividade desenvolvida por este setor é a Regulação das Solicitações de Consultas Médicas Especializadas.

Tabela 66 - Série Histórica do Percentual de encaminhamentos realizados por Médicos na Atenção Primária à Saúde, 2021 – 2024.

2021	2022	2023	2024
154.044	165.176	194.244	227.180



20912	26.775	35.346	35.483
13,6%	16,2%	18,2%	15,6%

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). (mai/2025).

NOTA: nomenclatura Relatório Sintético por Profissional/CBO-Consultas e Encaminhamentos

Para fins deste relatório foram usados somente consultas e encaminhamentos gerados em atendimentos dos seguintes CBO's, cadastrados no sistema SIGSS: Ginecologia e Obstetricia - Alto Risco - AMI, Médico Clínico, Médico da Estratégia de Saúde da Família, Médico Generalista, Médico Geriatria, Médico Ginecologista e Obstetra, Médico Infectologista - Exclusivo AMI, Médico Pediatra, Neuropediatria - Exclusivo AMI, Pediatria Alto Risco - AMI.

10.8.3. Ações estruturantes em desenvolvimento

As principais ações do setor de regulação no município envolvem:

a) Organização do Acesso:

Diante das características observadas nos encaminhamentos e solicitações da rede, identificou-se a necessidade de estabelecer critérios mínimos para o encaminhamento das demandas, bem como de disponibilizar protocolos clínicos validados pelo SUS, contendo os pré-requisitos necessários para nortear a atuação dos profissionais médicos da Atenção Primária.

Por meio de pesquisa sistematizada, a equipe de regulação adotou inicialmente protocolos em uso em outros estados, protocolos nacionais para encaminhamento da atenção básica para a especializada (disponibilizadas pelo Ministério da Saúde), além dos materiais do Telessaúde RS (RegulaSUS), amplamente acessíveis na rede interna



municipal. A equipe realiza a revisão e atualização periódica deste banco de dados.

Na mesma linha, foram elaborados protocolos municipais, considerando os principais gargalos de acesso identificados. Os primeiros documentos desenvolvidos foram os Protocolos Municipais de Cardiologia e Endocrinologia, com fluxos integrados às linhas do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) Hipertensão Alto Risco e Diabetes Alto Risco. Na sequência, foram produzidas a Guia de Encaminhamento às Especialidades Pediátricas e o Protocolo de Teledermatologia, que vincula o telediagnóstico ao atendimento ambulatorial de dermatologia.

Com a ampliação do setor de regulação, está prevista a expansão progressiva da regulação e a continuidade da construção de protocolos clínico-assistenciais voltados às demais especialidades médicas e exames de alto custo, respeitando as particularidades da rede municipal e fortalecendo a regulação baseada em evidências e necessidades locais.

b) Recepção e Capacitação dos Novos Médicos da Atenção Básica nos fluxos de Regulação:

Com o objetivo de qualificar o uso dos fluxos regulatórios, todos os médicos recém-ingressos na APS são acolhidos pela equipe de regulação antes de iniciarem suas atividades nas unidades de saúde. Durante esse processo de integração, são desenvolvidas as seguintes ações:

- Apresentação da Orientação Normativa nº 01/2022 SMS-Toledo;
- Treinamento prático no uso da plataforma de comunicação com a regulação via SIGSS.
- Apresentação dos recursos e serviços de saúde disponíveis na rede municipal;
- Orientação sobre o banco de dados e dos Protocolos Municipais;



- Esclarecimento de dúvidas;
- Inclusão do profissional no Grupo Técnico dos Médicos da Rede.

Além disso, a equipe de regulação participa ativamente das ações de educação permanente e educação continuada da Secretaria, sugerindo temas com base nos principais gargalos de acesso identificados e conduzindo discussões clínicas com apresentação de casos reais do processo de regulação. Já foram realizadas capacitações em áreas como Pediatria, Endocrinologia, Cardiologia e Ortopedia, com resultados positivos na qualificação dos encaminhamentos e resolutividade na atenção básica.

c) Apoio Técnico

A equipe de regulação mantém uma política ativa de aproximação com os profissionais da rede municipal, com o objetivo de qualificar os fluxos assistenciais e promover o uso racional dos encaminhamentos. Essa aproximação se dá por meio de canais diretos e acessíveis, como o Grupo Técnico dos Médicos da Secretaria Municipal de Saúde no WhatsApp, o correio eletrônico institucional via SIGSS, ramais diretos e contatos pessoais da equipe, disponíveis para dúvidas clínicas e orientações quanto ao fluxo regulatório.

Esses canais estão disponíveis para esclarecimento de dúvidas clínicas e orientações sobre os fluxos regulatórios, sendo cada vez mais utilizados pelos médicos da rede, com resultados positivos na resolutividade dos atendimentos.

d) Demais Regulações de Acesso a Serviços:

- Regulação de todas as solicitações para atendimento em especialidades não disponíveis na região (Tratamento Fora de Domicílio - TFD):

A regulação dessas demandas tem como premissa esgotar todas as possibilidades de atendimento dentro da própria região de saúde, priorizando a utilização racional dos recursos disponíveis localmente. Somente após essa análise é autorizada a solicitação de TFD, considerando as implicações logísticas, financeiras e o impacto na continuidade do cuidado.

- **Regulação de Solicitações de Exames de Alto Custo - APAC:**

No município de Toledo, a regulação de exames de alto custo tem como objetivo garantir que os procedimentos sejam solicitados conforme critérios clínicos bem definidos, baseados em protocolos e evidências, assegurando o uso adequado dos recursos e ampliando o acesso dos usuários que realmente necessitam desses exames.

Atualmente, são reguladas as solicitações de Tomografias Computadorizadas e Ressonâncias Magnéticas. Está prevista a ampliação do setor de regulação, com a constituição de grupos de trabalho técnico voltados à elaboração de protocolos clínicos municipais específicos para exames de alto custo.

Essa iniciativa permitirá a incorporação gradativa de novos exames ao processo de regulação, como endoscopias, colonoscopias, estudos urodinâmicos, entre outros, promovendo maior equidade, eficiência e transparência no acesso a procedimentos especializados, conforme diretrizes da Política Nacional de Regulação e os princípios do SUS.

- **Regulação de Acesso a Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) - Ministério da Saúde**

O Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) do Ministério da Saúde, materializado através de suas políticas de “Oferta de Cuidados Integrados - OCIs”, foram disponibilizadas diversas linhas de atenção e protocolos de acesso às ofertas individuais.



Essas ofertas contemplam diversas linhas de cuidado, acompanhadas de protocolos clínicos e critérios de acesso definidos nacionalmente, exigindo atuação contínua das equipes de regulação para garantir a alocação equitativa das vagas, de acordo com as necessidades da população e a ordem de priorização nas filas municipais.

No município de Toledo, a estrutura de regulação vem se adaptando para incorporar essas diretrizes, com o envolvimento direto dos médicos reguladores na análise técnica das solicitações e na gestão das ofertas disponibilizadas pelas OCIs.

10.8.4. Ações estratégicas complementares

a) Regulação

A equipe de regulação também atua em demandas estratégicas de apoio à gestão e ao cuidado em saúde. Entre essas ações, destaca-se a participação ativa na Comissão do Passe Livre Municipal, conforme Portaria nº 648/2019, contribuindo na análise técnica dos laudos e na uniformização dos critérios de elegibilidade.

Além disso, os profissionais da regulação prestam suporte técnico ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, auxiliando na avaliação de demandas judiciais relacionadas a acesso a consultas, exames e procedimentos especializados.

Para os próximos anos, está prevista a qualificação e expansão da regulação multiprofissional, com a inclusão gradativa de outros profissionais da saúde (como enfermeiros, fisioterapeutas e odontólogos) nos processos regulatórios, fortalecendo a abordagem integral e interdisciplinar na organização do cuidado no SUS.



b) Teleconsultoria e Telediagnósticos

A experiência acumulada pelo setor de regulação e atenção à saúde no município de Toledo evidencia que grande parte dos encaminhamentos da Atenção Básica para especialidades ocorre devido a dúvidas elementares de manejo clínico, resultando em solicitações de exames de alto custo e contribuindo para a sobrecarga das filas de regulação.

Diante desse cenário, a incorporação de estratégias de suporte remoto, como a teleconsultoria e o telediagnóstico, tem se mostrado uma ferramenta eficaz para qualificar o cuidado na Atenção Primária. Diversos estados vêm implantando plataformas especializadas com acesso imediato, possibilitando apoio técnico aos profissionais da rede de atenção básica, com impactos positivos sobre a resolutividade local e a eficiência da rede.

O município de Toledo já participa das ofertas do Telessaúde Paraná, com destaque para os serviços de Teledermatologia e Tele-ECG. Como diretriz desta gestão, está prevista a ampliação do uso dessas ferramentas, seja por meio de novas ofertas do Telessaúde-PR, seja por iniciativas de outros entes federados que venham a disponibilizar plataformas integradas ao SUS.

A efetividade dessas estratégias pode ser observada na área de dermatologia: no primeiro quadrimestre de 2024, foram realizados 638 encaminhamentos para a especialidade; no mesmo período de 2025, esse número caiu para 264. Essa redução representa um avanço significativo na qualificação da Atenção Básica e demonstra o potencial das tecnologias digitais em saúde como instrumentos de apoio clínico e de gestão.

a) Matriciamento de profissionais da rede

A análise individualizada das condutas e padrões de solicitação de cada profissional da rede tem se mostrado uma ferramenta estratégica para a identificação de fragilidades clínicas no processo de cuidado. Essas



situações, quando mapeadas de forma sistemática, permitem a oferta de ações educativas direcionadas, no formato de matriciamento clínico.

Com a ampliação da equipe de regulação, será possível elaborar relatórios técnicos detalhados por profissional, subsidiando o oferecimento de estratégias de matriciamento em conjunto com os especialistas da central de especialidades alinhadas às necessidades específicas de cada unidade ou equipe. Essas ações serão desenvolvidas em articulação com os especialistas da Central de Especialidades e com os núcleos de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo o fortalecimento da capacidade resolutiva da Atenção Primária e a melhoria da qualidade assistencial.

b) Elaboração de Protocolos

A construção de protocolos é uma atividade complexa, de caráter técnico e multidisciplinar, essencial para organizar os fluxos de atendimento, qualificar a regulação e garantir maior resolutividade no cuidado. Esses documentos orientam as equipes de saúde quanto aos critérios de acesso, manejo clínico e encaminhamentos, promovendo maior uniformidade nas condutas adotadas na rede de atenção.

Considerando a realidade do município de Toledo, os primeiros protocolos elaborados priorizaram áreas com alta demanda e necessidade de padronização: Endocrinologia, Cardiologia, Especialidades Pediátricas e Dermatologia. Esses documentos foram construídos com base em evidências clínicas, normas técnicas e diálogo com os profissionais da rede.

Em diversas unidades da federação os protocolos de validade são definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e adotados de forma padronizada pelos municípios, verificou-se que, no momento, a elaboração de protocolos estaduais não tem sido uma prioridade de curto ou médio prazo.



Diante disso, torna-se necessário retomar a construção de protocolos municipais, de forma articulada com o Estado, visando suprir lacunas existentes e atender às demandas mais urgentes da rede local.

A expansão desse processo deve ocorrer de forma gradual e qualificada, com participação de equipes técnicas, representantes das especialidades e gestores, garantindo coerência com as diretrizes nacionais e estaduais, além de efetividade na organização da assistência e na regulação do acesso.

10.9. AUDITORIA EM SAÚDE

A auditoria em saúde é um instrumento estratégico para o fortalecimento da gestão no SUS, atuando de forma sistemática na avaliação e verificação das ações e serviços executados, com o objetivo de assegurar a conformidade com as normativas legais, padrões técnicos e diretrizes estabelecidas. Por meio da análise documental, de registros, fluxos e indicadores, busca-se identificar inconformidades, falhas operacionais e oportunidades de melhoria na qualidade do cuidado e na eficiência da gestão.

No município de Toledo, a SMS tem avançado na qualificação de profissionais para essa função, com a participação de servidores no Curso de Aperfeiçoamento em Auditoria do SUS, promovendo a capacitação técnica da equipe e fortalecendo a cultura de monitoramento, avaliação e responsabilização.

A implantação da auditoria em saúde como prática contínua e estruturada representa um desafio e, ao mesmo tempo, uma prioridade para o próximo quadriênio.



11. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

11.1. INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde constitui um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva. No município de Toledo, é desempenhada pelo Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), responsável por ações integradas de prevenção de agravos, monitoramento epidemiológico, imunização, investigação de surtos e garantia da segurança sanitária de serviços e produtos.

O crescimento populacional e a complexidade dos agravos têm exigido a ampliação de equipes, modernização de sistemas e adequação da infraestrutura física e tecnológica, fortalecendo a capacidade de resposta frente às emergências de saúde pública. Entre os principais objetivos do DVS destacam-se: assegurar o cumprimento das normas sanitárias, garantir a segurança dos serviços e produtos de interesse à saúde, investigar agravos e surtos, monitorar doenças transmissíveis e não transmissíveis, garantir imunização adequada e controle de doenças imunopreveníveis, além de gerir a logística de insumos estratégicos.

No campo da vigilância epidemiológica, observa-se uma atuação pautada na coleta, análise e interpretação contínua de dados, subsidiando medidas de prevenção e controle. A operacionalização de sistemas como o SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), SIVEP-Gripe (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe) entre muitos outros, permitem acompanhar tendências sanitárias, qualificando o planejamento de ações de saúde pública.



Os dados de morbidade hospitalar entre 2020 e 2024 revelam como principais causas de internação: gravidez, lesões por causas externas, neoplasias, doenças infecciosas e doenças do aparelho digestivo. Essa configuração indica não apenas a coexistência de doenças crônicas e agudas, mas também os reflexos das transformações sociais e ambientais sobre o perfil epidemiológico local.

Observa-se aumento das internações por neoplasias e recrudescimento de doenças infecciosas, como coqueluche (14 casos em 2015–2019 para 93 em 2020–2024) e tuberculose (de 108 para 138 casos no mesmo período), de acordo com dados do DATASUS (Departamento de Informática do SUS).

No campo das doenças imunopreveníveis, mantêm-se ausentes casos de sarampo e poliomielite, resultado das campanhas de vacinação. Entretanto, surtos pontuais de coqueluche e registros de meningite reforçam a importância de vigilância constante e manutenção de altas coberturas vacinais. O município, ao manter Unidades Sentinelas contribuem para a detecção precoce de agravos e contenção de surtos.

A Vigilância em Saúde, além da resposta técnica, configura-se como instrumento de inteligência sanitária, que demanda articulação intersetorial, equipes qualificadas, infraestrutura adequada e compromisso contínuo com a saúde pública. O fortalecimento da notificação, da retroalimentação dos sistemas e da avaliação das ações são estratégias permanentes, voltadas para um sistema mais resolutivo, humano e proativo.

Diante das transformações demográficas, urbanas e epidemiológicas, Toledo tem demonstrado capacidade de adaptação e inovação, consolidando a Vigilância em Saúde como ferramenta estratégica para proteção da comunidade e garantia do direito à saúde.



11.2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DVS

No município de Toledo, a Vigilância em Saúde é organizada de forma integrada no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), abrangendo as áreas de Vigilância Sanitária, Ambiental, em Saúde do Trabalhador e Epidemiológica. Sua atuação está voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva, por meio da identificação, monitoramento e controle dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

- **Vigilância Sanitária** tem como objetivo principal a eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens, da prestação de serviços de interesse à saúde, e do ambiente. Suas ações são pautadas na fiscalização, regulação e controle sanitário de estabelecimentos, produtos e procedimentos, garantindo a conformidade com as normas vigentes e promovendo a segurança sanitária da população.

- **Vigilância Ambiental em Saúde** atua sobre os fatores ambientais que influenciam direta ou indiretamente a saúde humana, tais como a qualidade da água, do ar, do solo, a presença de vetores e animais sinantrópicos, os desastres naturais e os riscos decorrentes da exposição a substâncias químicas e agentes físicos. Seu trabalho é fundamental para a identificação de situações de risco e a proposição de medidas de prevenção e controle, visando à redução da morbimortalidade associada a esses fatores.

- **Vigilância em Saúde do Trabalhador**, por sua vez, tem como finalidade promover ações integradas de prevenção, promoção e vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, identificando fatores de risco nos ambientes e processos laborais. Busca garantir a saúde e a segurança dos

trabalhadores, por meio do monitoramento de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, além da articulação com outras áreas e instituições para a implementação de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador.

- **Vigilância Epidemiológica** é definida por um conjunto de ações que promovem a detecção e prevenção de doenças e agravos transmissíveis à saúde e seus fatores de risco, tendo como objetivo principal fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde.

A atuação conjunta desses setores fortalece a resposta do município frente aos desafios sanitários locais, assegurando maior eficiência, equidade e capacidade preventiva do sistema de saúde.

O DVS mantém um relatório estatístico mensal informatizado, alimentado até o décimo dia do mês subsequente, centralizado em plataforma online (Google Drive) e gerenciado pelo departamento de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Esse sistema, modernizado em 2023, permite monitoramento constante, ajustes técnicos e maior transparência na produção dos dados.

Com o crescimento populacional acelerado e a ampliação da complexidade dos agravos, houve necessidade de expansão das equipes e serviços, o que sobrecarregou a estrutura física e a rede de internet disponível. Como consequência, parte das atividades precisou ser alocada em espaços externos: a enfermeira responsável por Tuberculose e Hanseníase atua na Central de Especialidades e o Posto de Coleta e Processamento de Amostras laboratoriais funciona anexo ao CAPS II. Esse cenário reforça a urgência do planejamento de uma nova sede para o DVS, capaz de integrar adequadamente os setores de Vigilância Sanitária, Ambiental, em Saúde do Trabalhador e Epidemiológica, garantindo melhores condições de trabalho aos profissionais e maior efetividade às ações de saúde pública.



11.2.1. Estrutura organizacional da vigilância em saúde – setores

O Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) de Toledo é composto por divisões e setores que integram ações de promoção, prevenção e controle de riscos à saúde da população. Sua estrutura é multidisciplinar e organizada da seguinte forma:

1. Divisão de Vigilância Sanitária - VISA

- **Setor de Análise de Projetos**

Responsável pela análise e fiscalização de projetos arquitetônicos de estabelecimentos de saúde e serviços de interesse sanitário, assegurando conformidade com normas técnicas e segurança dos ambientes.

Composição: 02 arquitetas.

- **Setor de Alimentos e Saneamento**

Fiscaliza estabelecimentos de produção, manipulação, armazenamento, transporte e comercialização de alimentos, avaliando boas práticas, condições higiênico-sanitárias, regularização de produtos e cumprimento da legislação da Anvisa. Atua também na vigilância da água, resíduos, vetores e riscos ambientais. Realiza inspeções, investiga surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), acompanha alertas sanitários, combate à clandestinidade, além de promover ações educativas.

Composição: 02 nutricionistas, 01 químico, 05 técnicos em vigilância sanitária e 01 médico veterinário.

- **Setor de Produtos e Serviços**

Fiscaliza produtos de interesse à saúde (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, dispositivos médicos) e serviços públicos e privados, incluindo hospitais, clínicas, UBS, laboratórios, ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos), salões de beleza, academias, estúdios de



tatuagem, entre outros. Atua na inspeção, monitoramento de queixas técnicas (NOTIVISA), apreensão e inutilização de produtos irregulares, além de ações educativas voltadas à segurança sanitária.

Composição: 05 enfermeiros, 03 farmacêuticos, 01 médico veterinário, 02 técnicos de enfermagem e 02 técnicos em vigilância sanitária.

2. Setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT

Atua na identificação e controle dos fatores de risco relacionados ao ambiente e processos de trabalho, promovendo a prevenção de agravos ocupacionais, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e articula ações intersetoriais para proteção e promoção da saúde do trabalhador.

Composição: 01 enfermeira e 01 técnico em segurança do trabalho.

3. Setor de Combate às Endemias e Doenças de Transmissão Vetorial

Responsável pela prevenção e controle de doenças como dengue, zika, chikungunya, leishmaniose, malária e doença de Chagas. Desenvolve ações de vigilância de vetores, aplicação de larvicidas, bloqueio de transmissão, levantamento de índices entomológicos e atividades de educação em saúde. Atua em articulação com a Vigilância Epidemiológica no enfrentamento de surtos.

Composição: 01 coordenador, 02 supervisores gerais, 07 supervisores de campo e 93 agentes de combate a endemias.

4. Divisão de Vigilância Epidemiológica - VIEP

Criada a partir do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE - (Lei nº 6.259/75, Decreto nº 78.231/76 e Lei nº 8.080/90), tem como atribuição a detecção, prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Opera por meio de sistemas como SINAN, SIM, SIVEP-Gripe e outros, fornecendo informações para tomada de decisão.

Atua frente a mudanças no perfil epidemiológico, com declínio de doenças infecciosas e aumento de agravos crônicos e causas externas, incorporando progressivamente doenças não transmissíveis ao escopo das ações.

11.3. PROPÓSITOS E FUNÇÕES

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;

- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (Municipal, Estadual e Federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis Nacional e Estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis.

A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto, as intervenções oriundas do nível estadual e, com maior razão, do federal tenderão a tornar-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais.

11.4. COLETA DE DADOS E INFORMAÇÃO

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de



produção de informação para a ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a INFORMAÇÃO – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde. O valor da informação (dado analisado) depende da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido. Para a notificação de doenças transmissíveis, por exemplo, é fundamental a capacitação visando o diagnóstico de casos e a realização de investigações epidemiológicas correspondentes.

Outro aspecto relevante refere-se à representatividade dos dados em relação à magnitude do problema existente. Como princípio organizacional, o sistema de vigilância deve abranger o maior número possível de fontes geradoras, cuidando-se de que seja assegurada a regularidade e oportunidade da transmissão dos dados. Entretanto, geralmente não é possível, nem necessário, conhecer a totalidade dos casos. A partir de fontes selecionadas e confiáveis, é possível acompanhar as tendências da doença ou agravo, com o auxílio de estimativas de subenumeração de casos.

O fluxo, a periodicidade e os tipos de dados coletados devem corresponder a necessidades de utilização previamente estabelecidas, com base em indicadores adequados às características próprias de cada doença ou agravo sob vigilância. A prioridade de conhecimento do dado sempre será concedida à instância responsável pela execução das medidas de prevenção e controle. Quando for necessário o envolvimento de outro nível do sistema, o fluxo deverá ser suficientemente rápido para que não ocorra

atraso na adoção de medidas de prevenção e controle.

11.5. TIPOS DE DADOS

Os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica são os seguintes:

- **Dados Demográficos, Ambientais e Socioeconômicos** — DNV (Declaração de Nascido Vivo), CNS (Cartão Nacional de Saúde), Cadastro Individual e Familiar, PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), Ouvidoria, Imprensa, Inquéritos, Entrevistas, etc.

Os dados demográficos permitem quantificar grupos populacionais, com vistas à definição de denominadores para o cálculo de taxas. O número de habitantes, de nascimentos e de óbitos devem ser discriminados segundo características de sua distribuição por sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, entre outras.

A disponibilidade de indicadores demográficos e socioeconômicos é primordial para a caracterização da dinâmica populacional e das condições gerais de vida, as quais se vinculam aos fatores condicionantes da doença ou agravo sob vigilância. Dados sobre aspectos climáticos e ecológicos, também, podem ser necessários para a compreensão do fenômeno analisado.

- **Dados de Morbidade** — Notificação Individual, Notificação de Surto, Notificação de Inquérito, SINAN (Sistema de Informação De Agravo de Notificação), TABNET (Tabulador de Dados pela Internet), TABWIN (Tabulador de Dados pelo Windows®), e-SUS Notifica, SIVEP-Gripe, LACEN (Laboratório Central do Estado), etc.

São os mais utilizados em vigilância epidemiológica, por permitirem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos segundo a condição de portadores de infecções ou de patologias específicas, como também de sequelas. Tratam-se, em geral, de dados oriundos da notificação de casos e surtos, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigações epidemiológicas, da busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras fontes.

Seu uso apresenta dificuldades relacionadas à representatividade e abrangência dos sistemas de informações disponíveis, à possibilidade de duplicação de registros e a deficiências de métodos e critérios de diagnóstico utilizados. Merecem, por isso, cuidados especiais na coleta e análise.

- **Dados de Mortalidade** — SIM, DO (Declaração de Óbito), SVO (Serviço de Verificação de Óbito), Polícia Científica, Boletins de Ocorrências, Prontuário do Paciente, Entrevista Familiar, Visita Domiciliar/Institucional:

São de fundamental importância como indicadores da gravidade do fenômeno vigiado, sendo ainda, no caso particular de doenças de maior letalidade, mais válidos do que os dados de morbidade, por se referirem a fatos vitais bem marcantes e razoavelmente registrados. Sua obtenção provém de declarações de óbitos, padronizadas e processadas nacionalmente. Essa base de dados apresenta variáveis graus de cobertura entre as regiões do país, algumas delas com subenumeração elevada de óbitos. Além disso, há proporção significativa de registros sem causa definida, o que impõe cautela na análise dos dados de mortalidade.

O SNVE deve estimular, cada vez mais, a utilização dos sistemas e bases de dados disponíveis, vinculados à prestação de serviços, para evitar a sobreposição de sistemas de informação e a consequente sobrecarga aos níveis de assistência direta à população. As deficiências qualitativas próprias



desses sistemas tendem a ser superadas à medida que se intensifica a crítica e o uso dos dados produzidos.

Atrasos na disponibilidade desses dados dificultam sua utilização na vigilância epidemiológica. A disseminação eletrônica de dados tem contribuído muito para facilitar o acesso a essas informações. Os sistemas locais de saúde devem ser estimulados a utilizar de imediato as informações das declarações de óbito.

11.6. IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA, SURTOS E EPIDEMIAS

A detecção precoce de emergências de saúde pública, surtos e epidemias ocorre quando o sistema de vigilância epidemiológica local está bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo sujeito à notificação. Essa prática possibilita a constatação de qualquer situação de risco ou indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle. Em geral, esses fatos devem ser notificados aos níveis superiores do sistema para que sejam alertadas as áreas vizinhas e/ou para solicitar colaboração, quando necessária.

11.7. FONTES DE DADOS

A informação em saúde deve ser utilizada como instrumento para decisão e ação, constituindo a base das estratégias de prevenção,



monitoramento e controle de agravos.

O município de Toledo utiliza diferentes sistemas de informação em saúde, entre eles:

- SINAN / SINAN Net (agravos de notificação compulsória);
- e-SUS Notifica e Notifica COVID-19;
- SIVEP-Gripe (síndromes gripais e SRAG);
- SIVEP-DDA (doenças diarreicas agudas);
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho;
- Ouvidorias e demais notificações locais.

11.7.1. Notificação Compulsória

A Portaria GM/MS nº 6.734/2025 define a lista nacional de doenças e agravos de notificação obrigatória, que podem ser imediatas (até 24h) ou semanais (até 7 dias). Municípios e estados podem incluir doenças de interesse regional.

A notificação deve ser feita mesmo em caso de suspeita, garantindo resposta rápida, preservando o sigilo das informações e permitindo ações imediatas de controle. Inclui-se também a notificação negativa, que assegura a eficiência do sistema.

11.7.2. Critérios para inclusão de doenças na lista de notificação compulsória

- Magnitude: alta incidência, prevalência ou mortalidade.

- Potencial de disseminação: risco de transmissão coletiva.
- Transcendência: relevância social, econômica ou de severidade.
- Vulnerabilidade: disponibilidade de medidas de prevenção e controle.
- Compromissos internacionais: cumprimento de metas de controle, eliminação ou erradicação.
- Ocorrência de emergências em saúde pública, epidemias ou surtos.

11.7.2.1 Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- Notificar a simples suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.
- A notificação deve ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações. Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação simples.

11.7.2.2 Desafios Locais

Atualmente, o município enfrenta limitação estrutural no uso do SINAN Net, disponível em apenas um computador. Essa restrição gera gargalos na alimentação de dados, sobrecarga de profissionais e perda de



agilidade na resposta. A ampliação do acesso ao sistema em todos os equipamentos da Vigilância Epidemiológica é uma necessidade estratégica, assegurando:

- agilidade na notificação;
- maior capilaridade das informações;
- checagem de duplicidades e relatórios em tempo real;
- melhor articulação entre setores da vigilância.

11.8. OUTRAS FONTES DE DADOS DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO

Além das notificações compulsórias, o município utiliza diversas fontes complementares que fortalecem a vigilância epidemiológica e a tomada de decisão em saúde:

1. Sistemas Nacionais de Informação em Saúde

O registro rotineiro dos serviços e sistemas específicos constitui fonte fundamental para monitorar doenças e agravos. O uso desses sistemas deve ser incentivado, visando qualidade do registro e compatibilização entre bases de dados.

2. Laboratórios

Os resultados laboratoriais apoiam a confirmação diagnóstica, complementam notificações e fornecem dados para estudos epidemiológicos especiais, sendo essenciais para a identificação de surtos e epidemias.

3. Investigação Epidemiológica

As investigações de casos, surtos e emergências de saúde pública complementam as notificações, identificando fontes de infecção e cadeias de transmissão. Informações oriundas da comunidade e da imprensa também são consideradas como sinais de alerta para eventos inusitados.

4. Estudos Epidemiológicos Especiais

- Inquéritos epidemiológicos: aplicados em amostras populacionais quando os dados disponíveis são insuficientes.
- Levantamentos epidemiológicos: utilizam registros existentes para análise de séries históricas, busca ativa de casos e monitoramento por classificações padronizadas (CID-10 e CIAP-2).

5. Sistemas Sentinelas

Ferramentas de alerta precoce que monitoram agravos estratégicos, permitindo intervenção rápida para prevenir surtos e epidemias.

A Portaria MS nº 205/2016 define as doenças monitoradas, incluindo agravos respiratórios, hídricos/alimentares, ISTs, doenças ocupacionais e síndromes neurológicas pós-infecção.

Unidades Sentinela em Toledo

- Síndrome Gripal e Arboviroses: Pronto Atendimento Municipal 24h Dr. Jorge Milton Nunes (coletas semanais pactuadas com SESA-PR e envio ao LACEN-PR).
- Coqueluche: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- Doenças Diarreicas Agudas (DDA): UBS Jardim Maracanã e UPA – monitoramento de atendimentos e investigação imediata diante de aumento expressivo.



- Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs): CTA/SAE do CISCOPAR – coleta de amostras em casos suspeitos para pesquisa de multipatógenos.

11.9. DIAGNÓSTICO DE CASOS

A credibilidade do sistema de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde – que são responsáveis pelo atendimento dos casos – diagnosticarem corretamente as doenças e agravos. Para isso, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica. Diagnóstico e tratamento, feitos corretamente e oportunamente, asseguram a confiança da população em relação aos serviços, contribuindo para a eficiência do sistema de vigilância.

Em 2023, foram promovidas diversas capacitações, incluindo a formação de enfermeiros para a realização da testagem rápida e aconselhamento. Essa capacitação deve ocorrer com regularidade, considerando as constantes atualizações nos testes, nas metodologias de testagem e nas diretrizes, além da necessidade de treinamento de novos servidores que ingressaram na equipe. Já em 2024, foram realizados diversos encontros voltados à capacitação de médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, com foco nas arboviroses.

11.10. NORMATIZAÇÃO

A definição de normas técnicas é imprescindível para a uniformização



de procedimentos e a comparação de dados e informações produzidos pelo sistema de vigilância. Essas normas devem primar pela clareza e constar de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros, disponíveis nas unidades do sistema.

Tem especial importância a definição de caso de cada doença ou agravo, visando padronizar critérios diagnósticos para a entrada e a classificação final dos casos no sistema. Em geral, os casos são classificados como suspeitos, compatíveis ou confirmados (laboratorialmente ou por outro critério), o que pode variar segundo a situação epidemiológica específica de cada doença.

Definições de caso devem ser modificadas ao longo do tempo, por alterações na epidemiologia da própria doença, para atender necessidades de ampliar ou reduzir a sensibilidade ou especificidade do sistema, em função dos objetivos de intervenção e, ainda, para adequarem-se às etapas e metas de um programa especial de controle. Como exemplo, o programa de eliminação do sarampo ampliou a definição de caso suspeito, que hoje inclui todas as doenças exantemáticas, para dessa forma possibilitar a investigação de todos possíveis casos no sistema.

As normas técnicas têm de estar compatibilizadas em todos os níveis do sistema de vigilância, para possibilitar a realização de análises consistentes, qualitativa e quantitativamente. Nesse sentido, a adaptação das orientações de nível central, para atender realidades estaduais diferenciadas, não deve alterar as definições de caso, entre outros itens que exigem padronização. O mesmo deve ocorrer com as doenças e agravos de notificação estadual exclusiva, em relação às normas de âmbito municipal.

11.11. RETROALIMENTAÇÃO DOS SISTEMAS

Um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância, em qualquer de seus níveis, é o compromisso de responder aos informantes, de forma adequada e oportuna. Fundamentalmente, essa resposta – ou retroalimentação – consiste no retorno regular de informações às fontes produtoras, demonstrando a sua contribuição no processo. O conteúdo da informação fornecida deve corresponder às expectativas criadas nas fontes, podendo variar desde a simples consolidação dos dados até análises epidemiológicas complexas relacionadas com ações de controle. A credibilidade do sistema depende de que os profissionais de saúde e as lideranças comunitárias se sintam participantes e contribuintes, bem como identifiquem a utilidade das informações geradas para a tomada de decisão.

A retroalimentação do sistema materializa-se na disseminação periódica de informes epidemiológicos sobre a situação local, regional, estadual, macrorregional e nacional. Essa função deve ser estimulada em cada nível de gestão, valendo-se de meios e canais apropriados.

Além de motivar os notificantes, a retroalimentação do sistema propicia a coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando continuidade e aperfeiçoamento do processo.

Em Toledo, a Divisão de Vigilância Epidemiológica está ampliando seus instrumentos de retroalimentação e divulgação de informações à comunidade com a implementação de novos instrumentos locais de monitoramento, como planilhas compartilhadas, dashboards de monitoramento contínuo e também pela divulgação frequente de boletins e informes epidemiológicos desde de 2023.

11.12. AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O sistema de vigilância epidemiológica mantém-se eficiente quando seu funcionamento é aferido regularmente para seu aprimoramento. A avaliação do sistema presta-se, ainda, para demonstrar os resultados obtidos com a ação desenvolvida, de modo que justifiquem os recursos investidos em sua manutenção.

Expressa-se a importância de um problema de saúde pública pelos seus indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos. Nesse sentido, o reconhecimento da função de vigilância decorre, em última análise, da capacidade demonstrada em informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo, as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias. Os resultados do conjunto de ações desenvolvidas no sistema são também medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, em termos de vidas poupadas, casos evitados, custos assistenciais reduzidos, etc. Informações como essas devem ser contrapostas às despesas operacionais do sistema.

A manutenção em funcionamento de um sistema de vigilância envolve variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações.

Avaliações periódicas devem ser realizadas em todos os níveis, com relação aos seguintes aspectos, entre outros: (i) atualidade da lista de doenças e agravos mantidos no sistema; (ii) pertinência das normas e instrumentos utilizados; (iii) cobertura da rede de notificação e participação das fontes que a integram; (iv) funcionamento do fluxo de informações; (v)



abrangência dos tipos de dados e das bases informacionais utilizadas; (vi) organização da documentação coletada e produzida; (vii) investigações realizadas e sua qualidade; (viii) informes analíticos produzidos, em quantidade e qualidade; (ix) retroalimentação do sistema, quanto a iniciativas e instrumentos empregados; (x) composição e qualificação da equipe técnica responsável; (xi) interação com as instâncias responsáveis pelas ações de controle; (xii) interação com a comunidade científica e centros de referência; (xiii) condições administrativas de gestão do sistema; e (xiv) custos de operação e manutenção.

As medidas quantitativas de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica incluem utilidade, sensibilidade, especificidade, representatividade e oportunidade, enquanto que simplicidade, flexibilidade e aceitabilidade são medidas qualitativas. Sensibilidade é a capacidade do sistema detectar casos; e especificidade expressa a capacidade de excluir os “não-casos”. A representatividade diz respeito à possibilidade de o sistema identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos. A oportunidade refere-se à agilidade do fluxo do sistema de informação.

A simplicidade deve ser utilizada como um princípio orientador dos sistemas de vigilância, tendo em vista facilitar a operacionalização e reduzir os custos. A utilidade expressa se o sistema está alcançando seus objetivos. A flexibilidade se traduz pela capacidade de adaptação do sistema a novas situações epidemiológicas ou operacionais (inserção de outras doenças, atuação em casos emergenciais, implantação de normas atualizadas, incorporação de novos fatores de risco, etc.), com pequeno custo adicional. A aceitabilidade se refere à disposição de indivíduos, profissionais ou organizações de participarem e utilizarem o sistema. Em geral, a aceitação está vinculada à importância do problema e à interação do sistema com os órgãos de saúde e a sociedade em geral (participação das fontes notificantes e retroalimentação).

Uma das características dos sistemas de vigilância epidemiológica é acompanhar permanentemente o desenvolvimento científico e tecnológico através da articulação com a sociedade científica e formação de comitês técnicos assessores. Esta articulação é importante por possibilitar a atualização dinâmica das suas práticas pela incorporação de novas metodologias de trabalho, aprimoramento das estratégias operacionais de prevenção e controle e a incorporação dos avanços científicos e tecnológicos (imunobiológicos, fármacos, testes diagnósticos, etc). A rápida evolução das ferramentas computacionais, aliada à redução dos seus custos, possibilita o desenvolvimento de sistemas de informações mais ágeis que contribuem significativamente para tornar mais oportunas as intervenções neste campo da saúde pública.

A atual política de descentralização do sistema de saúde está proporcionando um salto qualitativo para a reorganização dos sistemas locais de vigilância epidemiológica. As secretarias estaduais estão, cada vez mais, deixando de desempenhar o papel de executoras para assumir as responsabilidades de coordenação, supervisão e monitoramento das ações.

Os profissionais de saúde têm como desafio atual trabalhar para o desenvolvimento da consciência sanitária dos gestores municipais dos sistemas de saúde, para que passem a priorizar as ações de saúde pública e trabalhem na perspectiva de desenvolvimento da vigilância da saúde, que tem como um dos seus pilares de atuação a vigilância epidemiológica de problemas de saúde prioritários, em cada espaço geográfico.

11.13. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net)



- Sinan Online (Dengue/Chikungunya)
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Comitês locais e regionais, Comissões locais e regionais, GTs (Grupos Técnicos) locais e regionais.
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
- Cartórios, etc.
- Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)
- CCIHs Hospitais, Maternidades, etc.
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
- Clínicas Privadas, Consultórios, Estabelecimentos de Saúde, Laboratórios, etc.
- Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)
- Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) - APS/PEP/SANITÁRIA
- Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) - MONITORAMENTO COM SANITÁRIA.
- Setor De Imunizações/CRIE(Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) /Imunobiológicos Especiais - via G-SUS
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI WEB - DESCONTINUADO)
- Sistema de Gestão de Operadores – SGOP relacionados aos

sistemas de vigilância.

- Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso - SCPA relacionados aos sistemas de interesse da vigilância. O sistema foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o intuito de unificar o cadastramento dos usuários dos sistemas WEB do Ministério da Saúde.
 - CadWeb - Sistema de Informação de Cadastro do Sistema Único de Saúde versão web - sistema de cadastro gerenciado pelas unidades de saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde e monitorado pelo setor de vigilância sobre a atualização, transferência do Cartão Nacional de Saúde - CNS, em usuários advindos de outros estados e de outros municípios, além de inativação de cadastros pós óbito e inativação do cadastro individual no SIGSS após óbito e/ou mudança do usuário de endereço, cidade e/ou estado.
 - Sistema de Gerenciamento de Insumos Estratégicos - SIES, sistema para gerenciamento de imunobiológicos (vacinas, seringas, agulhas, soros, diluentes, etc.)
 - O sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL é uma ferramenta informatizada que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), apoiando as Redes Nacionais de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância em Saúde Ambiental.
- Sua função principal é gerenciar os exames laboratoriais de interesse em saúde pública, garantindo:
- registro, fluxo e acompanhamento de exames realizados pela rede pública e conveniada;
 - comunicação de resultados ao SINAN para Doenças de Notificação Compulsória (DNC);



- suporte à investigação epidemiológica e às decisões gerenciais em nível municipal, estadual e nacional.

No município de Toledo, todos os serviços de saúde utilizam o GAL tanto para a inserção de exames quanto para a emissão de laudos. A Vigilância Epidemiológica monitora os resultados positivos no sistema, assegurando a notificação das DNC e a detecção de possíveis inconsistências ou subnotificações.

- NOTIFICA COVID-19 - Sistema de notificação de casos suspeitos de COVID-19 da SESA/PR (descontinuado em 2025).

- SIVEP Gripe - Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

- G-SUS - Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS, utilizado para diversas atividades no âmbito da vigilância epidemiológica, como pedido e recebimento de vacinas especiais, recebimento de insumos diversos, testes e medicamentos.

- SISAVAIMUNO - Sistema Avaliação de Imunobiológicos sob Suspeita da SESA/PR

- E-Gestor APS - Uma plataforma de acesso às informações dos programas, ações e estratégias do SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde utilizado pela vigilância para monitoramento de indicadores e outros assuntos relacionados a programas do ministério da saúde.

- SIVEP - DDA - Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - Doenças Diarreicas Agudas.

- e-SUS Notifica - utilizado pela vigilância para monitoramento de Eventos Adversos Pós Vacinação e notificações de Covid-19 (a partir de 2025).

- ToolboxSESA - Sistema para monitoramento e vistorias de salas



de vacinação.

- CIVP viajantes.
- e-SUS Sinan - atualização do SINAN em fase de implantação, somente utilizado no momento para notificações de MPox, Oropouche e Chagas.

Estes são os principais sistemas utilizados, porém o SNVE utiliza diversas outras ferramentas eletrônicas para notificação, tabulação, investigação e monitoramento de casos de doenças que não estão descritas aqui. Ex: RedCap, Google Forms, Tabnet, Tabwin, EpiInfo, Power BI, Excel, Google Planilhas, RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública), etc.



11.14. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS

Consiste na notificação e investigação dos eventos adversos, sendo atribuição dos diferentes níveis do sistema de saúde relacionados à assistência, insumos, dentre outros.

- SISAVAIMUNO - Notificação e investigação de casos eventos adversos supostamente atribuíveis a vacinação e/ou incursões de temperatura ou de estabilidade dos imunobiológicos, assim como desvios de qualidade dos insumos recebidos para vacinação.

- NOTIVISA (VigMed)- Realização de Notificações de Eventos Adversos relacionados aos insumos utilizados na assistência direta ou indireta aos pacientes, e possíveis desvios de qualidade dos insumos utilizados na rotina dos estabelecimentos de saúde (ex. seringas, agulhas, testes, medicamentos, vacinas com possíveis problemas identificados pelos profissionais de saúde).

11.15. SETOR DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, ESTATÍSTICAS VITAIS E MORBIDADES

Atribuições: Área responsável por levantar informações, realizar análises epidemiológicas, vigilância e verificação do óbito, coleta, análise e monitoramento das estatísticas vitais e dados de morbidade e hospitalizações. Realizar editoração técnico-científica, desenvolver a Inteligência Epidemiológica, Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Alimentação dos sistemas de informação:



Composição: 01 médico infectologista, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo (servidores com atribuições compartilhadas entre setores).

11.16. SETOR DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Atribuições: Área responsável pela análise epidemiológica e vigilância de doenças não transmissíveis, vigilância e prevenção de violências e acidentes e promoção da cultura de paz, farmacovigilância, entre outras.

Composição: 01 enfermeira responsável pelo monitoramento e demais servidores com atribuições compartilhadas entre setores.

11.17. SETOR DE IMUNIZAÇÃO, REDE DE FRIO E CRIE

Atribuições: Área responsável pela gestão do Programa Municipal de Imunizações (instituído, porém não formalizado em portaria), incorporação científica e imunização, gestão dos insumos de imunização e da rede de frio, dos soros, das imunoglobulinas, monitoramento os atendimentos antirrábicos humanos. Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE). Gestão das conservadoras de vacinas.

Composição: 02 enfermeiros responsáveis técnicos (manhã/tarde), 02 técnicos de enfermagem (servidores com atribuições compartilhadas entre setores);

11.18. SETOR DE LOGÍSTICA DE INSUMOS ESTRATÉGICOS E APOIO DIAGNÓSTICO

Atribuições: Área responsável por gerir a logística de insumos estratégicos (testes rápidos, insumos relacionados à coleta, processamento e análise de amostras biológicas). Responsável pela gestão do Posto de Coletas e Processamento de Amostras do LACEN, pela administração dos insumos e testes recebidos do Ministério da Saúde e do Estado do Paraná e enviados aos serviços de saúde para assistência aos pacientes. Realiza controle de estoque, armazenamento, distribuição e remanejamento dos insumos com vias para manter todos os serviços abastecidos. Os principais insumos geridos por este setor são:

- Testes rápidos de HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites Virais B e C, COVID-19, Doença de Chagas, Malária, Hanseníase e Tuberculose, além de outros eventualmente incorporados ou fornecidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos municípios para utilização, como é o caso dos testes rápidos de Dengue.
- Material de laboratório para coleta de amostras biológicas — tubos, seringas, agulhas, *scalps*, cateteres, frascos, caixas térmicas, termômetros, baterias, etc.
- Insumos de vacinação (vacinas, soros, imunoglobulinas, medicamentos utilizados nos tratamentos de tuberculose, hanseníase, esporotricose animal, entre outros eventualmente necessários).

AEQ-TR — Gestão do Programa de Avaliação Externa da Qualidade da correta execução dos testes rápidos na rotina dos serviços pelos profissionais executores (programa pendente de implantação no município).



Composição: 01 enfermeiro responsável técnico, 01 técnico administrativo, 01 técnico em laboratório, 02 técnicos de enfermagem (servidores com atribuições compartilhadas entre setores);

11.19. SETOR DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Atribuições: Área responsável pela vigilância das doenças transmissíveis, vigilância da Covid-19, Influenza e outros vírus respiratórios, vigilância complementar de arboviroses, eliminação da malária e outras doenças em eliminação.

Composição: 01 enfermeira responsável e outros servidores com atribuições compartilhadas entre setores;

11.20. SETOR DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DAS DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

Atribuições: Área corresponsável pela gestão de vários núcleos diferentes, gestão do Programa Municipal de ISTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais (instituído, porém não formalizado por portaria), setor responsável pela análise e monitoramento contínuo da eliminação da transmissão vertical do HIV/AIDS, sífilis congênita, hepatites virais, e outras doenças em eliminação, responsável pelo acompanhamento e coordenação das comissões de IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose (gestão do uso dos recursos advindos de portarias específicas) e Comitês de Eliminação da Transmissão Vertical, Comitê Municipal de Validação, entre outros.



Composição: 01 enfermeiro responsável com o auxílio de outros servidores com atribuições compartilhadas entre setores;

11.21. SETOR DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Atribuições: Área responsável gestão do Programa Municipal de Tuberculose e Hanseníase (instituído, porém não formalizado por portaria).

Composição: 01 enfermeiro com o auxílio de outros servidores com atribuições compartilhadas entre setores.

11.22. SETOR DE ZOONOSES

Atribuições: A vigilância das zoonoses é uma área estratégica da Vigilância em Saúde que atua na prevenção, monitoramento, controle e eliminação de doenças que são naturalmente transmitidas entre animais e seres humanos. Essas enfermidades representam importante desafio para a saúde pública, especialmente em cenários de intensa urbanização, mudanças ambientais e estreita convivência entre humanos e animais domésticos ou silvestres. A atuação da vigilância das zoonoses envolve a identificação precoce de focos de transmissão, a investigação de casos suspeitos e a implementação de medidas de controle. Doenças como raiva, esporotricose, leishmaniose, leptospirose e febre maculosa exigem resposta integrada entre setores da saúde, meio ambiente e bem-estar animal. Além disso, a vigilância das zoonoses contribui com dados essenciais para o planejamento intersetorial, fortalecendo a abordagem “Uma Saúde”, que reconhece a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental na promoção de ações sustentáveis e efetivas de proteção coletiva.



Composição: 01 médico veterinário e 01 enfermeiro com o auxílio de outros servidores com atribuições compartilhadas entre setores.

12. VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador tem como função central proteger e promover a saúde da população por meio do controle de riscos sanitários, atuando sobre produtos, serviços, ambientes e processos de trabalho.

Estrutura de Atuação

- **Produtos e Serviços** – fiscalização de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, assegurando a qualidade de produtos e serviços oferecidos à população.
- **Alimentos** – inspeção de produção, transporte e comercialização de alimentos, com foco em boas práticas de manipulação e segurança alimentar.
- **Saneamento e Vigilância Ambiental** – monitoramento da qualidade da água, solo e ar; fiscalização de edificações, sistemas de abastecimento, esgoto e resíduos sólidos; atuação frente a riscos ambientais e zoonoses.
- **Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos de Saúde** – análise e liberação de projetos de serviços de alto risco sanitário, emissão de laudos e acompanhamento de obras.
- **Saúde do Trabalhador** – promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores; monitoramento de notificações de acidentes de trabalho (CATs); vigilância de ambientes laborais conforme pactuação nas esferas de governo.

Estratégias e Ferramentas

- Ações baseadas em legislações, protocolos técnicos e normas sanitárias.



- Educação sanitária e orientação a estabelecimentos e profissionais.
- Integração intersetorial, fortalecendo medidas preventivas.
- Sistema Equiplano – utilizado para protocolos e demandas de fiscalização.
- Canais de comunicação: e-mail institucional, telefone e atendimento via WhatsApp corporativo para ampliar o acesso da população.

Os setores de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador possuem uma equipe multiprofissional, composta por: assistente administrativo, Técnicos, Médicos Veterinários, nutricionistas, Químico, Enfermeiros, Farmacêuticos, Técnicos de Enfermagem, Técnico em Segurança do Trabalho e arquitetas.

A Tabela 67 apresenta o diagnóstico histórico das atividades realizadas pelas equipes de Vigilância Sanitária de 2021 à 2024.

Tabela 67 - Ações realizadas pela Vigilância Sanitária no Período de 2021 – 2024.

Atividades	2021	2022	2023	2024
Recebimento de Reclamações/denúncias (Todos os setores: Sanitária e Ambiental, Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da Água, Análise de Projetos e Vigilância em Saúde do Trabalhador)	744	218	246	242
Atendimento de Reclamações/denúncias (Todos os setores: Sanitária e Ambiental, Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da Água, Análise de Projetos e Vigilância em Saúde do Trabalhador)	744	218	246	242
Análise de PBA (Projeto Básico Arquitetônico)	170	202	175	213
Cadastro de novos estabelecimentos sujeitos à vigilância	351	302	632	411



Análise de PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)	163	132	176	186

Descrição dos serviços	2021	2022	2023	2024 (até 2º quadrimestre)
Vistorias técnicas: rotina e inspeção	1.863	2.003	2.228	2.220
Licenças sanitárias	2.036	1.788	1.822	1.915
Declaração de Dispensa de Licença	1.070	1.105	1.226	360
Anuências	140	80	73	133
Coleta de amostras de produtos sujeitos à vigilância	1	13	78	50
Coleta de amostras de água	952	678	983	1.058
Orientações/Parecer técnico/Atividade Educativa **	–	–	1.380	1.618
Termos/Notificações/Análise Documental **	–	–	804	1.134
Notificações de acidente de trabalho (geral) *	635	375	1.185	931

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Vigilância em Saúde, (jun./2025).

A Licença Sanitária é decorrente da solicitação do contribuinte que está realizando a abertura de estabelecimento comercial ou prestação de serviços, bem como na renovação anual de Licenças. O licenciamento no Município de Toledo atualmente atende a demanda provocada, ou seja, solicitações formais de licenciamento ou formalização de denúncia, tendo em vista que o número de profissionais em cada área de atuação não permite estabelecer rotina de ações para busca ativa de estabelecimentos sem Licença Sanitária.

As anuências em sua maioria são fornecidas em conjunto com outros órgãos da estrutura municipal, como as Secretarias de Meio Ambiente ou Agricultura, quando o pedido requer a análise conjunta para implantação



de determinada atividade. É um ato deliberativo no qual o Serviço de Vigilância Sanitária examina o objeto do pedido à luz da saúde pública.

A dispensa de licenciamento sanitário, se aplica aos estabelecimentos classificados como baixo risco sanitário, garantindo que os mesmos estejam aptos para o funcionamento. Esse documento passou a ser emitido a partir de abril de 2018, com a publicação da Portaria SMS 005/2018, que entre outras providências, dispunha sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária para fins de licenciamento. Através da publicação da Resolução SESA nº 1034/2020 e Decretos Municipais 1266 e 1299/2024, não são mais emitidos documentos de declaração de dispensa ou de licenciamento sanitário para estes estabelecimentos, apenas será emitido parecer técnico da conformidade destes estabelecimentos.

Outra ação importante desenvolvida pela Vigilância Sanitária são as inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). Tratam-se de estabelecimentos destinados às pessoas na faixa etária igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, e em virtude dos riscos relacionados à esta modalidade de assistência.

Atualmente, outra atividade importante e realizada pelo setor de alimentos, se refere à coleta para o Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA-PR), Programa de Monitoramento de Produtos de Origem Animal e para o programa Leite das Crianças, cujo objetivo é avaliar continuamente os níveis de resíduos químicos de agrotóxicos nos alimentos, fortalecendo a capacidade do Governo em atender a segurança alimentar e contribuir para a proteção e promoção da saúde da população.

A Vigilância Sanitária do município atua de forma integrada com a Vigilância Epidemiológica e o Laboratório Central (LACEN) na investigação de DTA através de inquérito alimentar, assegurando respostas rápidas e



eficazes diante de possíveis riscos à saúde pública. As ações incluem a identificação de casos suspeitos, coleta de dados epidemiológicos, inspeção sanitária nos locais de produção e comercialização de alimentos, além da coleta e envio de amostras para análise laboratorial. A partir dos resultados, são adotadas medidas corretivas, como interdição de estabelecimentos, descarte de produtos impróprios e orientação aos responsáveis. Essa abordagem contribui significativamente para a redução de riscos, prevenção de novos surtos e promoção de boas práticas sanitárias no setor de alimentos.

A Vigilância Sanitária, em conjunto com outros órgãos e secretarias (Polícia Militar, Polícia Civil, Corpo de Bombeiros, Meio Ambiente, Conselho Tutelar), executam ações denominadas Ação Integrada de Fiscalização Urbana (AIFU), para a realização de fiscalizações de estabelecimentos comerciais visando atender a demanda de denúncias relativas à perturbação do sossego, falta de alvará e outras autorizações oficiais, precárias condições de higiene, crianças em situações de risco, dentre outras reclamações, denúncias e solicitações. Desde 2021 foram realizadas 28 ações que resultaram na vistoria de diversos estabelecimentos, com foco na verificação de alvarás, condições sanitárias, segurança e cumprimento das normas legais. Como resultado, foram emitidas notificações e orientados os responsáveis pelos locais. A ação reforçou a presença do poder público, prevenir riscos à saúde e segurança da população e promoveu maior conscientização sobre a importância da regularidade e do respeito às leis.

12.1. COMBATE ÀS ENDEMIAS

O setor de combate às endemias em Toledo é operacionalizado principalmente pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE), que realizam



visitas domiciliares, ações educativas e orientações à população sobre a eliminação de criadouros e prevenção de doenças. Também executam atividades como Ecopontos itinerantes, palestras em locais de grande circulação e atendimento a denúncias recebidas por diferentes canais, contribuindo para o controle e monitoramento de vetores no município.

12.2. IMPORTÂNCIA DO COMBATE ÀS ENDEMIAS PARA TOLEDO

O Setor de Combate às Endemias em Toledo desempenha um papel crucial e multifacetado na proteção da saúde pública e na promoção da qualidade de vida da população. Doenças endêmicas, pela sua persistência e potencial de causar surtos e epidemias, representam um desafio contínuo para o município. A falta de controle desses agravos impacta diretamente o bem-estar dos cidadãos, sobrecarrega o sistema de saúde e pode gerar consequências socioeconômicas, como perdas de produtividade.

A atuação do setor vai além do enfrentamento das arboviroses, como dengue, zika e chikungunya, que, embora sejam uma prioridade devido à sua alta incidência e potencial epidêmico, não esgotam o campo de trabalho. O Setor de Combate às Endemias também é responsável pelo controle de outros vetores e hospedeiros que transmitem ou veiculam doenças, incluindo:

→ *Triatoma infestans*: conhecido como Bicho Barbeiro, este inseto é o vetor da Doença de Chagas. A vigilância entomológica e o controle desses insetos, especialmente em áreas rurais e de risco, são essenciais para prevenir a transmissão da Doença de Chagas, uma patologia crônica e debilitante.



→ Escorpiões: Embora não transmitam doenças infecciosas, a presença de escorpiões representa um risco significativo de acidentes por envenenamento, que podem ser graves, especialmente em crianças. As ações do setor envolvem a identificação de áreas de ocorrência, orientação à população sobre medidas preventivas e o manejo de situações de risco.

→ *Achatina fulica*: conhecido por Caramujo-africano, embora não seja um vetor direto de doenças humanas, este molusco pode hospedar o parasita *Angiostrongylus cantonensis*, causador da meningite eosinofílica em humanos. Seu controle envolve a remoção manual do hospedeiro, educação ambiental e o manejo adequado do lixo para evitar a proliferação, minimizando riscos à saúde pública.

→ Raiva Humana: é uma doença infecciosa, zoonótica e antroponozoonótica transmitida ao homem pela inoculação do vírus rábico contido na saliva do animal infectado, principalmente, por intermédio da mordedura e, raramente, pela lambedura ou arranhadura de mucosas. Tem como principais fontes de infecção urbana o cão e o gato, e silvestre o morcego. Devido às suas consequências clínicas e à letalidade máxima, a Raiva constitui-se em problema grave de Saúde Pública. As ações do setor envolvem o isolamento da área que circunda o local de ocorrência, orientações à população sobre as medidas a serem tomadas e encaminhamento ao setor da vigilância em saúde.

Essa abordagem abrangente permite que o Setor de Combate às Endemias de Toledo atue de forma proativa na prevenção de diversas enfermidades e acidentes por animais peçonhentos, contribuindo para a segurança sanitária e a qualidade de vida da comunidade.



12.3. MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

A eficácia das ações de combate a endemias é mensurada e direcionada por meio do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), que consiste em um mapeamento rápido dos índices de infestação por *Aedes aegypti*, realizado em seis ciclos anuais. Esta metodologia é essencial para identificar os criadouros predominantes em Toledo, permitindo uma clara visualização da situação de infestação em diversas áreas do município. Além disso, ela serve como uma ferramenta estratégica para direcionar as ações de controle para as regiões mais críticas e durante os períodos de maior risco.

12.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO LIRAA

A partir de 2025, Toledo intensificou o combate ao *Aedes aegypti*, vetor da dengue, aumentando a frequência do Levantamento Rápido de Infestação (LIRAA). Anteriormente realizado quatro vezes ao ano, o monitoramento agora ocorre em seis edições anuais: janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro. Essa ampliação visa acompanhar de perto a população do mosquito e identificar as áreas de maior risco na cidade. A Tabela 68 mostra a classificação dos índices de infestação por *Aedes aegypti*.

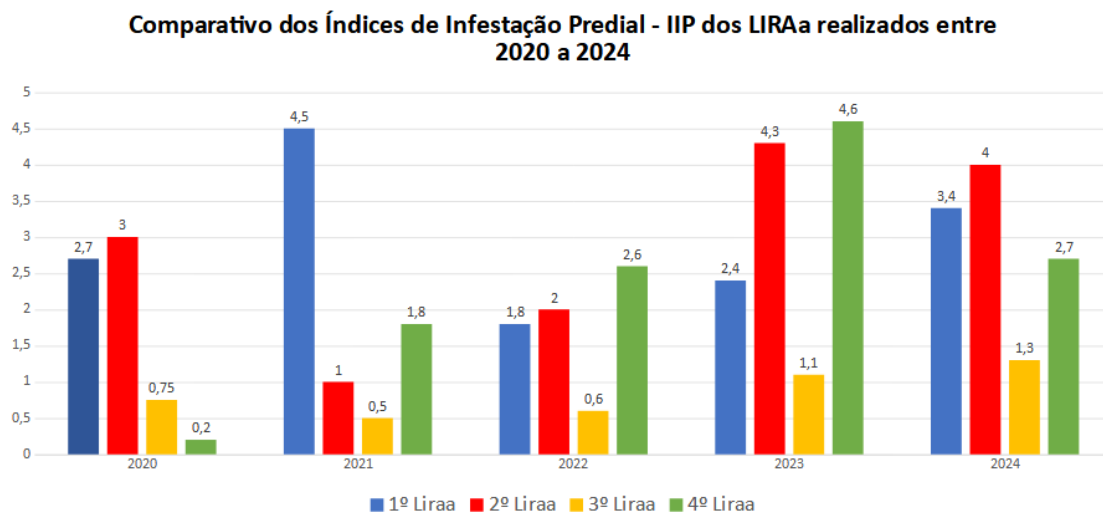
Tabela 68 - Índice de infestação por *Aedes aegypti*.

IIP (%)	Classificação
< 1	Satisfatório
1 - 3,9	Alerta
> 3,9	Risco

FONTE: Diretrizes Nacionais para a prevenção e controle de epidemias de Dengue, 2009, MS. Acesso em 06/06/2025.

Conforme dados demonstrados acima, os resultados dos LIRAA nos últimos anos em Toledo revelaram índices de infestação acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, reforçando a urgência e a necessidade contínua de ações eficazes para controlar a proliferação do mosquito e combater a doença.

Gráfico 25 - Resultados do Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA) em Toledo (2020-2024).



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Vigilância em Saúde, (2025).



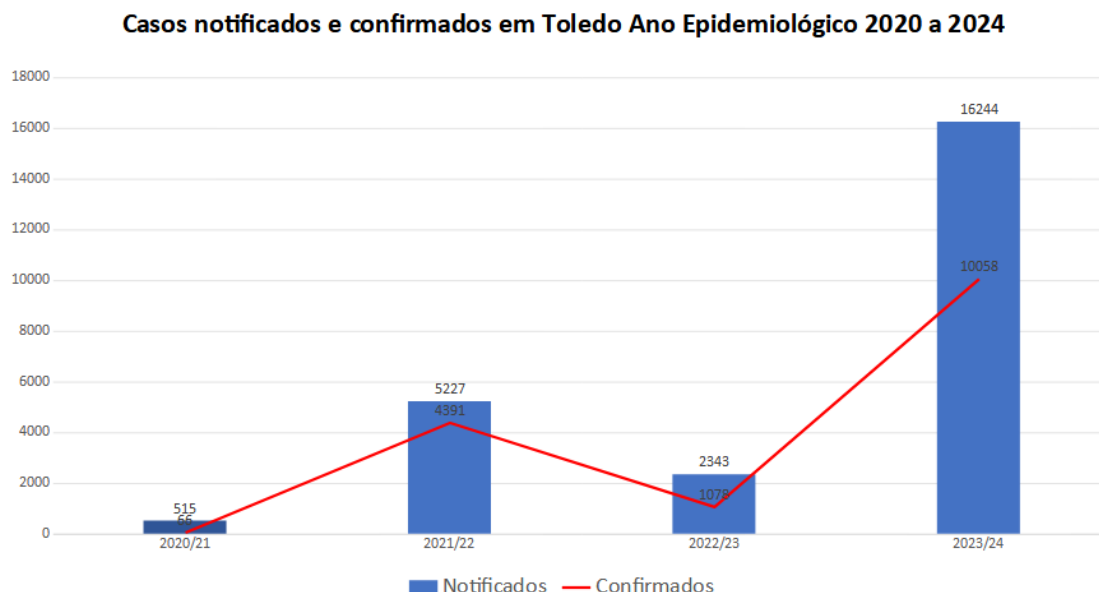
12.5. HISTÓRICO DOS CASOS DE DENGUE DE 2020 A 2024

Toledo tem enfrentado sérios desafios no combate à dengue nos últimos anos. Em 2021/2022, a cidade decretou epidemia devido ao alto número de casos, o que impactou negativamente os serviços de saúde e o setor produtivo. A partir de então, a metodologia de cálculo para monitorar a doença mudou, seguindo a recomendação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). Em vez de usar apenas o número de casos positivos por habitante, Toledo passou a adotar o canal endêmico como ferramenta de monitoramento.

Foram implementadas diversas medidas de controle e prevenção. Entre elas, destacam-se as campanhas de conscientização para eliminação de focos do mosquito, a intensificação das vistorias pelos Agentes de Combate às Endemias (ACEs), o reforço da vigilância epidemiológica e a orientação aos profissionais de saúde que prestam assistência direta e indireta à população.

Consecutivamente, Toledo atingiu o pico da epidemia de dengue seguindo o calendário epidemiológico 2023/2024, conforme demonstrado pelos dados que apontam para um número recorde de casos notificados e confirmados. Conforme pode ser observado no Gráfico 26.

Gráfico 26 - Histórico do número de casos notificados e confirmados de dengue por Ano Epidemiológico.



FONTE: SINAN. (jun./2025).

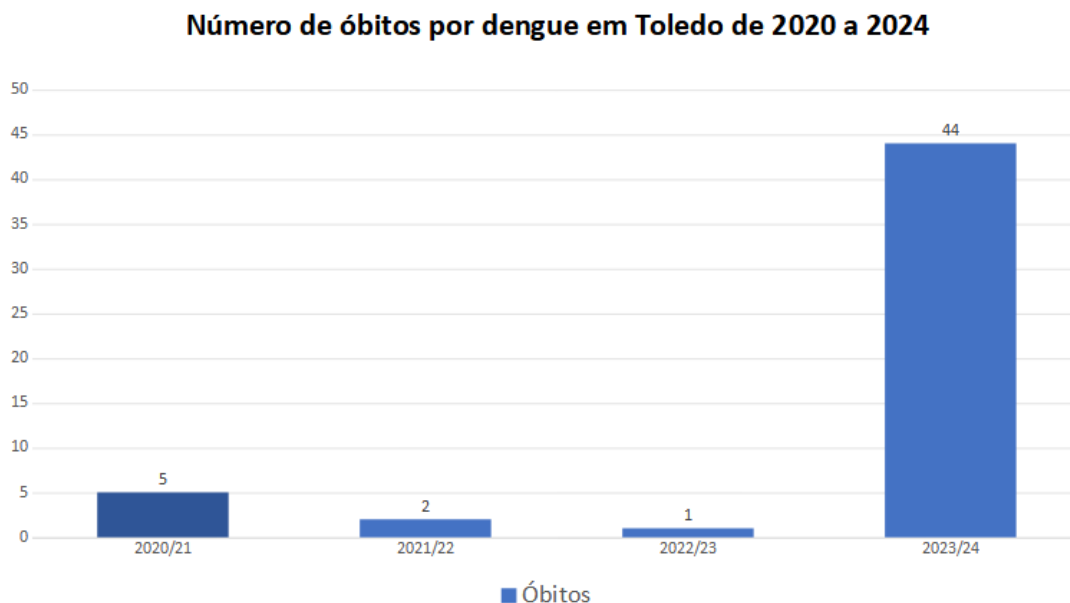
Anteriormente, o cálculo do ano epidemiológico para a dengue, no Paraná, era feito de agosto de um ano a julho do ano seguinte. No entanto, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR) alterou essa metodologia. A partir de 2025, seguindo as novas diretrizes da SESA/PR, os dados de dengue passam a ser contabilizados anualmente, começando da primeira semana de cada ano (ou seja, de janeiro a dezembro). Essa mudança alinha o estado do Paraná ao calendário do Ministério da Saúde e facilita a análise dos dados epidemiológicos, considerando que a dengue tem se manifestado durante todo o ano, e não apenas sazonalmente.

12.6. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR DENGUE

A análise detalhada dos registros epidemiológicos, conforme evidenciado no Gráfico 27, revela que os primeiros óbitos atribuídos à dengue no município de Toledo ocorreram durante a epidemia de dengue em 2020. Este marco inicial sinalizou o início de um período desafiador para

a saúde pública local. Desde então, o impacto cumulativo da doença tem sido significativo, resultando na perda de 52 vidas em Toledo devido a complicações severas associadas à infecção pelo vírus da dengue.

Gráfico 27 - Número de óbitos por dengue nos Anos Epidemiológicos de 2020 a 2024.



FONTE: SINAN. (jun./2025).

Os anos epidemiológicos de 2023 a 2024 representam o período mais crítico e letal na história de Toledo no que tange aos óbitos por dengue. Durante este intervalo de tempo, o município registrou o número mais elevado de fatalidades já documentadas, totalizando 44 óbitos. Este dado ressalta a gravidade da situação enfrentada pela população e pelos serviços de saúde. Uma análise discriminada por gênero revela que, dentre as vítimas, 18 eram indivíduos do sexo masculino e 26 eram do sexo feminino. Esta distribuição salienta que a dengue representa uma ameaça indiscriminada, afetando ambos os sexos de forma substancial.



12.7. SITUAÇÃO DO EFETIVO DE AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)

Atualmente, o município de Toledo conta com 105 Agentes de Combate às Endemias (ACE) atuando em todo o território, desse total, 07 são supervisores de campo, 02 são supervisores gerais e 01 é coordenador. Conforme dados atualizados de 2025, o Setor de Combate às Endemias de Toledo tem em seu Registro Geográfico um total de 77.317 imóveis cadastrados no município. Desse número, 73.309 estão localizados na área urbana e 4.008 na área rural. Um dado crucial para as ações de prevenção é a identificação de 367 imóveis classificados como Pontos Estratégicos. Esses locais representam um risco elevado para a proliferação do *Aedes aegypti*, e exigem monitoramento quinzenal contínuo por parte dos Agentes de Combate às Endemias.

Para assegurar a eficácia das ações de controle vetorial em Toledo, o setor de Endemias precisa manter um quadro adequado de supervisores e Agentes de Combate às Endemias (ACEs). Isso está em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e as Diretrizes Nacionais, que estabelecem proporções específicas para otimizar o trabalho.

De forma a garantir a eficiência do trabalho, o ideal é que haja 01 supervisor de campo para cada 10 Agentes de Combate às Endemias (ACEs), e 01 supervisor geral para cada 05 supervisores de campo. Além disso, a estrutura ideal prevê 01 ACE para cada 800 a 1.000 imóveis, o que corresponde a um rendimento diário de 20 a 25 vistorias por agente. Manter esses quantitativos é fundamental para garantir a cobertura e a qualidade das atividades de prevenção e combate à dengue em nosso município.



É importante destacar que o aumento populacional, a expansão urbana e a constante mudança no perfil epidemiológico evidente no município. Consequentemente, demandam uma avaliação periódica da cobertura e da capacidade operacional do setor a fim de manter a cobertura de todas as áreas.

12.8. DESEMPENHO E COBERTURA DAS AÇÕES DO SETOR DE ENDEMIAS

As principais métricas de produtividade e alcance das atividades desenvolvidas pelo setor de endemias no período de 2021 a 2024, podem ser observadas na Tabela 69.

Tabela 69 - Atividades de vistoria e recuperação de imóveis, 2020 a 2024.

	2020	2021	2022	2023	2024
Total de visitas (Vistoriados + Fechados)	263.155	218.645	265.863	288.389	407.760
Vistorias em Imóveis	173.545	139.759	163.986	169.796	249.865
Vistorias não realizadas (Imóveis Fechados)	89.610	78.886	101.877	115.417	153.236
Imóveis Recuperados	8.394	3.433	5.673	10.136	12.323
Vistoria em Pontos Estratégicos	1.212	1.613	1.914	3.176	4.659
Manifestações Recebidas (Ouvidoria + Setor)	sem dados	616	1.262	1.172	1.118
Manifestações Atendidas (Ouvidoria + Setor)	sem dados	616	1.262	1.172	1.118

FONTE: Relatório estatístico e Sistema de Informação de Agravos (SINAN). (jun./2025).



Os dados apresentados detalham a produtividade do setor de endemias, com foco nas ações de campo e na cobertura de visitas. Primeiramente, o Total de visitas (Vistoriados + Fechados) abrange a totalidade das interações dos agentes de endemias, consolidando tanto as vistorias bem-sucedidas quanto os casos em que o imóvel estava fechado no momento da abordagem inicial.

Em seguida, as Vistorias em Imóveis representam as ações efetivas de inspeção e educação sanitária. Nessas visitas, os agentes puderam não apenas eliminar possíveis focos de vetores, como o mosquito *Aedes aegypti*, mas também fornece orientações cruciais sobre saúde pública e prevenção de doenças à população residente.

Em contrapartida, as Vistorias não realizadas (Imóveis Fechados) destacam os imóveis onde a equipe não conseguiu acessar no primeiro momento, por estarem desocupados ou sem ninguém presente durante a passagem do agente. Entretanto, essa categoria é complementada pelos Imóveis Recuperados, que demonstra a persistência e eficácia dos agentes. Essa métrica se refere aos imóveis inicialmente registrados como fechados, mas que foram revisitados em outro dia e, finalmente, tiveram a vistoria realizada com sucesso, garantindo a cobertura sanitária.

Além disso, a Vistoria em Pontos Estratégicos ressalta a abordagem direcionada do setor de endemias. Esta categoria engloba as inspeções realizadas em locais específicos, identificados como de alto risco para a proliferação de vetores de doenças. Tipicamente, esses pontos são estabelecimentos não residenciais como borracharias, desmanches, sucaterias, cemitérios, entre outros, que devido às suas características, apresentam maior potencial para a formação de criadouros, exigindo atenção prioritária para a prevenção de endemias.

Por fim, a tabela inclui as Manifestações Recebidas (Ouvidoria + Setor) e as Manifestações Atendidas (Ouvidoria + Setor). As manifestações



recebidas englobam todas as denúncias e solicitações que chegam ao setor por diversos canais, como ouvidorias (onde a população pode reportar anonimamente ou não a existência de possíveis criadouros de *Aedes aegypti* em imóveis ou outros locais), protocolos formais, mensagens via WhatsApp, ligações telefônicas, entre outros meios de comunicação. Já as manifestações atendidas referem-se àquelas que, após o recebimento, foram processadas e tiveram a devida ação ou resposta por parte da equipe, evidenciando a capacidade de resolução e o engajamento do setor de endemias em atender às demandas da comunidade.



13. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

13.1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro nível de atenção do cuidado integral, contínuo, humanizado, resolutivo e territorializado da população. Por meio da APS, os usuários acessam serviços que abrangem desde a promoção da saúde até o acompanhamento de condições crônicas ao longo de toda a vida.

A rede de APS é constituída principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam as Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (EAP) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), além de modalidades diferenciadas como as Equipes de Atenção Prisional (EAPP) e Equipe de Saúde Bucal Diferenciada com carga horária reduzida (ESBD). Essas equipes têm como missão identificar as necessidades de saúde da comunidade, promover ações de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de atuar de forma integrada com os demais níveis de atenção.

No município de Toledo, todas as equipes são responsáveis por realizar o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e, quando necessário, encaminhá-lo aos serviços especializados por meio de sistemas de regulação. Esse fluxo é essencial para garantir o acesso ordenado e racional à Média e Alta Complexidade (MAC), promovendo a integralidade do cuidado.



13.2. AVANÇOS E DESAFIOS NO PERÍODO 2020-2024

O período de 2020 a 2024 foi marcado por desafios significativos à saúde pública, especialmente em decorrência da pandemia de COVID-19. Em 2021, a crise sanitária persistiu com altos índices de infecção e mortalidade, impactando diretamente os serviços de saúde.

Apesar das adversidades, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhou um papel fundamental na coordenação da resposta nacional, assegurando o acesso universal e gratuito à vacinação, bem como aos atendimentos de urgência e emergência (BRASIL, 2024).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde intensificou ações para o fortalecimento da APS. Entre 2023 e 2024, o Programa Mais Médicos foi retomado e ampliado, alcançando 25.421 médicos em todo o país — um aumento de 85% em relação a 2022. A nova fase, “Mais Médicos para o Brasil”, priorizou a fixação de profissionais em áreas de difícil provimento e valorizou egressos de instituições brasileiras de ensino superior.

Em 2024, o financiamento federal para a APS foi ampliado em 28%, passando de R\$ 27,3 bilhões em 2023 para R\$ 35 bilhões. Os investimentos contemplaram a expansão da Estratégia Saúde da Família, o aumento das equipes multiprofissionais, a qualificação da atenção em saúde bucal e o fortalecimento de iniciativas voltadas à população vulnerável, como o Consultório na Rua (BRASIL, 2024).

Além disso, foi implementado novo modelo de financiamento da APS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que introduziu critérios de desempenho e indicadores de qualidade, com o objetivo de promover maior equidade e eficiência na alocação de recursos. Esse modelo contribuiu para um aumento nacional de 16% no número de consultas



médicas e de 29% nos procedimentos realizados em relação a 2022 (SISAB, 2025).

13.3. REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NO CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO

Com o fim da emergência sanitária da COVID-19, houve a retomada plena das ações estratégicas e coletivas da APS, fundamentais para o cuidado contínuo e a promoção da saúde. Foram reativados grupos de gestantes, de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), ações de saúde mental e atividades educativas. Também houve a reimplementação ampliada do Programa Saúde na Escola (PSE), promovendo a articulação entre saúde e educação, com foco na prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis e acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Criado pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, o PSE é estruturado em ciclos bienais e executado de forma pactuada entre os municípios e os Ministérios da Saúde e da Educação. Ações como avaliação de saúde, vacinação, escovação dental supervisionada e prevenção de agravos são desenvolvidas nas escolas públicas, sendo o financiamento condicionado ao cumprimento das metas pactuadas, conforme a Portaria Interministerial nº 1.055/2017.

No município, as ações de saúde bucal no âmbito do PSE ganharam destaque nos últimos anos, com a retomada de práticas como o bochecho fluoretado, ampliando o alcance das intervenções educativas e preventivas no ambiente escolar.

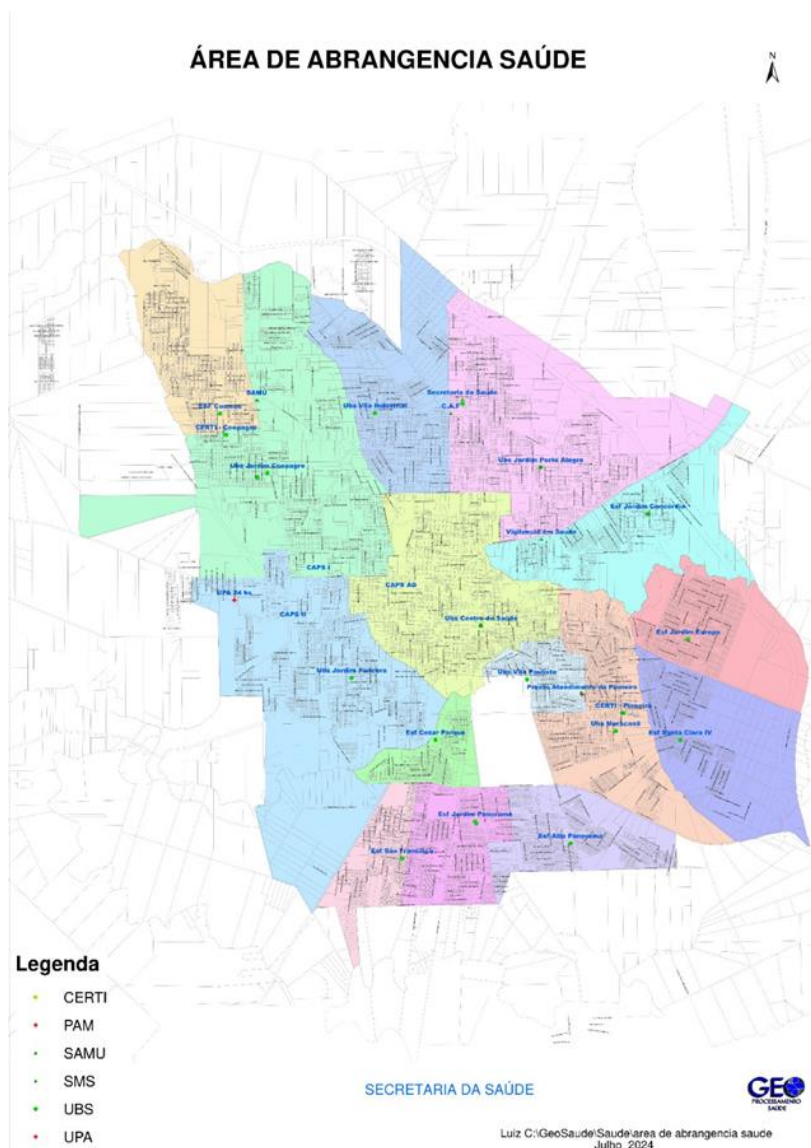


13.4. ESTRUTURA E AVANÇOS DA REDE DA APS

A Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Toledo é composta por 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas entre zonas urbanas e rurais, incluindo dois pontos de atendimento nos Centros de Revitalização da Terceira Idade (CERTI), configurando-se como porta de entrada preferencial ao SUS. A estrutura é complementada por serviços próprios como o Ambulatório Materno Infantil (AMI), o Ambulatório de Feridas e Ostomias e o Polo da Academia da Saúde, totalizando 32 unidades físicas voltadas ao cuidado primário.

Em relação à área geográfica dos equipamentos e serviços da saúde, na figura 17, apresentamos o mapa da área urbana de abrangência no município, atualizado em 24 de julho de 2024. Em seguida a figura 18 mostra o mapa da área rural de abrangência da saúde, cuja última atualização ocorreu em dezembro de 2019, mantendo-se com as mesmas características até 2024.

Figura 17 - Mapa de abrangência das Unidades de Saúde da zona urbana



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), (2024).

Figura 18- Área de Abrangência das Unidades de Saúde do Interior.



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), (2019).

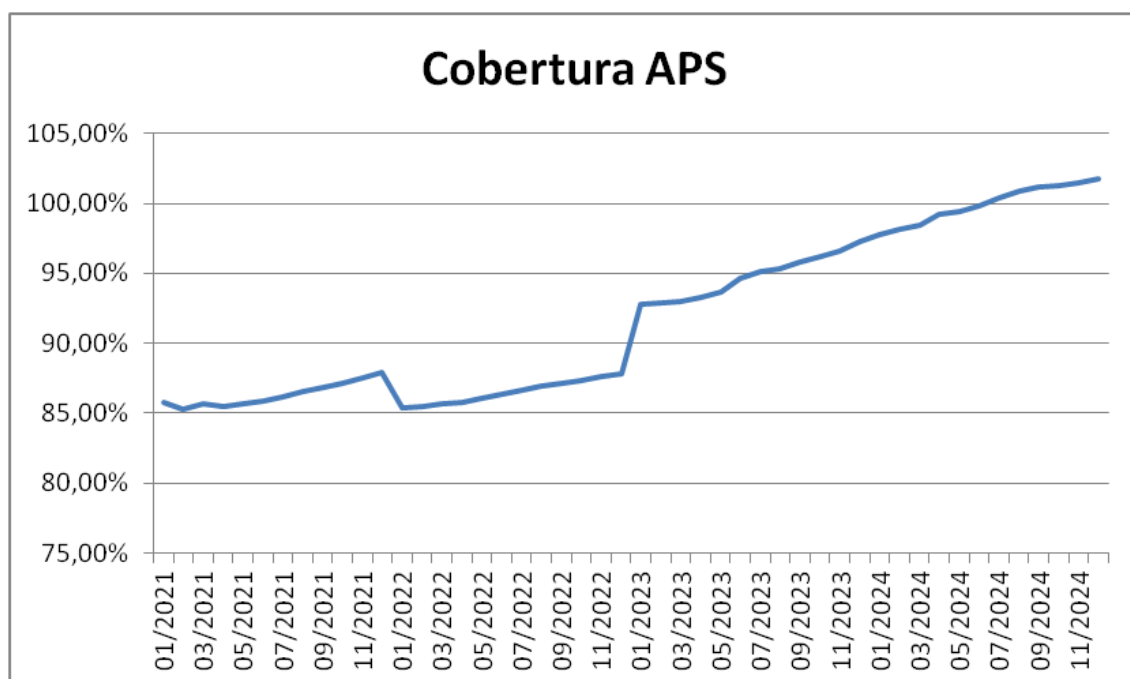
A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com 14 equipes ativas, sendo 10 urbanas e 4 rurais, com cobertura em bairros e distritos estratégicos. Destaca-se a UBS Jardim Europa, habilitada no Programa Saúde na Hora, com atendimento estendido das 7h às 19h.

Além disso, o município possui 8 Equipes de Atenção Primária (EAP), sendo 5 urbanas e 3 rurais, além de unidades com atendimento tradicional em distritos como Dois Irmãos e Vila Ipiranga, com atendimento das 7h às 13h.

Com base em dados do e-Gestor e na estimativa populacional de 2024 (158.620 habitantes), Toledo dispõe de 33 equipes de ESF, 18 EAPs, das quais 15 estão homologadas, e 188 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 158 homologados pelo Ministério da Saúde.

No cálculo da cobertura da Atenção Primária à Saúde são consideradas as equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) e EAP. Com esses dados, Toledo apresenta uma cobertura estimada de 105,25%, o que reflete a ampla capacidade instalada e a centralidade da APS como principal ordenadora do cuidado no município.

Gráfico 28 - Cobertura da Atenção Primária no Município de Toledo - 2021 a 2024.



FONTE: E-gestor - Ministério da Saúde. Relatórios Públicos. Cobertura da APS. (mai./2025).

O Gráfico acima apresenta a evolução do percentual médio de cobertura populacional da Atenção Primária (APS) no município de Toledo. Observa-se uma tendência de crescimento da cobertura associada principalmente à ampliação do número de equipes de ESF ou EAP, bem como, às variações na composição das equipes — em especial, na presença de médicos e enfermeiros.

Ressalta-se que a metodologia de cálculo da cobertura da APS, definida pelo Ministério da Saúde, considera não apenas o número de equipes e seus respectivos modelos (ESF ou EAP), mas também a carga horária semanal dos profissionais médicos e enfermeiros vinculados a essas equipes. Alterações na força de trabalho impactam diretamente o indicador.

Importante destacar que, apesar da publicação da Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2025, que modificou os parâmetros populacionais por equipe para fins de financiamento e planejamento, a metodologia de cálculo da cobertura populacional da APS permaneceu inalterada até o presente momento, o que assegura a comparabilidade dos dados ao longo do período analisado.

13.5. POPULAÇÃO ASSISTIDA POR EQUIPE

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em Toledo a partir de 2010, constitui um modelo de atenção à saúde baseado no trabalho multiprofissional, cuja principal característica é a atuação em um território definido, com responsabilidade sanitária sobre a população adscrita. O objetivo central da ESF é promover cuidado contínuo, integral e resolutivo, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cada equipe da ESF é composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e ACS. A equipe pode ser ampliada com a inclusão de cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, além de contar com o suporte da equipe de apoio administrativo e operacional, formada por assistente administrativo, farmacêutico, atendente de farmácia e auxiliar de serviços gerais.



Atualmente o município conta com 33 equipes de ESF (credenciadas), distribuídas de forma estratégica nas áreas urbanas e rurais, totalizando uma população adscrita de 99.000 habitantes e população cadastrada de 106.248 pessoas, conforme registros do SIGSS (maio/2025). Algumas equipes apresentam sobrecarga populacional significativa, como na ESF Jardim Pancera, com até 5.547 pessoas cadastradas, conforme apresentado nas tabelas abaixo.

Tabela 70 - Unidades de Estratégia de Saúde da Família e número de equipes, no município de Toledo-PR.

UNIDADE	NÚMERO DE EQUIPES
ESFSB Jardim Europa	04
ESFSB São Francisco	02
ESFSB Jardim Panorama	04
ESFSB Jardim Santa Clara IV	03
ESFSB Jardim Pancera	03
ESFSB Jardim Concórdia	02
ESFSB Jardim Bressan/Cezar Parque	02
ESFSB Jardim Cosmos/Fachini	04
ESFSB Alto Panorama	03
ESFSB Jardim Paulista	02
ESFSB Interior Oeste (Concórdia do Oeste)	01
ESFSB Vila Nova	01
ESFSB Novo Sarandi	01
ESFSB Interior Leste (São Luís do Oeste/Bom Princípio)	01
TOTAL	33

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), (2025).



Tabela 71 - Unidades de ESF e número de equipes por unidade.

ESF	Identificação da Equipe	Ano de Implantação	População Adscrita*	População cadastrada
ESFSB Jardim Europa	ESF 01	2010	3.000	2.888
	ESF 02	2010	3.000	2.974
	ESF 03	2010	3.000	3.013
ESFSB Jardim Europa	ESF 11	2014	3.000	3.305
ESFSB São Francisco	ESF 04	2011	3.000	3.905
	ESF 05	2011	3.000	4.000
ESFSB Jardim Panorama	ESF 06	2013	3.000	3.879
	ESF 07	2013	3.000	3.946
	ESF 08	2015	3.000	3.604
ESSB Jardim Santa Clara IVF	ESF 31	2024	3.000	2.577
	ESF 09	2014	3.000	3.309
	ESF 10	2014	3.000	3.543
ESFSB Jardim Pancera	ESF 32	2024	3.000	2.291
	ESF 13	2015	3.000	5.547
	ESF 14	2015	3.000	4.029
ESFSB Jardim Concórdia	ESF 28	2023	3.000	1.881
	ESF 12	2015	3.000	3.489
ESFSB Jardim Bressan/Cezar Parque	ESF 20	2018	3.000	3.014
	ESF 15	2016	3.000	3.399
	ESF 27	2023	3.000	2.125
ESFSB Jardim Cosmos/Fachini	ESF 16	2016	3.000	3.360
	ESF 17	2016	3.000	3.556
	ESF 18	2020	3.000	3.289
ESFSB Alto Panorama	ESF 25	2022	3.000	2.672
	ESF 22	2020	3.000	3.077
	ESF 23	2020	3.000	3.696
ESFSB Jardim Paulista	ESF 33	2024	3.000	2.154
ESF Interior Oeste (Concórdia do Oeste)	ESF 29	2024	3.000	1.835
	ESF 30	2024	3.000	2.441
ESFSB Vila Nova	ESF 21	2019	3.000	2.706
ESFSB Novo Sarandi	ESF 24	2021	3.000	4.184
ESFSB Interior Leste (São Luís do Oeste/Bom Princípio)	ESF 19	2018	3.000	4.131
	ESF 26	2023	3.000	2.429
TOTAL			99.000	106.248

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) - Relatório de cadastros vinculados por equipe. (mai./2025).

NOTA: Parâmetro estabelecido pela Portaria 3.493, de 10 de abril de 2024.

O município de Toledo tem adotado medidas estratégicas para fortalecer sua rede assistencial. Atualmente, está prevista a implantação de



mais uma equipe de Saúde da Família (ESF) e uma equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESFB) no bairro Paulista (ESFSB Paulista).

Além disso, o município já projeta a construção de novas Unidades Básicas de Saúde de porte III, com o objetivo de qualificar a infraestrutura e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Essas ações reafirmam o compromisso da gestão municipal com o fortalecimento da APS, visando atender de forma qualificada e resolutiva às demandas da população, além de garantir uma rede de atenção cada vez mais abrangente, estruturada e eficaz.

No modelo de Equipe de Atenção Primária (EAP), as primeiras implantações ocorreram a partir de 2019, com destaque para a EAP Jardim Porto Alegre, pioneira nessa modalidade. Até dezembro de 2024, o município contava com um total de 20 equipes de Atenção Primária, das quais 15 já se encontram homologadas junto ao Ministério da Saúde.

Tabela 72 - EAPs com número de equipes, ano de implantação, carga horária e cobertura populacional.

UBS	Id. Equipe	Ano Implantação	Carga horária	Pop. Adscrita*	Pop. Cadastrada
Centro de Saúde	eAP 01	2020	30hs	2.250	7.817
	eAP 02	2020	30hs	2.250	6.262
	eAP 03	2023	30hs	2.250	4.262
	eAPP	2023	20hs	1.700	507
Coopagro	eAP 01	2020	30hs	2.250	6.473
	eAP 02	2020	30hs	2.250	7.795
	eAP 03	2023	20hs	1.500	2.803
Maracanã	eAP 01	2020	30hs	2.250	8.859
	eAP 02	2021	20hs	1.500	7.987
Porto Alegre	eAP 01	2019	30hs	2.250	6.903
	eAP 02	2021	20hs	1.500	7.152
	eAP 03	2023	30hs	2.250	1.267
Industrial	eAP 01	2020	20hs	1.500	4.629
	eAP 02	2021	30hs	2.250	5.433
CERTI Pioneira	eAP 01	2023	20hs	1.500	5
CERTI Coopagro	eAP 01	2023	20hs	1.500	1
Boa vista/Ouro Preto (área rural)	eAP 01	2021	30hs	2.250	1.497



Dez de Maio/Cerro da Lola (área rural)	eAP 01	2024	30hs	2.250	1.601
Novo Sobradinho (área rural)	eAP 01	2024	30hs	2.250	1.056
Dois Irmãos/Vila Ipiranga (área rural)	eAP 01	2025	30hs	2.250	1.159
TOTAL	15 EAPs	-	-	39.950	80.468

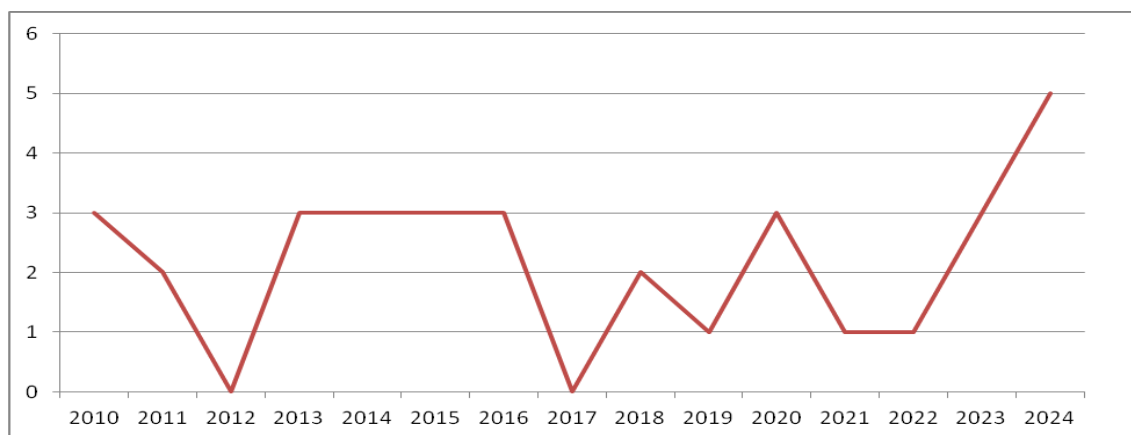
FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) - Relatório de cadastros vinculados por equipe, (mai./2025).

NOTA: Parâmetro estabelecido pela Portaria 3.493, de 10 de abril de 2024.

O Município ainda conta com dois CERTI que ficam localizados no Jardim Coopagro e na Vila Pioneira. São equipamentos da Secretaria de Assistência Social em que há atuação das equipes mínima, sendo um médico generalista, enfermeiro e técnico de enfermagem, porém sem a presença do profissional ACS, fato que explica a falta de população cadastrada, uma vez que são equipamentos que atendem a toda uma região dentro da cidade.

O gráfico abaixo conseguimos visualizar a quantidade de equipes implantadas por ano no município, abrangendo uma série histórica desde 2010, ano de implantação da primeira ESF.

Gráfico 29 - Série histórica implantação de ESF no município.

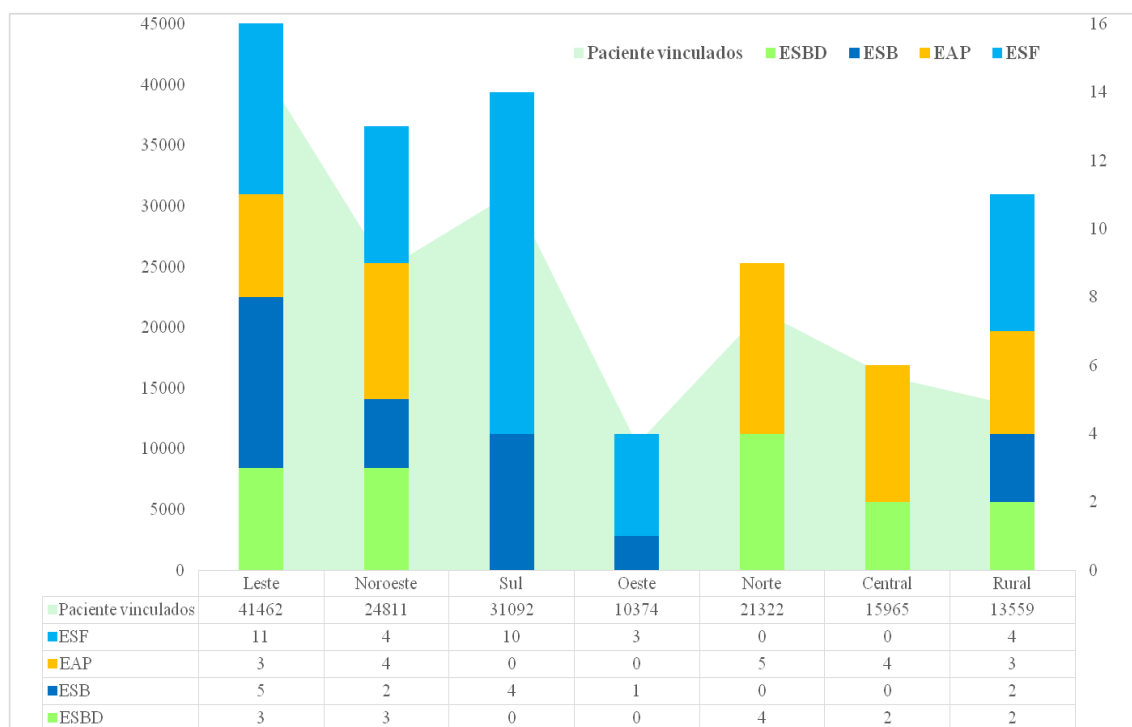


FONTE: CNES. Relatórios públicos - Equipes e estabelecimentos homologados, (2025)

No gráfico a seguir apresenta com maior nitidez a distribuição das equipes de ESF, EAP, ESB e ESBD por regiões do município, observa-se uma

distribuição desigual entre os territórios, com destaque para as regiões Norte e Central, que contam apenas com equipes EAP e ESBD, enquanto as regiões Sul e Oeste concentram equipes ESF e ESB, sem presença de EAP ou ESBD.

Gráfico 30 - Distribuição das equipes de saúde por regiões no município.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no dado do PPA 2026 - 2029, (2025).

Atualmente, há previsão de construção de 6 novas UBS, sendo a adoção do modelo de ESF, sendo elas: no Jardim Anápolis, Jardim Orquídeas, Bressan/Cezar Parque e Vila Becker, todas de porte III (3 equipes), na Vila Pioneira porte IV (4 equipes), ambas provenientes de convênio com o Governo do Estado, bem como a construção da Unidade-Escola no Jardim Vale da Mata porte III (3 equipes), sob responsabilidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), convênio firmado para a construção de uma UBS Escola.

Ademais, reformas e ampliações também estão previstas no Jardim Europa (reforma), Santa Clara IV (ampliação), São Francisco (ampliação),

Pancera (ampliação), Jardim Alto Panorama (reforma). Cabe ressaltar que o planejamento e estudos frente a ampliações e reformas são constantes.

A organização da Atenção à Saúde em Redes pressupõe uma Atenção Primária à Saúde (APS) fortalecida, responsável pela coordenação do cuidado e reconhecida como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS desempenha papel central na articulação com os demais níveis de atenção, garantindo continuidade e integralidade da assistência.

O município de Toledo integra diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre elas: Rede de Atenção Materno-Infantil; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Condições Crônicas, operacionalizada por meio do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os fluxos assistenciais dentro dessas Redes são organizados com base na classificação e estratificação de risco, tanto para condições agudas quanto crônicas, assegurando que os usuários classificados como de alto risco sejam devidamente referenciados aos pontos de atenção especializados, conforme a complexidade de suas necessidades.

Ressalta-se que, mesmo após o encaminhamento para outros níveis de atenção, a APS mantém a responsabilidade pelo acompanhamento contínuo desses usuários, assegurando o vínculo longitudinal e o monitoramento da evolução dos casos, em consonância com os princípios da atenção integral e coordenada preconizados pelo SUS.

No contexto local, o município de Toledo promoveu uma significativa reestruturação da APS, marcada pela expansão da cobertura, contratação de novos profissionais e qualificação do atendimento. Entre os avanços, destacam-se:

- Implantação de 10 novas Equipes de Saúde da Família (ESF);



- Consolidação de 11 Equipes de Atenção Primária (EAP);
- Ampliação da cobertura em saúde bucal de 12% para 44% entre 2021 e 2024, impulsionada pela contratação de novos cirurgiões-dentistas (E-Gestor, 2025);
- Implementação do acolhimento como prática institucional em todas as UBS;
- Reconhecimento nacional pela excelência em saúde pública, como:
 - Certificação de dupla eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis (único município brasileiro com tal reconhecimento em 2023);
 - Prêmio Gestor Público do Paraná;
 - Cruz da Referência Nacional pela ANCEC (Associação Nacional de Cultura e Empreendedorismo Cidadão).

13.6. ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS DE FORTALECIMENTO DA APS

13.6.1. Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços médicos. A estratégia visa o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a ampliação da cobertura assistencial e o provimento de médicos nos territórios prioritários.



Em continuidade às ações do Mais Médicos, foi instituído o Programa Médicos pelo Brasil, por meio da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, com início da execução em abril de 2022.

Em 2023, a política federal passou por nova reformulação com a publicação da Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, que instituiu a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos. Essa legislação alterou dispositivos das Leis nº 12.871/2013 e nº 12.101/2009, reafirmando o compromisso com a formação profissional, a educação permanente e a ampliação do acesso à saúde por meio de especialistas formados segundo as diretrizes do SUS. Adicionalmente, a Portaria GM/MS nº 36, de 12 de janeiro de 2024, determinou a obrigatoriedade de que todos os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos estejam alocados exclusivamente em equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), o que exigiu reestruturação na alocação dos profissionais no município, uma vez que estavam em UBS, mas não todos especificamente em ESF. Atualmente, embora a maioria dos médicos já esteja integrada às equipes, o processo de alocação ainda está em andamento, visando atender integralmente às normativas federais e fortalecer a Atenção Primária à Saúde no município.

Atualmente no Programa Mais Médicos no município possuímos 17 médicos atuando. Destes, 8 são médicos brasileiros com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e 9 são médicos intercambistas. A carga horária padrão de atuação desses profissionais é de 36 horas semanais, com exceção de um médico que atua em regime de 32 horas semanais. Importante destacar que, até fevereiro de 2025, o município contava com um médico vinculado ao Programa Médicos pelo Brasil, que foi desligado do programa nesse período.



13.6.2. Programa de Residência Médica

Em novembro de 2024, foi aprovada a Resolução nº 033, que instituiu o Programa de Residência Médica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com duração de dois anos. A criação do programa representa um marco importante para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que ele foi estruturado com foco na formação de profissionais na área de Medicina de Família e Comunidade, especialidade fundamental para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o atendimento integral, contínuo e humanizado à população.

Em dezembro do mesmo ano, o programa obteve reconhecimento oficial do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), validando a sua qualidade técnico-pedagógica e o compromisso do município com a qualificação da assistência à saúde. Já em março de 2025, o programa foi efetivamente iniciado com a incorporação dos dois primeiros médicos residentes, aprovados por meio de processo seletivo realizado em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A inserção desses profissionais na rede de atenção municipal representa não apenas um investimento na formação médica de excelência, mas também um reforço concreto à APS, permitindo a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde e o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e cuidado longitudinal no território.

Atualmente, os médicos residentes atuam em unidades de saúde estratégicas, na ESF São Francisco e na ESF do Jardim Europa. Essas unidades atendem uma população numerosa e possuem alta demanda por serviços, o que torna a presença dos residentes essencial no atendimento às



necessidades locais. A presença desses profissionais na APS contribui para a consolidação de Toledo como um polo de assistência médica, assim como melhoram significativamente a qualidade de atendimento prestado à comunidade.

Ainda no ano de 2025, iniciou-se o processo de implantação da COREMU, visando ampliação dos programas de residência promovidos pelo município, abrangendo as áreas de enfermagem e odontologia.

Considera-se importante salientar que as UBSs do Município são utilizadas como campo de estágio para diversos cursos na área da saúde, das diversas instituições de ensino do município, tanto em nível médio, técnico e superior, viabilizados por meio do COAPES.

13.6.3. Telessaúde

A Telessaúde tem se consolidado como uma estratégia fundamental no processo de transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, que institui o Programa SUS Digital. Essa política nacional visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificar a assistência prestada à população e aumentar a eficiência do sistema por meio da incorporação das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) em todas as esferas do cuidado.

Entre os principais recursos mobilizados pelo Programa SUS Digital, destacam-se a telemedicina, o telediagnóstico, o uso de inteligência artificial, aplicativos móveis, redes sociais e outras plataformas digitais que possibilitam a coleta, análise e compartilhamento de dados em saúde em tempo real. Essas ferramentas viabilizam um cuidado mais ágil, resolutivo e



centrado no usuário, especialmente na APS, que atua como porta de entrada do sistema.

O telediagnóstico, por sua vez, representa uma das frentes mais promissoras da Telessaúde. Ele permite a realização de exames com emissão de laudos a distância, utilizando uma infraestrutura digital segura e profissionais especialistas. No estado do Paraná, essa estratégia foi iniciada em 2021, inicialmente voltada para exames de dermatologia e eletrocardiograma (ECG), e desde então tem sido gradualmente ampliada, com foco na qualificação da APS e na redução de filas e encaminhamentos desnecessários.

Em 2024, dois importantes serviços de Telessaúde foram implantados em Toledo: a Teledermatologia com exame de dermatoscopia e o Tele ECG. Ambas as modalidades permitem a realização de exames diretamente nos serviços de saúde, sendo a Teledermatologia disponibilizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Coopagro para o exame de dermatoscopia digital e o Tele ECG ofertado na Central de Especialidades Municipal, com possibilidades de implantação em UBS.

O serviço de TeleECG foi incorporado ao município em setembro de 2024, assegurando a emissão de laudos eletrocardiográficos em até 2 horas para casos eletivos e em até 10 minutos para situações de urgência e emergência. Os exames são realizados por profissionais capacitados nos pontos de Telessaúde e, posteriormente, encaminhados para análise por cardiologistas habilitados. Até o presente momento, aproximadamente, 3.589 eletrocardiogramas foram realizados por meio desse serviço.

O serviço de Teledermatologia foi incorporado ao município a partir de março de 2024, foram promovidos treinamentos para 90 profissionais de saúde na utilização de dermatoscópios, além da capacidade de aproximadamente 200 médicos das UBSs para a solicitação adequada de exames de lesões cutâneas, fortalecendo ainda mais a atenção resolutive e



em tempo oportuno. Até o momento foram realizados 1.601 exames de dermatoscopia com telediagnóstico.

A integração de soluções digitais, como a Telessaúde, reforça a capacidade do SUS de responder aos desafios contemporâneos da saúde pública, otimizando recursos, ampliando a equidade no acesso e fortalecendo a coordenação do cuidado nos territórios.

13.7. REDE DE APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Rede de Apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) em Toledo complementa e fortalece as ações das Unidades Básicas de Saúde, promovendo a integralidade e a continuidade do cuidado. Frente ao crescimento populacional e as mudanças nos perfis de adoecimento, torna-se cada vez mais necessário realizar reavaliações constantes do modelo assistencial adotado.

Nesse contexto, é necessário investir de forma contínua na qualificação da Atenção Primária e no fortalecimento dos serviços de apoio, assegurando respostas mais efetivas, humanizadas e resolutivas às necessidades da população. O aprimoramento da APS contribui diretamente para a organização de uma rede de atenção à saúde, promovendo a equidade, a prevenção e a continuidade do cuidado.

Além das UBSS, a rede municipal de Atenção Primária à Saúde conta com outros serviços próprios que fortalecem o cuidado integral. A seguir, são destacados os principais componentes da rede de apoio:



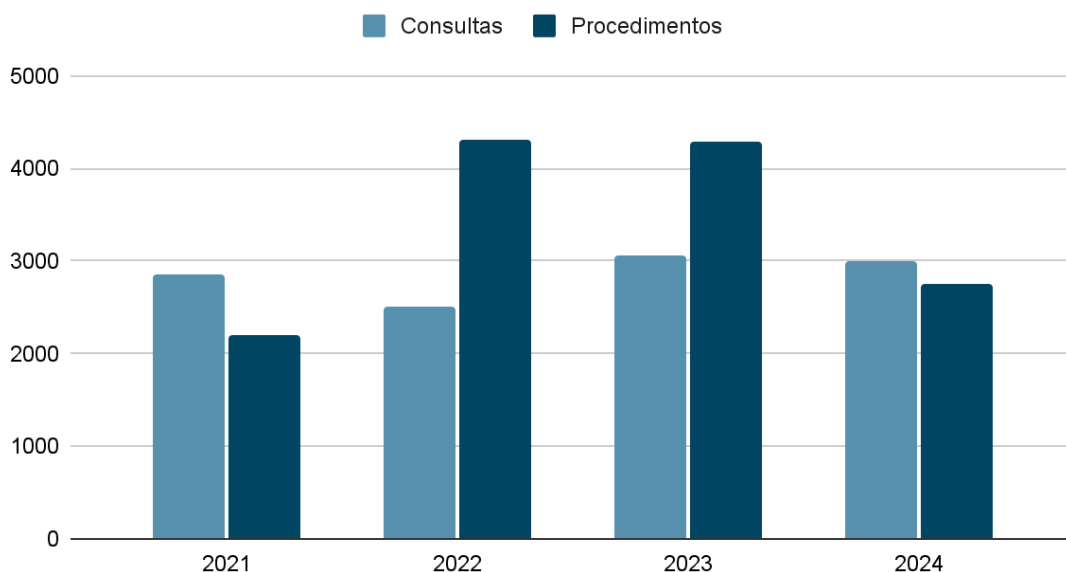
13.7.1. Ambulatório de Feridas e Ostomias

Criado em 2010, o serviço foi reestruturado em 2022, conta com equipe multiprofissional especializada e atua em articulação com a APS e outros níveis de atenção. Realiza atendimentos a pessoas com feridas crônicas, agudas e pacientes ostomizados, oferecendo orientações, troca de dispositivos e encaminhamentos, funcionando das 7h às 19h em dias úteis.

O gráfico a seguir apresenta a produção anual do serviço no período de 2021 a 2024 demonstra impacto direto da reestruturação implementada em 2022. Observa-se um aumento expressivo no número de procedimentos realizados a partir desse ano, indicando maior resolutividade e ampliação do cuidado especializado. As consultas em 2022 e 2023, por sua vez, se mantêm em patamar semelhante com leve aumento. Esse comportamento sugere que a reorganização assistencial após a reestruturação de 2022 foi capaz de sustentar a demanda de maneira equilibrada e contínua.

No entanto, em 2024 houve redução tanto nas consultas quanto nos procedimentos, embora os números se mantenham superiores aos de 2021.

Gráfico 31 - Produção do Ambulatório de Feridas e Ostomias 2021-2024



FONTE: Sistema Integrado de Gestão e Serviços de Saúde (SIGSS) - Relatório de consultas/procedimentos por unidade, (2025).

13.7.2. Ambulatório Materno Infantil

Implantado durante a pandemia de COVID-19, em 2020, como estratégia de centralização do cuidado a gestantes, puérperas e crianças, o AMI foi institucionalizado em 2021 como Programa de Governo. Localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde, o serviço oferece acompanhamento especializado para gestantes e crianças de risco intermediário e alto, com atendimentos clínicos, exames complementares e ações educativas. A equipe multiprofissional é composta por ginecologistas, obstetras, pediatras, neuropediatra, endocrinologista, psicólogo, nutricionista, assistentes sociais, fonoaudiólogo, entre outros.

Atua integrado às UBSs e à rede de apoio, além do acompanhamento clínico, oferece suporte multiprofissional e atividades educativas voltadas à saúde reprodutiva, aleitamento materno, puericultura e desenvolvimento infantil.



A tabela abaixo apresenta a produção de atendimentos no AMI no período de 2021 a 2024, o qual evidencia o fortalecimento progressivo do serviço, com diversificação de especialidades e aumento expressivo no número de consultas entre 2021 e 2023. O ano de 2024 apresenta uma leve redução no total de atendimentos, ainda mantendo um volume elevado em relação ao período pré-reestruturação.

A análise por especialidade mostra o fortalecimento do atendimento multiprofissional no AMI, com destaque para Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, que concentraram a maior parte das consultas, especialmente no pico de 2022. Psicologia, Enfermagem e Serviço Social tiveram crescimento contínuo, ampliando o cuidado às gestantes e crianças. Especialidades como Neuropediatria, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição foram sendo incorporadas gradualmente, oferecendo um olhar mais abrangente às necessidades dos usuários. A presença de médicos especialistas, como neurologista e infectologista, ocorreu de forma pontual, conforme a demanda clínica.

Entre os destaques, a Pediatria cresceu mais de 460% entre 2021 e 2024, e a Ginecologia/Obstetrícia alcançou 5.117 atendimentos em 2022. Psicologia e Serviço Social juntos somaram mais de 1.600 atendimentos em 2024. A Neuropediatria consolidou-se a partir de 2022, e a queda nos atendimentos de Nutrição em 2024 (apenas 9) indica a necessidade de reavaliar a continuidade dessa oferta.

Tabela 73 - Consultas por Especialidades realizadas no AMI entre 2021-2024.

Consultas	2021	2022	2023	2024
Pediatria	579	1.800	3.480	3.263
Ginecologia/Obstetrícia	2.547	5.117	3.629	2.603
Enfermeiro	1.347	2.253	2.495	2.385
Assistente Social	82	209	503	706
Psicologia	243	727	552	926
Endocrinologia	268	518	461	383
Nutricionista	136	457	307	9



Neurologista	-	-	22	35
Neuropediatra	-	426	561	574
Fonoaudiólogo	-	500	449	-
Terapeuta Ocupacional	-	495	408	-
Médico Clínico	-	56	16	-
Médico Hematologista (UFPR)	-	4	-	-
Médico Infectologista	-	19	98	-
Médico ESF	-	14	-	-
Total	5.202	12.595	12.978	10.884

FONTE: Sistema Integrado de Gestão e Serviços de Saúde (SIGSS) – Relatório consultas AMI – por ano. (2025).

13.7.3. Academia da Saúde

Localizada junto à UBS São Francisco, é voltada à promoção de práticas corporais, alimentação saudável e atividades intersetoriais, com foco em populações com doenças crônicas não transmissíveis. O município está em processo de ampliação da estratégia.

13.7.4. Equipes Multiprofissionais de Atenção Primária (EMULTI ampliada e complementar)

Compostas por profissionais como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos, as equipes EMULTI atuam de forma integrada com as equipes ESF e EAP, promovendo atendimentos compartilhados, atividades em grupo, rodas de conversa e acompanhamento de casos complexos. A atuação em nutrição segue os princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), mas ainda apresenta limitações de cobertura por ter um número reduzido de profissionais.



13.7.5. Serviços Especializados e Conveniados

A rede municipal de APS é apoiada por serviços especializados, entre eles o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Ortodontia (CENOR), e do serviço de cirurgia bucomaxilofacial (Ultraface). A rede conveniada inclui o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) e referências como o Centro de Oncologia do Oeste do Paraná (CEONC), Unidade de Oncologia do Paraná (UOPECCAN) e Centro de Atendimento Psicossocial e Assistência Comunitária (CEAPAC), os quais complementam os cuidados prestados pela rede pública, assegurando acesso a especialidades de MAC, por meio de contratos via Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

13.7.6. Saúde Mental

A APS conta com o apoio do CAPS II, CAPSi, CAPS AD e Ambulatório de Saúde Mental. Via CISCOPAR, o município também acessa o CAPS AD III, fortalecendo a articulação entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

13.7.7. Assistência Farmacêutica na APS

A Assistência Farmacêutica é um eixo fundamental da APS em Toledo, estruturada com farmácias e dispensários integrados às Unidades Básicas de Saúde. Nos últimos anos, houve ampliação da presença de farmácias nas UBS, especialmente em regiões periféricas, promovendo maior capilaridade



da assistência e reduzindo barreiras geográficas ao tratamento medicamentoso.

O município atua de forma alinhada aos três componentes da política nacional: básico, estratégico e especializado, buscando garantir o acesso a medicamentos essenciais, seguros e custo-efetivos. A assistência farmacêutica contribui diretamente para o uso racional de medicamentos e para a integralidade do cuidado prestado na atenção primária.

13.8. POPULAÇÕES E PROGRAMAS ESPECÍFICOS

13.8.1. Atenção à população privada de liberdade

Em 2023, Toledo aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), conforme a Portaria Interministerial nº 1/2014. Foi implantada uma equipe de APS de 20h semanais para atendimento exclusivo de 508 pessoas privadas de liberdade, distribuídas entre a Cadeia Pública de Toledo (CPTOLE) e o Centro de Reintegração Social da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC).

Essa equipe realiza atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, pequenos procedimentos, imunizações e ações educativas e preventivas, reafirmando o compromisso do município com a universalidade e a equidade no acesso à saúde, inclusive em contextos de privação de liberdade.



13.8.2. Projeto Acalanto

A cobertura vacinal representa um indicador muito importante de saúde pública e, quando atinge níveis adequados, contribui significativamente para o controle e até mesmo a erradicação de diversas doenças. Esse efeito protetivo da doença se estende para os indivíduos que são vacinados e para aqueles que não podem ser imunizados. A vacina BCG, aplicada logo após o nascimento, é essencial na prevenção das formas graves de tuberculose. Por outro lado, a vacina contra a hepatite B deve ser administrada nas primeiras 24 horas de vida, garantindo uma proteção contra a infecção.

No contexto da importância das imunizações, a vacinação nas UBSs do município tornou-se inviável devido a diversos fatores, tais como perda de doses após abertura de frascos e diminuição do fornecimento da vacina. Desse modo, houve a centralização da aplicação dessas vacinas no AMI, o que ocasionou o surgimento de outros problemas, como a barreira de acesso para famílias de áreas distantes, em especial do interior.

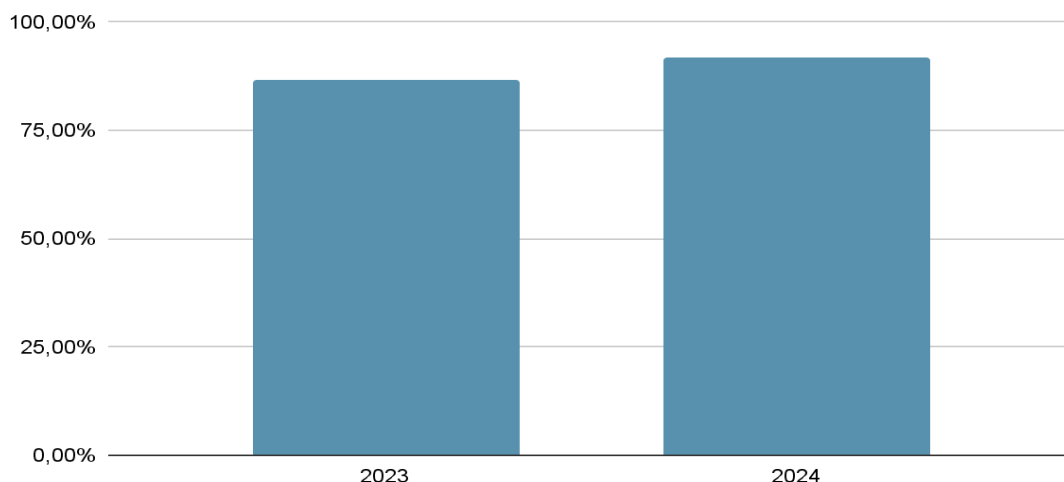
Visando contrapor esse desafio, nasceu o Projeto Acalanto, iniciado em maio de 2023, com o objetivo de garantir a vacinação de recém-nascidos ainda no ambiente hospitalar, principalmente na maternidade de referência para os 18 municípios da 20ª Regional de Saúde, que se localiza em Toledo. O projeto assegura a aplicação das vacinas BCG (Vacina Bacilo de Calmette-Guerin) e hepatite B em todos os bebês nascidos nos hospitais de Toledo (públicos e privados), incluindo os internados na UTI neonatal (Unidade de Terapia Intensiva). Também oferece a vacina da influenza às puérperas, orientações em saúde e mantém um vínculo próximo de comunicação com os municípios de origem para continuidade do cuidado.



Os resultados do projeto indicaram melhoria significativa nos índices de cobertura vacinal, com meta de vacinação anual de 90%. Em 2023, a cobertura da BCG chegou a 86,73%, e, em 2024, alcançou 91,79% com 3.144 doses aplicadas em 2024, sendo que destas, 1.900 são referentes aos nascidos vivos do município de Toledo. A iniciativa contribui para a redução da morbimortalidade materno-infantil, fortalecendo a atenção primária à saúde por meio da imunização oportuna, educação em saúde e cuidado humanizado. Importante ressaltar que não sendo apenas para o município de Toledo tal benefício, visto que a vacinação é para todos os nascidos nas instituições hospitalares do município, do qual beneficie outros municípios da 20ª Regional de Saúde.

Cabe considerar que ainda existem alguns desafios que se impõem, como o registro de pacientes de outros municípios da região na base de dados municipal de Toledo, implicando em divergências na exportação dos dados de produção para a base de registros nacional (SISAB- Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica).

Gráfico 32 - Cobertura da Vacina BCG.

Cobertura de BCG

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA) (3ºQd 2023 e 3ºQd 2024).

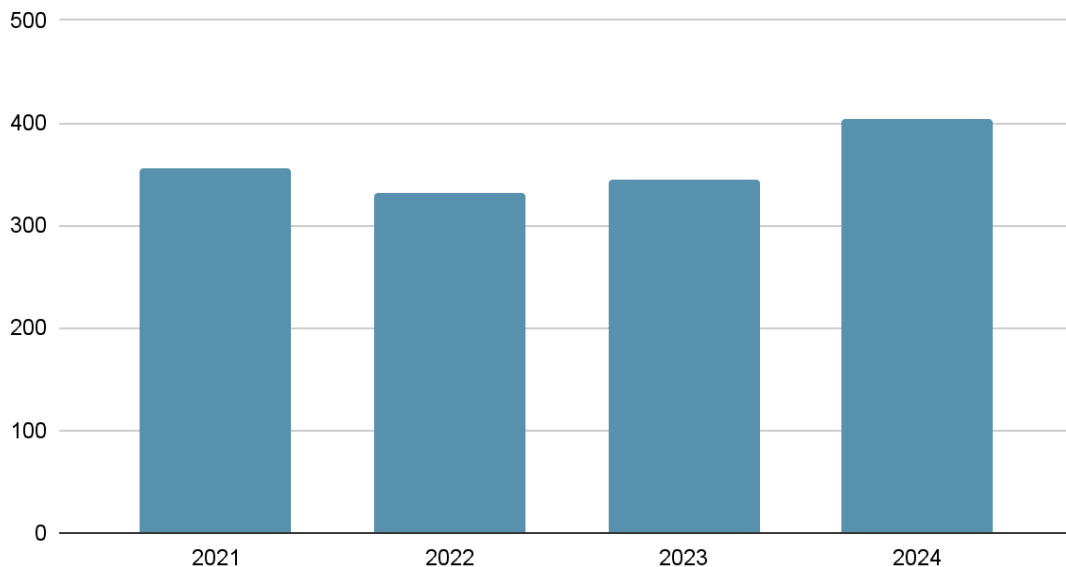
13.8.3. Programa Mãe Dedicada - Pré-Natal 100%

O Programa Mãe Dedicada – Pré-Natal 100% foi instituído pela Lei nº 2.637, de 21 de julho de 2023, como uma iniciativa de caráter continuado e permanente no Município de Toledo. Seu principal objetivo é incentivar a realização do acompanhamento pré-natal de forma regular e ininterrupta por gestantes residentes no município, contribuindo diretamente para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

O programa beneficia gestantes que cumprirem os critérios estabelecidos nos protocolos municipal e nacional de pré-natal, por meio da concessão de um incentivo financeiro. Essa estratégia visa estimular o engajamento das gestantes com o cuidado integral à sua própria saúde e ao desenvolvimento saudável do bebê, promovendo ações preventivas e fortalecendo a atenção primária à saúde.

Gráfico 33 - Protocolos finalizados do Programa Mãe Dedicada – Pré-Natal 100%

Protocolos pagos do Programa Mãe Dedicada - Pré Natal 100%



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório de Empenho - Sistema de Contabilidade Pública (SCP), (2025).

13.9. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída em 1999, integra o conjunto de políticas públicas do Estado brasileiro voltadas à garantia dos direitos humanos, à saúde e à alimentação adequada e saudável. A PNAN estabelece diretrizes que visam respeitar, proteger, promover e prover esses direitos, sendo parte fundamental da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 19 - Diretrizes da PNAN.



FONTE: Ministério da Saúde (MS). (2021).

A implementação efetiva dessa política representa um desafio constante no âmbito municipal, sobretudo no que se refere à estruturação de ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção à saúde.

No município de Toledo, a execução das ações da PNAN conta atualmente com multiprofissional, e em especial cinco profissionais de Nutrição, alocados da seguinte forma: uma nutricionista na rede de urgência e emergência; uma nutricionista na atenção especializada; três nutricionistas na Atenção Primária à Saúde, sendo 01 no AMI e 02 integrando as Equipes Multiprofissionais de Apoio – eMulti.

A atuação desses profissionais contempla atividades fundamentais para a promoção da saúde, entre as quais destacam-se:

- Atendimentos domiciliares e a pacientes acamados, conforme avaliação e solicitação das equipes da APS;
- Ações coletivas de educação alimentar e nutricional, com foco na prevenção de agravos relacionados à alimentação inadequada;



- Atendimentos individualizados na Central de Especialidades; Intervenções educativas em escolas da rede pública e outras instituições;
- Participação em campanhas e ações intersetoriais de promoção da alimentação saudável.

Essas iniciativas evidenciam o compromisso do município com a qualificação do cuidado nutricional, reforçando o papel estratégico da PNAN na consolidação de práticas de saúde integradas, intersetoriais e voltadas à melhoria da qualidade de vida da população.

13.9.1. Dispensação de Alimentos Suplementares

No município, a dispensação de suplementos alimentares ocorre mediante prescrição médica pelo SUS. Atualmente, os suplementos destinados a pacientes adultos são fornecidos pela Farmácia Santa Maria, sendo também disponibilizados para pacientes hospitalizados nas unidades de pronto atendimento, domiciliados acamados ou com deficiência nutricional acompanhados pelo EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar). Já os suplementos para crianças são dispensados no AMI, localizado anexo à Secretaria Municipal de Saúde.

A seguir, apresentamos os dados referentes à distribuição desses suplementos, que evidenciam o compromisso da Atenção Primária à Saúde para garantir o acesso a insumos nutricionais essenciais à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Tabela 74 - Dados Nutrição e Alimentação.

2021	2022	2023	2024



Pacientes	699	834	1009	1202
Atendimentos	2.986	3.320	4.082	4.936
Quantidades	11.902	13.664	17.972	22.652
Valores	535.349,6186	705.243,4495	1.040.589,2946	1.445.925,7409

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Relatório Movimentação de estoque-Saída de produtos por paciente analítico, (2025).

O número de pacientes atendidos passou de 699 em 2021 para 1.202 em 2024, representando um aumento de aproximadamente 72% no período. Esse crescimento reflete a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços. Os atendimentos realizados também aumentaram de forma expressiva, passando de 2.986 para 4.936 no mesmo intervalo, o que representa um crescimento de 65%. Esse dado reforça o acompanhamento regular dos usuários em uso de suplementos, fortalecendo o cuidado.

Em relação às quantidades de suplementos dispensados, houve um salto de 11.902 unidades em 2021 para 22.652 em 2024, um crescimento de 90%, indicando maior demanda e/ou ampliação dos critérios clínicos de indicação, além de possível melhoria nos registros informatizados do sistema SIGSS.

Por fim, o valor financeiro investido saltou de R\$ 535.349,62 em 2021 para R\$ 1.445.925,74 em 2024, representando um aumento de 170% no período. Esse dado evidencia o compromisso do município em garantir o acesso contínuo e qualificado a insumos nutricionais essenciais, mesmo diante de um cenário de custos crescentes.



13.9.2. Acompanhamento de Estado Nutricional - Crianças e Gestantes

No município de Toledo, embora haja atuação de nutricionistas em diferentes níveis de atenção à saúde, o número reduzido de profissionais da área ainda compromete a abrangência, a regularidade e a efetividade das ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos relacionados à alimentação e à segurança alimentar e nutricional da população.

As iniciativas atualmente desenvolvidas, como o acompanhamento domiciliar de pacientes acamados, ações coletivas em unidades de saúde e escolas, demonstram um compromisso consolidado com práticas de promoção da saúde. No entanto, a limitação de recursos humanos impacta diretamente a capacidade de cobertura dessas atividades, sobretudo diante da crescente demanda.

Os dados epidemiológicos também reforçam a necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de atenção nutricional. Na faixa etária de 0 a 5 anos, observa-se um percentual elevado de crianças com peso adequado (superior a 90%). Contudo, esse padrão não se mantém entre crianças de 5 a 10 anos, faixa em que entre 13% e 18% apresentam sobrepeso ou obesidade — o que evidencia uma tendência preocupante de ganho de peso excessivo já na infância. Esses dados serão apresentados nas tabelas a seguir para subsidiar a análise detalhada por ano e faixa etária.

Além disso, dados da vigilância nutricional apontam que, em média, 55% das gestantes atendidas apresentam excesso de peso (incluindo sobrepeso e obesidade). Essa condição aumenta significativamente os riscos de complicações gestacionais, como diabetes gestacional, hipertensão arterial e pré-eclâmpsia, podendo comprometer tanto a saúde materna quanto a do recém-nascido. Os dados quantitativos detalhados



também são apresentados abaixo, organizados por ano de acompanhamento.

Diante desse cenário, o monitoramento sistemático e contínuo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) assume papel estratégico, permitindo a identificação precoce de agravos e o planejamento de ações específicas conforme faixa etária e condição nutricional. Essa vigilância qualificada possibilita intervenções oportunas e baseadas em evidências, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares desde os primeiros anos de vida. Assim, a ampliação, qualificação e integração das ações de alimentação e nutrição na APS são essenciais para garantir o cuidado integral e equitativo, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promovendo melhores condições de saúde desde os primeiros anos de vida.

Tabela 75 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 0 à 6 meses.

ANO	Peso Muito Baixo		Peso Baixo		Peso Adequado		Peso Elevado		Total
	para a Idade		para a Idade		ou Eutrófico		para a Idade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2021	12	1,78%	29	3,15%	835	90,52%	54	4,55%	930
2022	20	1,93%	39	3,64%	900	90,48%	17	3,95%	976
2023	13	1,83%	32	3,45%	932	90,84%	39	3,88%	1.010
2024	15	1,87%	29	3,52%	841	90,77%	16	3,85%	901

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SISVAN. (2025).



Tabela 76 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 6 meses à 2 anos.

ANO	Peso Muito Baixo		Peso Baixo		Peso Adequado		Peso Elevado		Total
	para a Idade		para a Idade		ou Eutrófico		para a Idade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2021	13	1,06%	22	1,98%	1.495	89,58%	106	7,37%	1.636
2022	13	0,96%	41	1,97%	1.857	91,14%	112	5,92%	2.023
2023	13	0,92%	47	2,03%	2.017	91,3%	121	5,75%	2.198
2024	10	0,9%	24	2,01%	2.155	91,45%	103	5,64%	2.292

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SISVAN. (2025).

Tabela 77 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 2 anos à 5 anos

ANO	Peso Muito Baixo		Peso Baixo		Peso Adequado		Peso Elevado		Total
	para a Idade		para a Idade		ou Eutrófico		para a Idade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2021	7	0,77%	26	1,68%	1.839	85,49%	206	12,06%	2.078
2022	9	0,64%	38	1,51%	2.450	89,36%	199	8,49%	2.696
2023	5	0,57%	52	1,47%	2.701	90,09%	188	7,87%	3.003
2024	11	0,59%	44	1,56%	2.955	90,03%	212	7,82%	3.222

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SISVAN. (2025).

Tabela 78 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 5 anos à 10 anos.

ANO	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2021	12	0,58%	42	1,49%	2.496	79,39%	603	18,54%	3.153
2022	6	0,51%	50	1,47%	2.900	82,52%	532	15,51%	3.488
2023	7	0,47%	62	1,51%	3.598	83,62%	563	14,4%	4.230
2024	11	0,49%	79	1,67%	3.930	83,9%	584	13,94%	4.604

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SISVAN. (2025).



Tabela 79 - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Gestante.

ANO	Baixo Peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2021	68	11,99%	228	33,16%	228	29,25%	215	25,6%	739
2022	119	11,89%	330	33,14%	318	29,12%	268	25,85%	1.035
2023	104	11,24%	306	31,79%	276	29,54%	254	27,42%	940
2024	92	10,71%	305	31,15%	277	29,21%	295	28,93%	969

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SISVAN. (2025).

13.10. INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

13.10.1. Rede de Serviços Especializados

A partir da APS, os usuários são avaliados, acompanhados e, quando necessário, encaminhados para a Rede de Atenção Especializada, garantindo um fluxo assistencial resolutivo, integral e humanizado.

Neste contexto, a rede de serviços especializados de Toledo é composta por estruturas fundamentais que atuam de forma complementar à APS, assegurando a continuidade do cuidado. Entre os principais serviços da rede própria, destacam-se:

- Central de Especialidades, que abrange consultas, exames, encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e outros procedimentos;
- Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares;
- Centro Especializado em Reabilitação (CER II), referência no atendimento de pessoas com deficiência.



Complementando essa rede, o município conta ainda com serviços conveniados, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), a rede estadual e o Ambulatório de Especialidades da Universidade Federal do Paraná (UFPR), ampliando a capacidade de resposta às demandas dos usuários.

No âmbito do CISCOPAR, o suporte à APS se amplia com a atuação de setores especializados como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Regional de Especialidades, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Laboratório Regional, Serviço Integrado de Saúde Mental e o Núcleo do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, os quais reforçam o atendimento qualificado e regionalizado.

Dessa forma, a atuação articulada entre a APS e a rede especializada tem sido essencial para garantir uma assistência integral, contínua e em consonância com os princípios do SUS, promovendo saúde de forma efetiva e centrada nas necessidades da população.

13.10.2. Rede de Urgência e Emergência

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e tem como um de seus papéis fundamentais a organização do cuidado, incluindo a adequada triagem e encaminhamento dos casos que necessitam de atendimento na rede de urgência e emergência.

A APS atua de forma estratégica na identificação precoce de agravos, no acompanhamento contínuo dos usuários, na prevenção de complicações e na redução da sobrecarga nos serviços de urgência, evitando encaminhamentos desnecessários e garantindo o uso racional dos recursos



assistenciais. Contudo, quando os usuários apresentam condições agudas, instabilidades clínicas, traumas ou situações que não podem ser resolvidas na APS, devem ser direcionados à rede de urgência e emergência, no município de Toledo.

Considerando a rede própria, possuímos a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Pronto Atendimento Municipal (PAM 24h), que oferecem atendimentos clínicos, exames laboratoriais, serviços de imagem e internações/observações de baixa complexidade. Ainda, contamos com a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), voltada ao cuidado de pacientes AD2 e AD3 com restrição de mobilidade ou em condições que requerem acompanhamento intensivo no domicílio, estes pacientes são acompanhados em conjunto com a APS.

Considerando a rede conveniada o CISCOPAR possui serviços contratados para realizar exames de imagens e laboratoriais. A Central Estadual de Regulação de Leitos, responsável pela alocação de vagas hospitalares de média e alta complexidade e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que realiza o transporte, avaliação pré-hospitalar e regulação para internações em caráter de urgência ou vaga zero. Aqui uma vez paciente estando em uma UBS do qual necessita de transporte, o responsável entra em contato com o SAMU para realizar a regulação e em alguns casos o transporte do paciente da APS para o local de destino na urgência.

É importante destacar que, nos casos em que o paciente da APS apresenta necessidade de cirurgia ou internação de média ou alta complexidade, o profissional da APS deve proceder com a avaliação clínica e solicitar encaminhamento por meio da regulação municipal ou estadual, garantindo acesso seguro e eficiente ao cuidado hospitalar.

Dessa forma, o fortalecimento do papel da APS na triagem, encaminhamento e acompanhamento dos pacientes contribui de forma



decisiva para a eficiência e a integralidade da Rede de Atenção à Saúde, reduzindo a pressão sobre os serviços de urgência e melhorando os desfechos clínicos da população.

13.11. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou por transformações significativas nos últimos anos, especialmente após a instituição do novo modelo de financiamento federal, chamado Previnhe Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, em vigor a partir de janeiro de 2020. O modelo foi atualizado e complementado por novas regulamentações, entre elas a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que reformula critérios e aprimora o sistema de incentivos financeiros com base em resultados.

A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel fundamental na coordenação do cuidado, promoção da saúde, prevenção de agravos e organização das redes de atenção à saúde. Seu financiamento é tripartite, com recursos oriundos da União, dos Estados e dos Municípios. No entanto, a responsabilidade pelo financiamento da infraestrutura, profissionais e manutenção cotidiana recai principalmente sobre os municípios.

O município de Toledo mantém um histórico de comprometimento com o fortalecimento da Atenção Primária, investindo acima do mínimo constitucional em saúde, promovendo a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), incentivando a formação profissional e implementando tecnologias de gestão e cuidado.



Atualmente, o modelo federal de financiamento da APS está estruturado em três eixos principais:

- Incentivos para ações estratégicas e serviços específicos: complementam o financiamento com base na adesão e execução de programas como Saúde na Hora, Consultório na Rua, Equipes de Saúde Prisional, Programa Saúde com Agente, entre outros. Tais incentivos visam atender populações em situação de vulnerabilidade e ampliar o escopo de atuação da APS.
- Componente de Financiamento Fixo: Baseado no número de equipes credenciadas e homologadas (Equipes de Saúde da Família – eSF, Equipes de Atenção Primária – eAP, Equipes de Saúde Bucal – eSB), leva em consideração a tipologia do município conforme classificação do IBGE e critérios de equidade, como vulnerabilidade socioeconômica, e os valores são transferidos de forma regular e automática, assegurando previsibilidade orçamentária.
- Componente de Financiamento Variável: está relacionado ao desempenho das equipes, mensurado a partir de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, que estimula a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a ampliação do acesso, o desempenho das equipes será avaliado de forma periódica, considerando resultados clínicos e ações de cuidado, com impactos diretos no repasse financeiro.

Além dos recursos federais, é importante destacar que o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) também conta com o cofinanciamento estadual, por meio de repasses realizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), destinados ao custeio e à estruturação dos serviços. Além disso, os recursos próprios do município desempenham papel fundamental para a sustentabilidade da rede, sendo indispensáveis para a manutenção das unidades de saúde, aquisição de insumos, pagamento da folha de pessoal e ampliação da cobertura assistencial. A



composição tripartite do financiamento – federal, estadual e municipal – é, portanto, essencial para garantir a continuidade e a qualificação da atenção primária no território.

Além disso, a execução e prestação de contas dos recursos devem seguir os princípios da transparência, legalidade e eficiência, conforme a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta os gastos mínimos com saúde e os critérios de responsabilidade fiscal na área.

O modelo atual de financiamento representa uma mudança de paradigma: de um sistema baseado apenas na oferta de serviços (número de equipes) para um modelo focado em resultados e impacto na saúde da população. Essa mudança exige dos municípios melhor gestão das equipes e indicadores, investimento em sistemas de informação e em educação permanente dos profissionais e fortalecimento dos processos de territorialização e vínculo com a população cadastrada.

O financiamento da APS é essencial para a sustentabilidade do SUS em nível local. As novas legislações federais buscam estimular a eficiência, a equidade e a resolutividade da atenção primária, valorizando os municípios que estruturam suas redes com base na qualidade do cuidado e na gestão orientada por dados e resultados. Garantir recursos para a APS depende diretamente do comprometimento municipal com a organização dos serviços, qualidade das informações e alcance das metas de saúde.

Para o período de 2026 a 2029, os esforços da gestão municipal estarão voltados à consolidação do novo modelo de financiamento, com atenção à ampliação do acesso, melhoria dos indicadores de desempenho, otimização dos recursos e fortalecimento do papel da APS como organizadora da Rede de Atenção à Saúde.



13.12. PANORAMA DAS UNIDADES DE SAÚDE (UBS)

13.12.1. Estruturas Físicas e Condições e Infraestrutura

O município de Toledo conta com 11 UBS organizadas no modelo de Equipe de Atenção Primária (EAP). Destas, seis não dispõem de veículo próprio para suporte às ações externas: EAP Industrial, EAP CERTI Pioneira, EAP CERTI Coopagro, EAP Dois Irmãos/Vila Ipiranga, EAP Novo Sobradinho e EAP Dez de Maio/Cerro da Lola. Nessas unidades, o transporte é viabilizado por meio do compartilhamento de veículos com unidades próximas ou por meio do apoio da Secretaria Municipal de Saúde, via transporte sanitário com motoristas da rede.

No que se refere à infraestrutura física das unidades EAP (tanto da sede quanto do interior), observam-se fragilidades recorrentes advindas de estruturas mais antigas, que não traduzem toda a necessidade atual de salas e processos de trabalho em equipe. Uma das dificuldades é a insuficiência de consultórios, especialmente nas unidades EAP Porto Alegre, Coopagro e Industrial, comprometendo a organização do processo de trabalho e a ampliação da oferta de atendimentos, sendo assim destinados ao redor após estudos de viabilidade e técnicos a necessidade de construções, para divisão de territórios, dos quais já temos resolução SESA para a construção de 04 UBSs porte III, conforme já mencionado anteriormente. Mesmo com a implantação dos gerentes das UBS, conforme Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, tanto as plantas arquitetônicas do MS, quanto às plantas arquitetônicas da SESA, ainda não contemplam estas salas, sendo necessário readequações dentro dos espaços já existentes.

Essas limitações podem ser atribuídas, em grande parte, ao fato de que a maioria dessas estruturas foram construídas antes da expansão das



competências e composição das equipes EAP, conforme preconizado pela Portaria nº 2.539/2019, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e 2017 (Portarias nº 2.488/2011 e nº 2.436/2017), bem como pela Nota Técnica nº 99/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS e pela Lei Municipal nº 26/2022, que reconhece e normatiza a figura da Gerência nas unidades de saúde do município.

Considerando ainda que as equipes de saúde bucal, na unidade EAP Centro de Saúde, a qual possui aproximadamente 16 mil usuários cadastrados, destaca-se a insuficiência de estrutura para atendimento em saúde bucal, havendo apenas um consultório odontológico com uma cadeira disponível. O que resgata a necessidade de melhor organização dos processos de trabalho, ampliação da rede no que tange a parte de saúde bucal, do qual mesmo com o avanço ocorrido de cobertura, ainda possui desafios estruturais e de processos a serem vencidos.

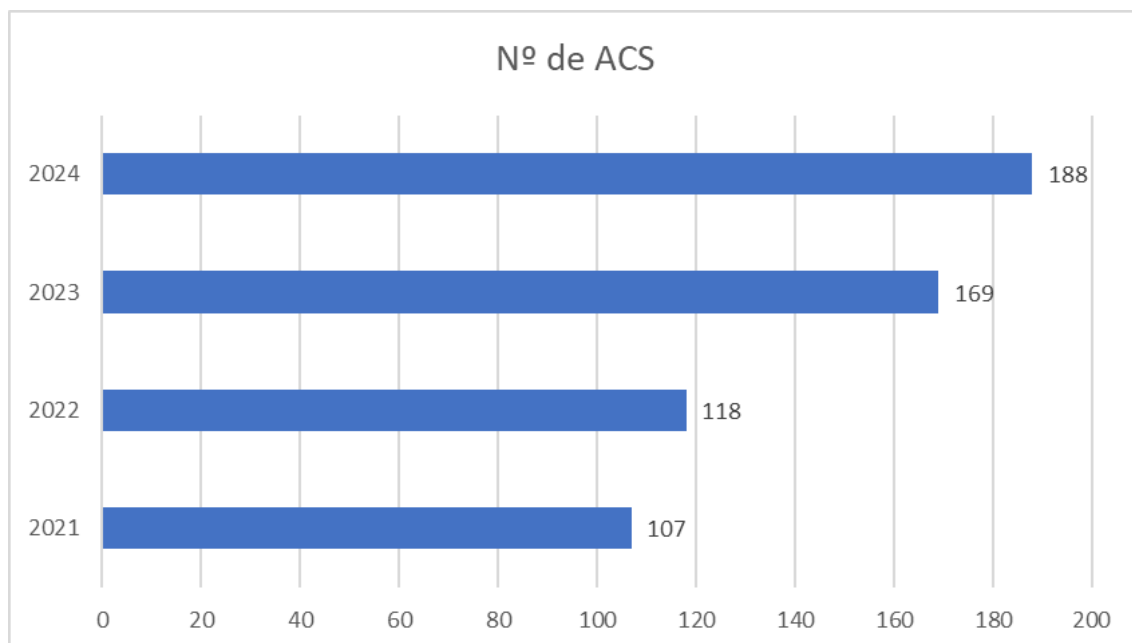
13.12.2. Equipes e Composição Profissional

Com relação à composição das equipes, as EAPs urbanas contam com médicos clínico geral, pediatras e ginecologistas. Já nas unidades rurais, o atendimento médico é prestado por clínicos gerais. Cabe ressaltar que as equipes de EAPs, somam além da equipe médica, equipe de enfermagem, odontologia e ACSs.

Um ponto crítico a ser evidenciado é a necessidade de ampliação do quadro de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerando o crescimento demográfico acelerado do município, que não tem sido acompanhado pelo dimensionamento das equipes de ACS. Citando como exemplo, a EAP Coopagro, que passou de Unidade Básica de Saúde (UBS)

tradicional, como era conhecida, para EAP, ainda possui áreas descobertas por ACS.

Gráfico 34 - Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – 2021 a 2024.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG), (2021 a 2024).

Apesar da existência de uma equipe EMULTI Ampliada e uma EMULTI Complementar, permanece evidente a necessidade de ampliação da equipe multiprofissional. A atuação transversal e interprofissional tem se mostrado estratégica para aumentar a resolutividade, humanização e cuidado integral na APS.

A tabela evidencia um crescimento progressivo no número de ACS entre 2021 e 2024, com incremento de 12,6% no período. Apesar da ampliação, o aumento não acompanha proporcionalmente o crescimento demográfico e a expansão territorial do município, o que mantém lacunas na cobertura e justifica a necessidade de novas contratações e realocações estratégicas para assegurar a integralidade da atenção.



13.12.3. Perfil Demográfico e Vulnerabilidades Territoriais

A análise dos dados referentes à população cadastrada nas unidades de saúde de Toledo revela importantes disparidades no perfil demográfico, epidemiológico e assistencial entre os diferentes territórios do município. Esse cenário de elevada complexidade e diversidade impõe a necessidade de um planejamento em saúde sensível às particularidades locais. Destaca-se, por exemplo, a expressiva concentração de pessoas idosas em áreas rurais, como a EAP Dois Irmãos/Vila Ipiranga, onde 37,28% da população pertence à faixa etária acima de 60 anos. Situação semelhante é observada na EAP Novo Sobradinho (24,68%), EAP Dez de Maio (24,66%) e ESFSB Novo Sarandi (24,32%). Embora em termos absolutos esses números possam não representar as maiores populações idosas do município, sua proporção dentro do território é significativamente alta, como demonstrado nos gráficos comparativos.

Esse envelhecimento demográfico reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa, com ênfase no cuidado longitudinal, manejo qualificado de doenças crônicas, promoção do envelhecimento ativo e saudável, ampliação das ações de prevenção de agravos e reabilitação, além da valorização da atenção domiciliar como estratégia essencial para garantir cuidado integral e humanizado.

Paralelamente ao envelhecimento populacional em determinadas regiões, observa-se a predominância de crianças de 0 a 4 anos em alguns territórios específicos, como na ESF Interior Leste – Bom Princípio (5,51%), ESFSB São Francisco (3,89%), ESFSB Santa Clara IV (3,57%) e ESFSB Paulista (3,48%). Esse perfil demográfico reforça a necessidade de intensificar as ações voltadas à saúde da infância nessas áreas, com foco na imunização, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na ampliação do



acesso à atenção pediátrica e no fortalecimento dos vínculos familiares por meio da puericultura.

Além disso, destaca-se a presença expressiva de população estrangeira em algumas unidades, como a ESFSB Jardim Panorama (8,20%), ESFSB Bressan/Cezar Parque (6,00%) e EAP Jardim Maracanã (4,44%). Essa realidade impõe o desafio de estruturar práticas de cuidado culturalmente sensíveis, com estratégias inclusivas que considerem barreiras linguísticas, diferenças culturais e vulnerabilidades sociais, a fim de garantir equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde. A atuação da APS, nesse contexto, deve ser pautada pela escuta qualificada, acolhimento humanizado e fortalecimento de ações intersetoriais.

Outro aspecto relevante refere-se à elevada concentração populacional em unidades urbanas, como o Centro de Saúde de Toledo, que reúne 18.306 usuários, e a unidade do Jardim Coopagro, com 17.149 cadastrados. As cinco Equipes de Atenção Primária (EAP) da zona urbana concentram, juntas, mais de 40% da população cadastrada no município. Esse cenário impõe desafios significativos à gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à alta demanda assistencial, à sobrecarga das equipes, à necessidade de maior capacidade resolutiva e à reorganização contínua dos fluxos de atendimento.

Também merece destaque a distribuição desigual das pessoas com necessidades especiais (PNEs), cujo percentual geral se mantém entre 1% e 2% na maioria das unidades, mas apresenta índices mais elevados em regiões como Jardim Europa, Paulista e São Luiz do Oeste, onde atinge 4%. Essa concentração pode estar associada a fatores como o envelhecimento da população, condições de maior vulnerabilidade social ou, ainda, à atuação mais eficaz dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no processo de identificação e cadastramento. Tal observação reforça a importância da presença territorial dos ACS, bem como da sua constante capacitação, a fim



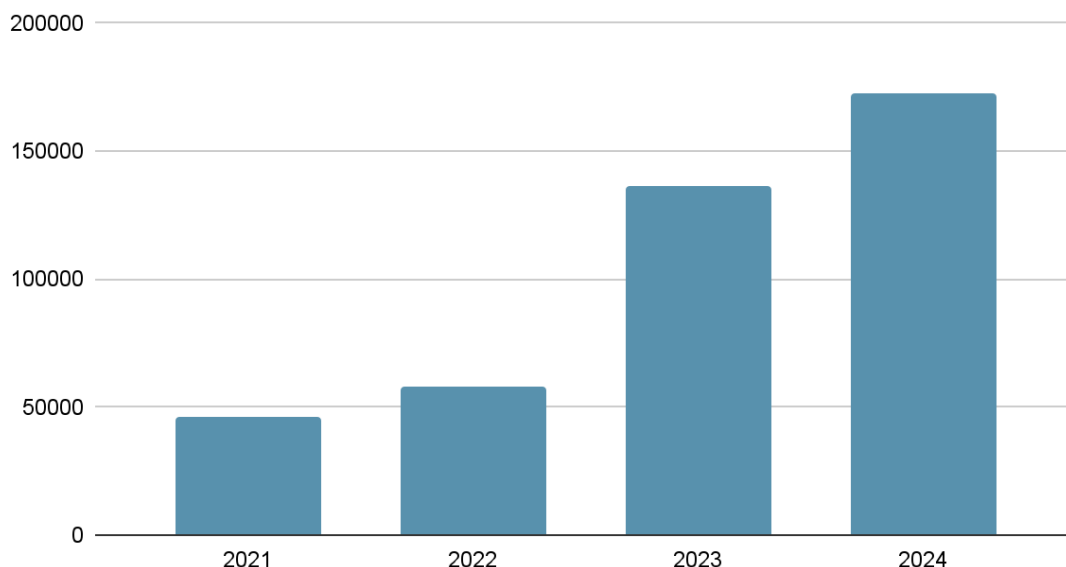
de garantir dados qualificados e subsidiar o planejamento de ações mais efetivas e direcionadas às reais necessidades da população.

13.12.4. Visitas Domiciliares Realizadas pelos Agentes

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS representam um dos principais instrumentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) para garantir o cuidado integral e contínuo, bem como a vigilância em saúde no território. Em Toledo, observa-se um volume expressivo de visitas realizadas entre 2021 e 2024, demonstrando o protagonismo desses profissionais na identificação de vulnerabilidades, acompanhamento de grupos prioritários e articulação com os demais pontos da rede.

Gráfico 35 - Série Histórica de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde durante o período 2021 – 2024.

Visitas ACS



FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) – Relatório do E-SUS - Desfecho de Visitas - Extrato, (2025).

Conforme gráfico acima, em 2021 foram registradas 46.266 visitas, número que aumentou para 58.333 em 2022, representando uma variação



de 26,08%. O salto mais significativo ocorreu em 2023, com um aumento de 134,36% em relação ao ano anterior, totalizando 136.709 visitas. Em 2024, o crescimento se manteve, ainda que em ritmo mais moderado, com 172.849 visitas — um acréscimo de 26,44%. Em suma, os dados evidenciam um fortalecimento da atuação dos ACS, essencial para o vínculo com a comunidade e a efetividade da atenção básica. Porém, os esforços devem estar voltados para os processos de trabalho, mas também para a ampliação da cobertura.

Dados Gerais - Cobertura Populacional

Tabela 80 - Dados População por equipe de saúde (ESF e EAP)

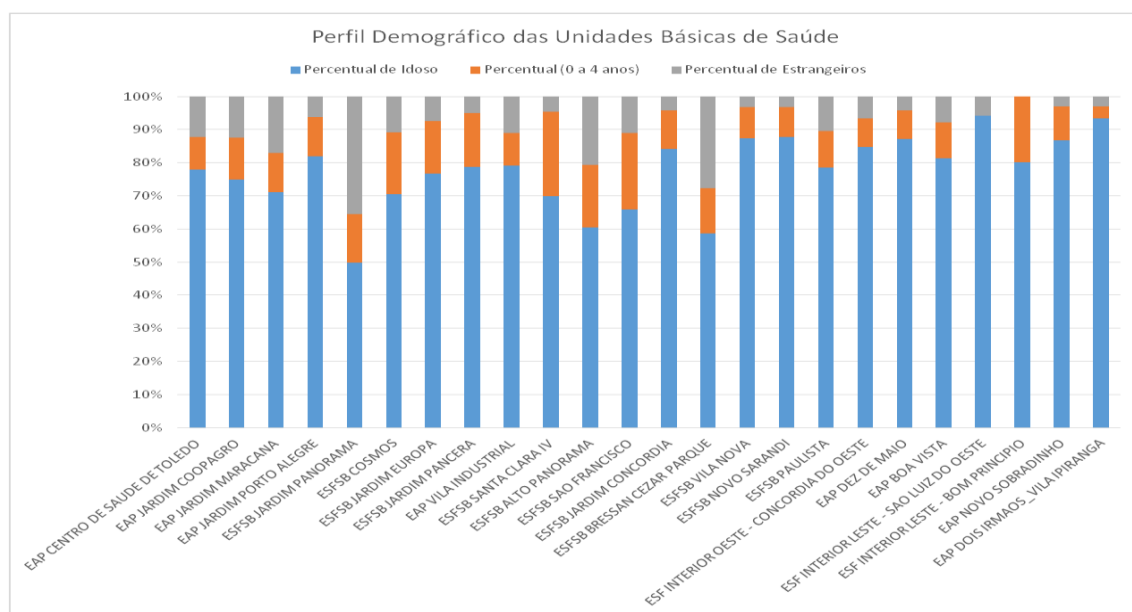
Unidade	População total	Idosos (60+)		Crianças (0 - 4 anos)		Estrangeiros	
		Total	%	Total	%	Total	%
EAP Centro de Saúde	18.306	3.706	20,24%	473	2,58%	582	3,18%
EAP Jd Coopagro	17.149	2.542	14,82%	434	2,53%	420	2,45%
EAP Jd Maracanã	16.978	3.146	18,53%	526	3,10%	754	4,44%
EAP Jd Porto Alegre	15.256	3.178	20,83%	457	3,00%	243	1,59%
ESFSB Jd Panorama	14.090	1.621	11,50%	473	3,36%	1.155	8,20%
ESFSB Cosmos	12.780	1.602	12,54%	424	3,32%	245	1,92%
ESFSB Jd Europa	12.161	1.864	15,33%	384	3,16%	181	1,49%
ESFSB Pancera	11.331	1.829	16,14%	378	3,34%	114	1,01%
EAP Vila Industrial	10.010	2.145	21,43%	264	2,64%	300	3,00%
ESFSB Santa Clara IV	9.122	892	9,78%	326	3,57%	58	0,64%
ESFSB Alto Panorama	8.866	999	11,27%	312	3,52%	343	3,87%
ESFSB São Francisco	7.837	876	11,18%	305	3,89%	147	1,88%
ESFSB Jd Concórdia	6.423	1.317	20,50%	183	2,85%	65	1,01%
ESFSB Bressan - Cezar Parque	5.479	695	12,68%	161	2,94%	329	6,00%
ESFSB Vila Nova	4.323	878	20,31%	95	2,20%	32	0,74%
ESFSB Novo Sarandi	4.128	1.004	24,32%	103	2,50%	36	0,87%



ESFSB Paulista	4.082	1.016	24,89%	142	3,48%	135	3,31%
ESF Interior Oeste - Concórdia do Oeste	2.723	577	21,19%	58	2,13%	45	1,65%
EAP Dez de Maio	1.553	383	24,66%	38	2,45%	18	1,16%
EAP Boa Vista	1.485	335	22,56%	45	3,03%	32	2,15%
ESF Interior Leste - São Luiz do Oeste	1.258	288	22,89%	0	0,00%	18	1,43%
Unidade Volante - Bom Princípio	1.234	274	22,20%	68	5,51%	0	0,00%
EAP Novo Sobradinho	1.082	267	24,68%	32	2,96%	9	0,83%
EAP Dois Irmãos - Vila Ipiranga	837	312	37,28%	12	1,43%	10	1,19%

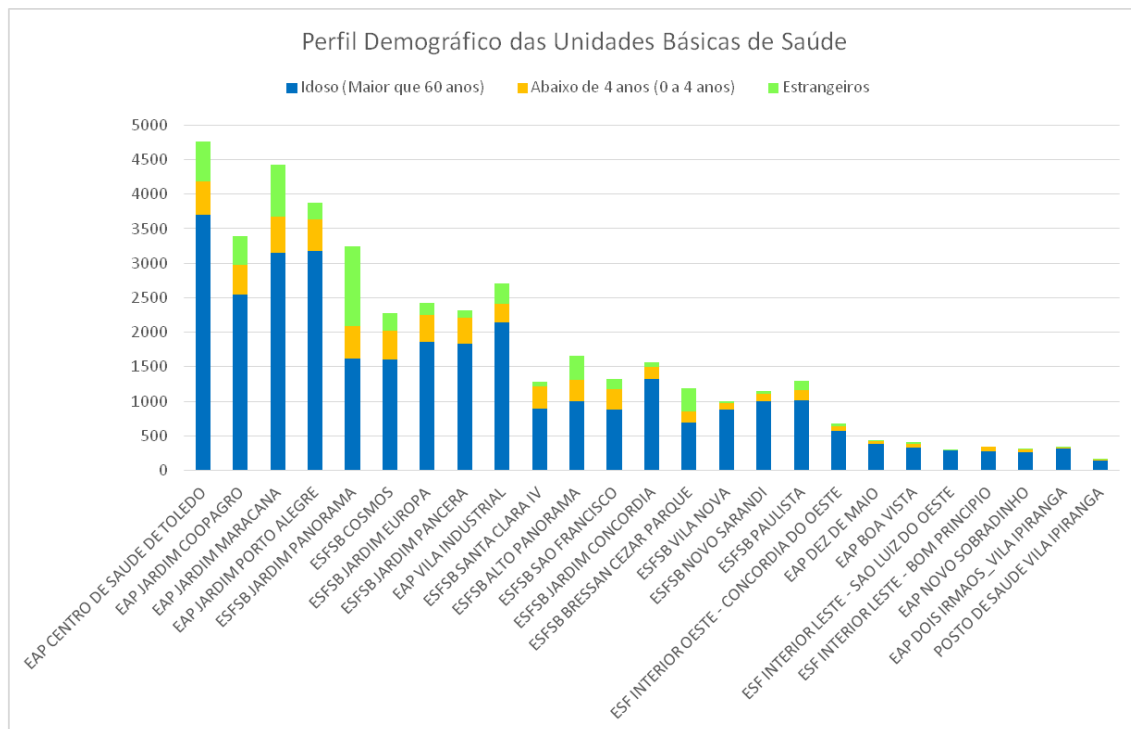
FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), 2025.

Gráfico 36 - Percentual do perfil demográfico da população Adstrita de cada Unidade Básica de Saúde.



FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), 2025.

Gráfico 37 - Perfil demográfico da população Adstrita de cada Unidade básica de Saúde (nominal).



FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), 2025.

A análise dos dados referentes à população cadastrada nas unidades de saúde de Toledo revela importantes disparidades no perfil demográfico, epidemiológico e assistencial entre os diferentes territórios do município. Esse cenário de elevada complexidade e diversidade impõe a necessidade de um planejamento em saúde sensível às particularidades locais. Destaca-se, por exemplo, a expressiva concentração de pessoas idosas em áreas rurais, como a EAP Dois Irmãos/Vila Ipiranga, onde 37,28% da população pertence à faixa etária acima de 60 anos. Situação semelhante é observada na EAP Novo Sobradinho (24,68%), EAP Dez de Maio (24,66%) e ESFSB Novo Sarandi (24,32%). Embora em termos absolutos esses números possam não representar as maiores populações idosas do município, sua proporção dentro do território é significativamente alta, como demonstrado nos gráficos comparativos.

Esse envelhecimento demográfico reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa, com ênfase no cuidado



longitudinal, manejo qualificado de doenças crônicas, promoção do envelhecimento ativo e saudável, ampliação das ações de prevenção de agravos e reabilitação, além da valorização da atenção domiciliar como estratégia essencial para garantir cuidado integral e humanizado.

Paralelamente ao envelhecimento populacional em determinadas regiões, observa-se a predominância de crianças de 0 a 4 anos em alguns territórios específicos, como na ESF Interior Leste – Bom Princípio (5,51%), ESFSB São Francisco (3,89%), ESFSB Santa Clara IV (3,57%) e ESFSB Paulista (3,48%). Esse perfil demográfico reforça a necessidade de intensificar as ações voltadas à saúde da infância nessas áreas, com foco na imunização, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na ampliação do acesso à atenção pediátrica e no fortalecimento dos vínculos familiares por meio da puericultura.

Além disso, destaca-se a presença expressiva de população estrangeira em algumas unidades, como a ESFSB Jardim Panorama (8,20%), ESFSB Bressan/Cezar Parque (6,00%) e EAP Jardim Maracanã (4,44%). Essa realidade impõe o desafio de estruturar práticas de cuidado culturalmente sensíveis, com estratégias inclusivas que considerem barreiras linguísticas, diferenças culturais e vulnerabilidades sociais, a fim de garantir equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde. A atuação da APS, nesse contexto, deve ser pautada pela escuta qualificada, acolhimento humanizado e fortalecimento de ações intersetoriais.

Outro aspecto relevante refere-se à elevada concentração populacional em unidades urbanas, como o Centro de Saúde de Toledo, que reúne 18.306 usuários, e a unidade do Jardim Coopagro, com 17.149 cadastrados. As cinco Equipes de Atenção Primária (EAP) da zona urbana concentram, juntas, mais de 40% da população cadastrada no município. Esse cenário impõe desafios significativos à gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à alta demanda assistencial, à



sobrecarga das equipes, à necessidade de maior capacidade resolutiva e à reorganização contínua dos fluxos de atendimento.

Também merece destaque a distribuição desigual das pessoas com necessidades especiais (PNEs), cujo percentual geral se mantém entre 1% e 2% na maioria das unidades, mas apresenta índices mais elevados em regiões como Jardim Europa, Paulista e São Luiz do Oeste, onde atinge 4%. Essa concentração pode estar associada a fatores como o envelhecimento da população, condições de maior vulnerabilidade social ou, ainda, à atuação mais eficaz dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no processo de identificação e cadastramento. Tal observação reforça a importância da presença territorial dos ACS, bem como da sua constante capacitação, a fim de garantir dados qualificados e subsidiar o planejamento de ações mais efetivas e direcionadas às reais necessidades da população.

13.12.5. Perfil Epidemiológico

A análise das condições de saúde da população de Toledo revela importantes disparidades entre os diferentes territórios, refletindo tanto variabilidades epidemiológicas quanto diferenças na capacidade de identificação, registro e acompanhamento pelas equipes de saúde.

No campo da saúde mental, destacam-se as unidades ESFSB São Francisco (7,48%) e ESFSB Jardim Europa (7,38%) com os maiores percentuais de usuários com transtornos mentais cadastrados. Esses dados podem indicar tanto uma maior prevalência de agravos nesses territórios quanto uma estrutura mais qualificada para diagnóstico precoce e cuidado continuado. Em contrapartida, unidades como a ESF Interior Leste – Bom Princípio (1,38%) e a EAP Dez de Maio (1,42%) registram os menores



percentuais, o que pode apontar para subnotificação, barreiras de acesso ou menor capacidade de detecção dos casos.

Em relação às doenças crônicas, observa-se uma concentração mais elevada de hipertensão arterial nas unidades EAP Novo Sobradinho (11,65%) e ESFSB Jardim Europa (9,97%), enquanto a ESF Bom Princípio novamente apresenta o menor índice (0,81%). Situação semelhante se repete nos casos de Diabetes Mellitus: as unidades Jardim Europa (4,52%) e Paulista (4,26%) lideram os registros, ao passo que Bom Princípio (0,16%) e Dois Irmãos/Vila Ipiranga (0,96%) aparecem com os menores percentuais.

É importante ressaltar que esses dados não devem ser interpretados exclusivamente como reflexo do estado de saúde da população local. A vulnerabilidade social, os determinantes sociais da saúde e a qualidade da vigilância em saúde exercem influência direta sobre os indicadores. Assim, altas taxas podem apontar maior adoecimento, mas também podem ser resultado de um sistema de saúde mais organizado, com equipes capacitadas, cobertura mais efetiva, rastreamento sistemático e maior vínculo com a comunidade.

De modo geral, unidades como Jardim Europa, São Francisco, Paulista e Interior Oeste – Concórdia do Oeste se destacam por apresentarem os maiores percentuais nas categorias analisadas — saúde mental, hipertensão e diabetes. Isso sugere uma atuação mais intensa em vigilância em saúde e detecção de agravos. Em contrapartida, unidades como Bom Princípio, Dez de Maio e Dois Irmãos/Vila Ipiranga, com os menores registros, podem sinalizar boas condições de saúde em seus territórios, mas também impõem a necessidade de avaliação crítica sobre a efetividade do cadastramento, a presença territorial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a atuação clínica e preventiva das equipes.

Diante desse panorama, evidencia-se que a precisão na interpretação dos dados em saúde está diretamente relacionada à qualidade das



informações coletadas no território. A ausência ou atuação insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode comprometer significativamente o registro de dados essenciais, impactando negativamente o diagnóstico situacional, o planejamento das ações e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, o fortalecimento das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), a qualificação dos sistemas de informação e a adequação das estratégias de cuidado às especificidades epidemiológicas e sociais de cada território são elementos fundamentais para promover uma Atenção Primária à Saúde (APS) mais equitativa, resolutiva e sensível às reais necessidades da população.

Em relação ao acompanhamento das gestantes, observa-se que o percentual nos territórios é relativamente baixo, variando entre 0,10% na ESFSB Novo Sarandi e 0,74% na EAP Jardim Maracanã. Esta última, inclusive, destaca-se por apresentar o maior número absoluto de gestantes cadastradas no município, com 125 gestantes acompanhadas no mês de junho de 2025.

Complementando esse panorama assistencial, os dados relacionados às consultas médicas e de enfermagem realizadas entre os anos de 2021 e 2024, bem como os atendimentos individuais de profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros integrantes da equipe multiprofissional, serão apresentados a seguir, compondo o perfil da produção da APS e subsidiando a avaliação de cobertura e efetividade da atenção prestada no município.

Tabela 81 - População e prevalência de algumas comorbidades, por equipe (ESF e EAP).

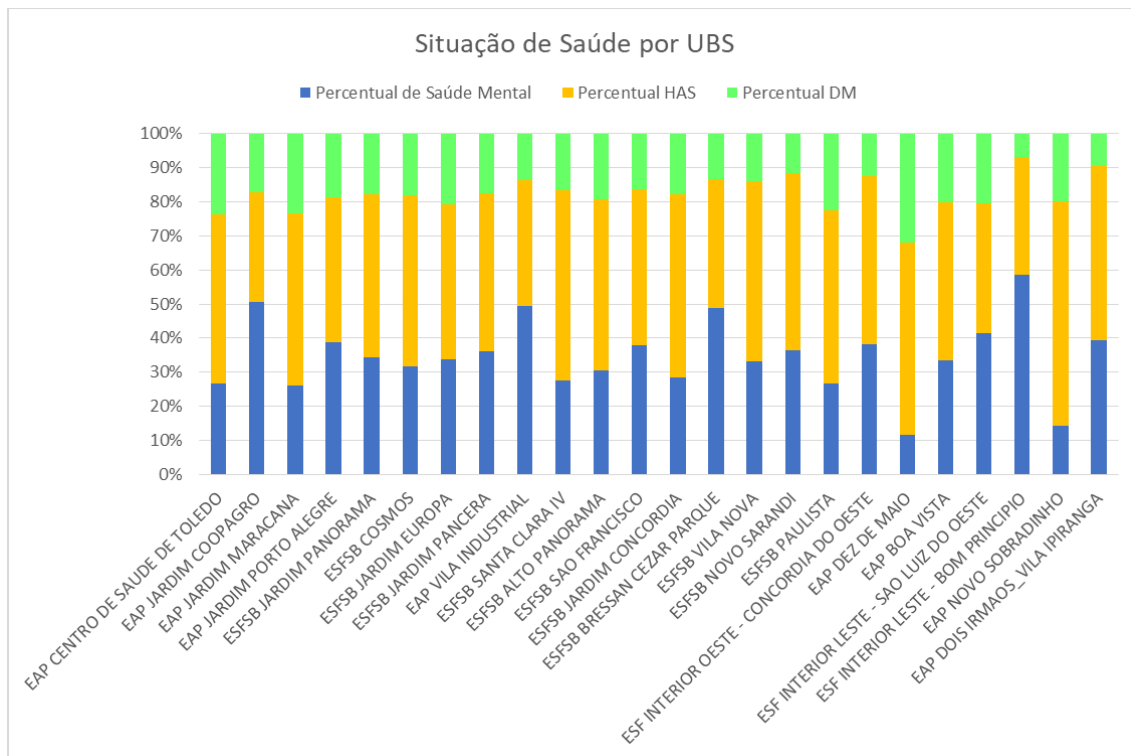
Unidade	População	Saúde Mental	HAS		DM	
		Total %	Total	%	Total	%



EAP Centro de Saúde	18.306	554	3,03%	1.032	5,64%	496	2,71%
EAP Jd Coopagro	17.149	825	4,81%	524	3,06%	280	1,63%
EAP Jd Maracanã	16.978	568	3,35%	1.096	6,46%	509	3,00%
EAP Jd Porto Alegre	15.256	537	3,52%	588	3,85%	260	1,70%
ESFSB Jd Panorama	14.090	733	5,20%	1.027	7,29%	359	2,69%
ESFSB Cosmos	12.780	585	4,58%	920	7,20%	335	2,62%
ESFSB Jd Europa	12.161	898	7,38%	1.213	9,97%	550	4,52%
ESFSB Pancera	11.331	440	3,88%	561	4,95%	213	1,88%
EAP Vila Industrial	10.010	482	4,82%	357	3,57%	134	1,34%
ESFSB Santa Clara IV	9.122	258	2,83%	527	5,58%	155	1,70%
ESFSB Alto Panorama	8.866	354	3,99%	584	6,59%	223	2,52%
ESFSB São Francisco	7.837	586	7,48%	701	8,94%	253	3,23%
ESFSB Jd Concórdia	6.423	271	4,22%	513	7,99%	171	2,66%
ESFSB Bressan - Cezar Parque	5.479	389	7,10%	300	5,48%	107	1,95%
ESFSB Vila Nova	4.323	192	4,44%	307	7,10%	81	1,87%
ESFSB Novo Sarandi	4.128	216	5,23%	311	7,53%	68	1,65%
ESFSB Paulista	4.082	206	5,05%	390	9,55%	174	4,26%
ESF Interior Oeste - Concórdia do Oeste	2.723	205	7,53%	265	9,73%	66	2,42%
EAP Dez de Maio	1.553	22	1,42%	106	6,83%	60	3,86%
EAP Boa Vista	1.485	58	3,91%	80	5,39%	35	2,36%
ESF Interior Leste - São Luiz do Oeste	1.258	49	3,90%	45	3,58%	24	1,91%
Unidade Volante - Bom Princípio	1.234	17	1,38%	10	0,81%	2	0,16%
EAP Novo Sobradinho	1.082	27	2,50%	126	11,65%	38	3,51%
EAP Dois Irmãos - Vila Ipiranga	837	33	3,94%	43	5,14%	8	0,96%

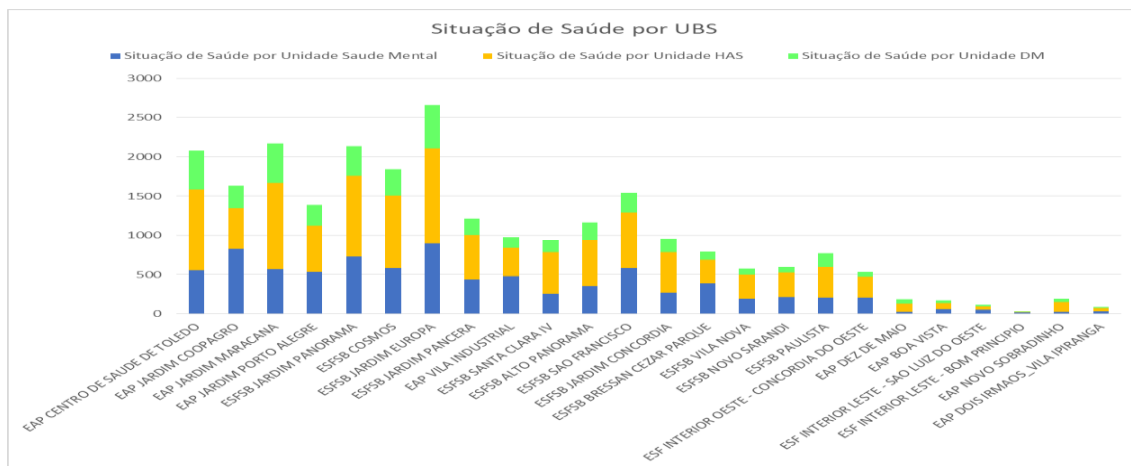
FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), 2025.

Gráfico 38 - Percentual da situação de Saúde da população Adstrita de cada Unidade Básica de Saúde- Cadastro Individual.



FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

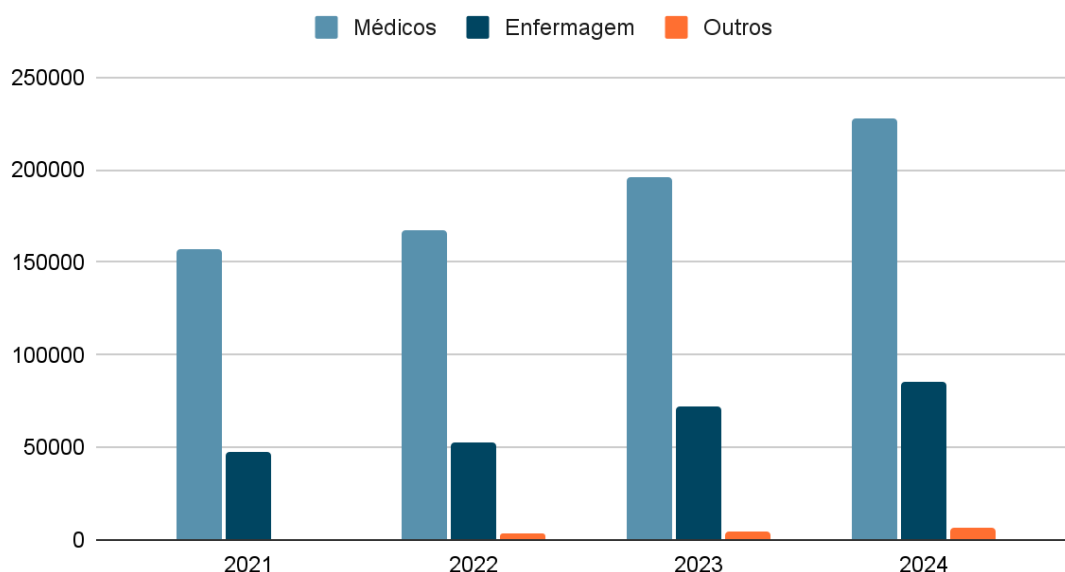
Gráfico 39 - Situação de saúde da população adstrita das Unidades Básicas de Saúde - Cadastros Individuais (nominal).



FONTE: Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde com base nos dados de cadastros no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), 2025.

Gráfico 40 - Consultas Médicas e de Enfermagem no período de 2021 a 2024.

Consultas



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no relatório de consultas sintético – por especialidade; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

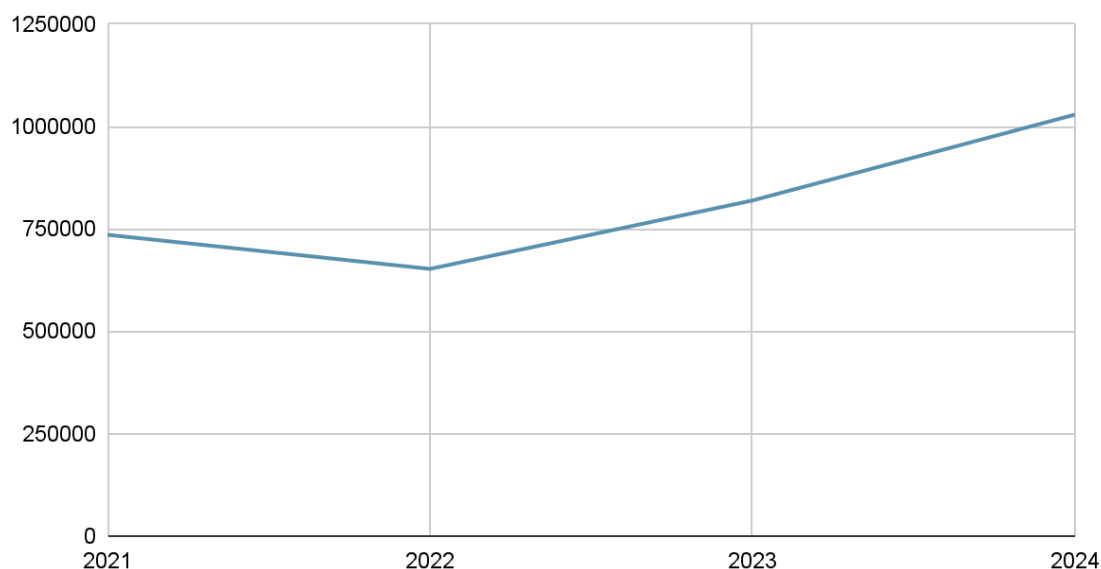
Considerando a evolução das consultas médicas, consultas de enfermagem e procedimentos ambulatoriais, o período de 2021 a 2024 revela um padrão consistente de crescimento na oferta e/ou na demanda pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

As consultas médicas demonstraram uma trajetória de crescimento contínuo ao longo dos quatro anos analisados, com destaque para o período a partir de 2022, quando se observa um aumento mais acentuado. Esse comportamento pode ser atribuído a diversos fatores, entre eles: a retomada dos atendimentos pós-pandemia de COVID-19, a reorganização dos fluxos assistenciais, a ampliação da cobertura populacional, contratação de profissionais e a melhoria da capacidade instalada no âmbito da APS. A taxa de crescimento relativamente estável e elevada entre 2022 e 2024 aponta para a consolidação da rede assistencial e para o atendimento de uma demanda reprimida que vinha sendo absorvida progressivamente.

De forma semelhante, às consultas de enfermagem também apresentaram trajetória ascendente, com um salto expressivo em 2023. Esse avanço reflete o fortalecimento do papel dos profissionais de enfermagem no cuidado integral, com ampliação da autonomia e da resolutividade clínica, sobretudo em áreas prioritárias como o acompanhamento de condições crônicas, saúde da mulher, pré-natal, planejamento reprodutivo e puericultura. Esse desempenho reforça a importância da atuação multiprofissional na APS e evidencia o protagonismo da enfermagem na qualificação da atenção prestada.

Gráfico 41 - Procedimentos ambulatoriais, no período de 2021 a 2024.

Procedimentos Ambulatoriais



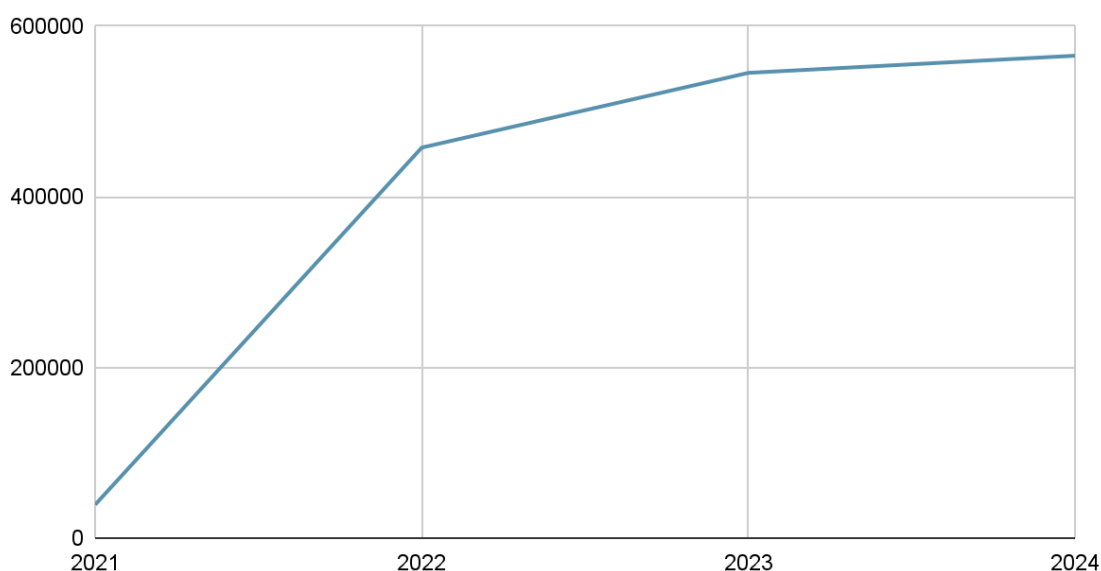
FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no relatório de procedimentos ambulatoriais – por CBO - Sintético; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

No que tange os procedimentos ambulatoriais, estes apresentaram uma queda expressiva em 2022, possivelmente relacionada à falta de insumos e efeitos residuais da pandemia. Porém, os anos seguintes mostraram uma retomada vigorosa. O aumento superior a 25% em dois anos consecutivos indica forte recuperação e expansão da oferta de

procedimentos, com a intensificação dos cuidados, implementação de protocolos e padronização de registros no sistema de informação. Ainda se cita como um avanço a padronização dos registros de interações com usuários, apontando para mudanças significativas na forma como a rede se organiza para acolher, acompanhar e monitorar a população, impactando também no aumento dos procedimentos, visto a organização dos registros.

Gráfico 42 - Interações com usuários.

Interações com Usuários



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base em relatório de interações com usuários do Serviço - Sintético; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) inclui a resolubilidade como uma diretriz a ser operacionalizada na APS, pensando em tecnologia leve e de baixo custo, visando a prevenção, promoção e recuperação. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a resolutividade esperada dos serviços de APS é de 85%. Uma vez que esse índice é atingido, significa que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) conseguem resolver grande maioria dos problemas sem a necessidade de encaminhamentos para outros segmentos como a MAC (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).



Tabela 82 - Consultas x percentual de encaminhamento por unidade da APS.

Unidade	2021		2022		2023		2024	
	Nº Cons.	% Enc.	Nº Cons.	% Enc.	Nº Cons.	% Enc.	Nº Cons.	% Enc.
EAP Centro de Saúde	18.654	15,08	18.578	17,92	23.312	19,39	23.264	19,43
EAP Jd Maracanã	19.999	11,11	20.359	13,82	20.206	17,36	21.368	16,41
EAP Jd Coopagro	20.523	13,03	19.992	13,39	23.478	14,08	25.611	12,44
EAP Jd Porto Alegre	11.014	15,18	12.547	13,33	17.093	18,63	21.393	15,45
ESFSB Cosmos	16.999	6,86	17.645	8,42	21.060	14,97	21.387	14,74
ESFSB Jd Panorama	13.969	10,64	14.996	8,56	17.575	12,28	21.242	9,99
ESFSB Jd Europa	21450	5,99	18.727	7,11	20.926	10,14	22.177	9,73
ESFSB Jd Pancera	9671	11,67	8.819	11,61	10.443	19,97	13.466	14,01
EAP Vila Industrial	9279	11,04	10.795	10,46	13.193	12,55	14.661	11,11
ESFSB Santa Clara IV	8335	11,48	9.203	7,96	12.883	14,18	14.078	12,98
ESFSB Jd Concórdia	6102	12,01	7.303	11,31	11.088	14,69	12.518	12,97
ESFSB Alto Panorama	6269	13,18	8.045	9,1	11.846	13,37	12.325	12,85
ESFSB São Francisco	9323	7,85	9.988	4	10.809	9,02	12.222	9,75
ESFSB Bressan Cezar Parque	4597	10,29	4.314	10,04	6.722	15,41	8.775	11,11
ESFSB Vila Nova	3349	12,93	5.538	5,96	6.657	11,72	7.984	8,34
ESFSB Novo Sarandi	4574	7,21	6.923	4,72	7.128	8,38	7.713	6,95
ESF Interior Oeste - Concórdia do Oeste	3049	12,79	4.21	5,52	4.097	8,86	4.367	8,31
EAP Novo Sobradinho	401	17,71	1.177	10,54	2.224	18,54	3.142	15,53
ESFSB Paulista	1.794	6,13	349	10,6	502	0	11.673	6,68
ESF Interior Leste - São Luiz	665	6,77	1.123	8,1	2.927	9,33	3.389	8,59
EAP Boa Vista	484	8,88	1.146	11,26	1.715	10,38	2.116	12,9
EAP Dez de Maio	920	13,48	1.389	5,11	1.559	8,15	1.039	1,35
EAP Dois Irmãos - Vila Ipiranga	477	8,39	700	6,43	1.099	13,01	1.350	7,78

FONTE: Elaborado pelo Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos cadastros; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

LEGENDA:

Nº Cons. = Refere-se à quantidade de Consultas

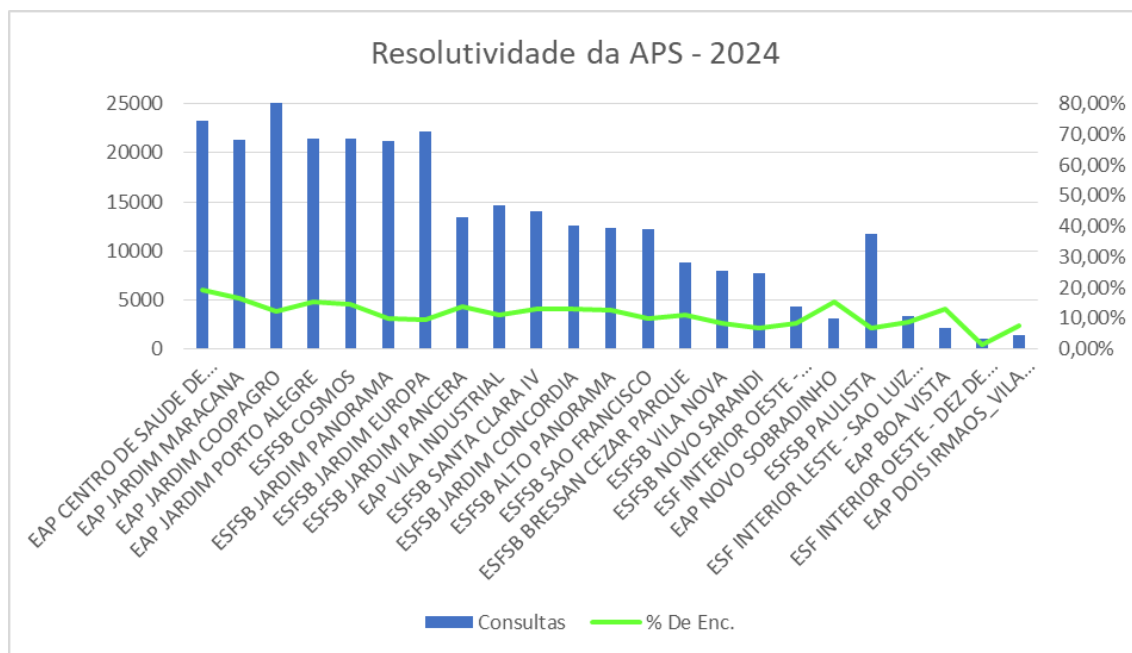
% Enc. = Refere-se ao percentual de encaminhamentos realizados em comparação com o número de consultas

A capacidade de resolutividade das Unidades de Saúde pode ser avaliada, de forma indireta, por meio do percentual de encaminhamentos realizados para outros níveis de atenção. Em termos práticos, quanto menor a proporção de encaminhamentos, maior tende a ser a efetividade da

Atenção Primária na resposta às necessidades de saúde da população. Essa métrica reflete o grau de autonomia clínica e capacidade técnico-assistencial das equipes da APS, bem como a adequação da estrutura física, dos recursos humanos e do suporte diagnóstico disponível. Uma atenção primária resolutiva é capaz de identificar, manejar e acompanhar a maior parte das condições de saúde prevalentes, minimizando a necessidade de encaminhamentos e contribuindo para a redução da sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade.

Portanto, o monitoramento contínuo desse indicador é fundamental para avaliar a efetividade das equipes, identificar necessidades de capacitação, investimentos em estrutura e aprimorar os processos de cuidado de forma integrada e territorializada.

Gráfico 43 - Resolutividade da APS – 2024.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos cadastros; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Nesse contexto, observa-se que algumas unidades de saúde vêm se destacando positivamente ao manter ou até reduzir os percentuais de encaminhamentos para outros níveis de atenção, mesmo diante do



crescimento expressivo da demanda assistencial. Um exemplo notável é a ESFSB Jardim Panorama, que ampliou significativamente o número de consultas entre 2021 e 2024, passando de 13.969 para 21.242 atendimentos, ao mesmo tempo em que reduziu o percentual de encaminhamentos de 10,64% para 9,99%, demonstrando um fortalecimento da resolutividade da equipe e maior capacidade de gestão clínica dos casos no próprio território.

Situação semelhante é observada na EAP Jardim Coopagro, que alcançou o maior volume de consultas em 2024 (25.611 atendimentos), e ainda assim conseguiu reduzir os encaminhamentos de 14,08% em 2023 para 12,44% em 2024, reforçando o papel estratégico da Atenção Primária na contenção da demanda por serviços especializados.

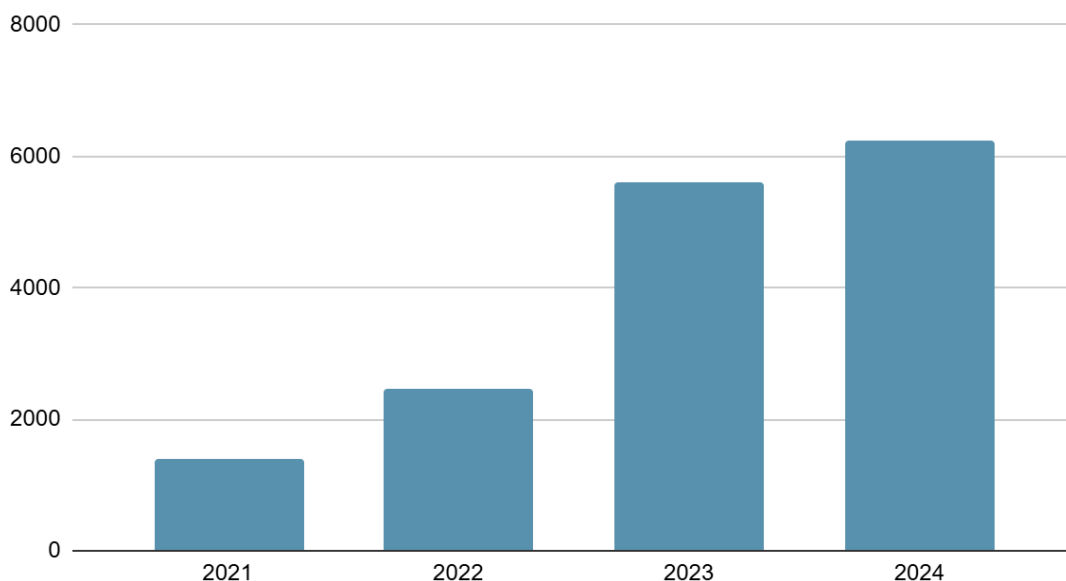
Por outro lado, algumas unidades mantêm percentuais elevados de encaminhamento, mesmo com ampla cobertura assistencial. É o caso da EAP Centro de Saúde de Toledo, que permaneceu com índices superiores a 19% em 2023 e 2024, o que pode sugerir maior dependência da rede especializada ou dificuldades na resolução dos casos no nível primário. O mesmo padrão é identificado nas unidades EAP Jardim Maracanã e EAP Jardim Porto Alegre, ambas com percentuais acima de 15% em 2024, apesar do elevado número de consultas, indicando possíveis lacunas na capacidade técnica e resolutiva das equipes. Cabe aqui ressaltar também a avaliação do grau de vulnerabilidade social, entre outros fatores que também podem agregar a tal situação.

Esses dados evidenciam que, embora o aumento do número de atendimentos seja um indicador importante de acesso, a efetividade da Atenção Primária à Saúde se reflete especialmente na sua capacidade de resolver os problemas de saúde no próprio nível local. Unidades que conseguem conciliar alta demanda com baixos percentuais de encaminhamento deve ser valorizadas como referência de boas práticas e desempenho. Já aquelas com índices persistentemente elevados sinalizam

a necessidade de intervenções estratégicas, como a qualificação das equipes, reorganização dos processos assistenciais, fortalecimento da retaguarda clínica e ampliação do suporte matricial.

Gráfico 44 - Procedimentos Coletivos, no período de 2021 a 2024.

Procedimentos Coletivos



FONTE: Elaborado pelo Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no relatório de procedimentos coletivos – Sintético Quantitativo geral; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Tratando-se de procedimentos coletivos, o período de 2021 a 2024 foi marcado pela retomada gradativa das ações, principalmente PSE e grupos de atividades coletivas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, as quais foram severamente comprometidas pelo isolamento social. No ano de 2021, com a situação pandêmica ainda muito latente, a efetiva realização das ações coletivas foi prejudicada, panorama que melhorou em 2022. Contudo se nota que o aumento mais expressivo, de 128%, que ocorreu no ano de 2023, é reflexo do decreto do fim da pandemia.

Um dos procedimentos que ganhou grande relevância no município a partir de 2021 foi a vacinação contra a Covid-19, marcando um importante marco na atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) frente à pandemia. É importante destacar que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de



Toledo contam com salas de vacinação, funcionando como serviços de acesso universal, ou seja, independem da territorialização — o usuário pode procurar a unidade que melhor se adequa à sua rotina e horários.

O município de Toledo tem demonstrado comprometimento contínuo com a oferta de vacinas, em conformidade com o Calendário Nacional de Vacinação, promovido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Para isso, adota estratégias intra e extramuros, como campanhas itinerantes, vacinação em escolas, locais de grande circulação e horários estendidos, buscando aumentar a cobertura vacinal e garantir o acesso integral da população.

Historicamente, a vacinação é uma das intervenções em saúde pública mais eficazes, responsável pela erradicação e controle de diversas doenças ao redor do mundo. No caso da pandemia de Covid-19, a imunização em massa foi fundamental para a redução da transmissão do vírus, das internações e óbitos, evidenciando mais uma vez o papel crucial das vacinas na proteção coletiva.

No âmbito local, são realizadas diversas campanhas de vacinação ao longo do ano, com enfoque em grupos prioritários e atualização do esquema vacinal da população. Essas ações buscam atingir as metas estabelecidas pelos indicadores pactuados com o Ministério da Saúde e SESA, reforçando o compromisso do município com a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a equidade no acesso aos serviços.

Tabela 83 - Série histórica das vacinas administradas de 2021 a 2024.

VACINAS	2021	2022	2023	2024
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	118.079	41903	18.877	-
Influenza Trivalente	22.270	49924	41.159	40.899
Hepatite B	19.054	17086	10.520	10.718

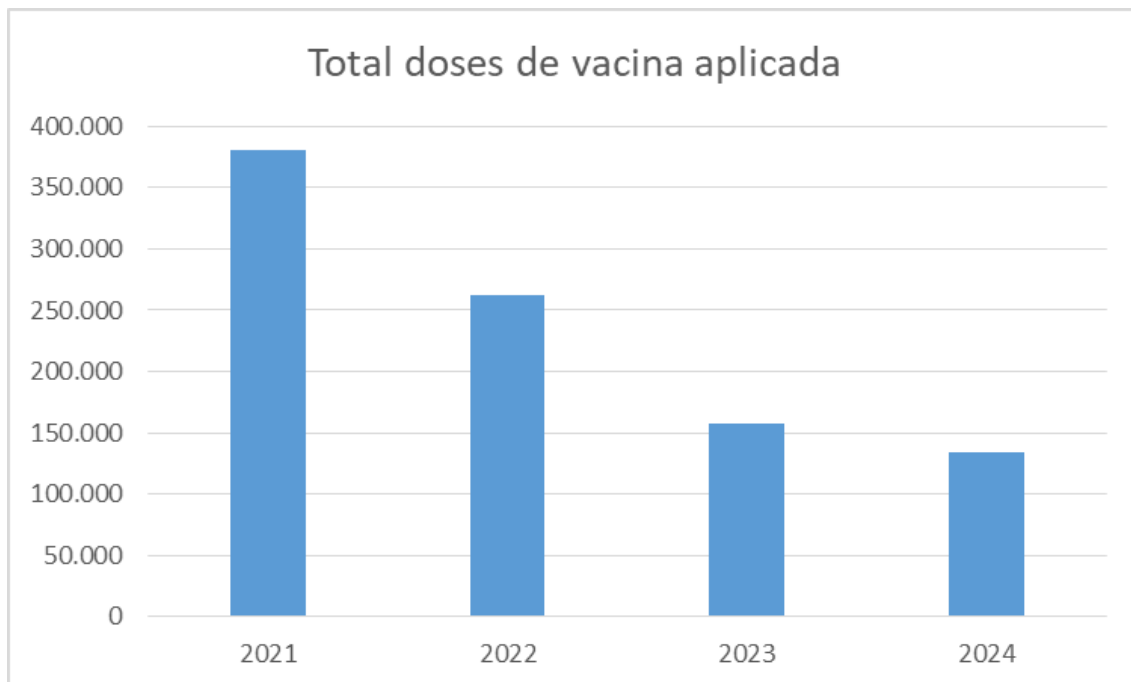


Dupla adulto	17.797	16468	11.540	11.756
Tríplice viral	9.984	14116	6.474	5.925
Febre amarela	9.636	8510	6.734	5.462
Meningocócica conjugada C	5.967	7.366	5.765	517
Pneumocócica 10V	5.917	5.999	5.758	5.492
DTP/HB/Hib	6.120	6.324	5.959	5.584
Poliomielite inativada	6.017	6.091	5.725	7.310
Poliomielite oral (Bivalente)	3.937	9211	3.984	4.711
Covid-19 - Covishield - Oxford/Astrazeneca	80.537	25424	1.172	-
Tríplice bacteriana	4.358	4.030	3.903	3.790
Varicela(atenuada)	4.040	4.171	4.232	1.866
HPV Quadrivalente	4.434	5.195	6.602	3.042
Vacina rotavírus humano	3.943	3.994	3.846	3.729
Tríplice bacteriana acelular (adulto)- dTpa	3.778	2.534	2.778	2.661
Hepatite A Pediátrica	2.125	2.075	2.093	1.894
Meningocócica ACWY	2.210	3.300	2.992	7.190
BCG	2.139	2.239	3.247	3.291
Covid-19 - Coronavac - Sinovac/Butantan	40.626	8.274	167	308
Covid-19 - Ad26.COVS.S - Janssen-Cilag	5.735	15563	119	-
Tetra Viral	355	406	8	1.600
Raiva em cultivo celular Vero	561	638	673	1.052
Pneumocócica 13V	421	363	195	188
Pneumocócica 23V	175	504	670	689
Hepatite A	22	13	36	47
Haemophilus tipo b	18	6	13	39
Tríplice acelular infantil	8	3	8	4
Covid-19 - PEDIÁTRICA - PFIZER COMIRNATY	7	146	2.598	4.303

Total**380.270 261.876 157.847 134.067**

FONTE: Elaborado pelo Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no relatório SI-PNI – Relatório de vacinas Sintético – Quantitativo geral; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Gráfico 45 - Total de doses de imunobiológicos aplicados.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no relatório SI-PNI – Relatório de vacinas Sintético – Quantitativo geral; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Os dados evidenciam uma redução progressiva e consistente no número total de doses vacinais aplicadas no município entre os anos de 2021 e 2024, totalizando uma queda acumulada de 64,7% no período.

O ano de 2021 apresentou um pico significativo na aplicação de vacinas, em grande parte impulsionado pelas campanhas emergenciais de imunização contra a COVID-19. No entanto, a queda observada nos anos subsequentes pode ser atribuída a diversos fatores, como: diminuição da procura pelas doses de reforço por parte da população; falsa sensação de segurança após o controle inicial da pandemia; disseminação de informações incorretas (*fake news*) sobre a eficácia e segurança das vacinas; ceticismo crescente fomentado por desinformação e teorias conspiratórias nas redes sociais e em outros canais de comunicação.



Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer as estratégias de comunicação em saúde, investindo em ações educativas, campanhas de sensibilização e engajamento comunitário, com o objetivo de restabelecer a confiança da população nos imunizantes e recuperar as coberturas vacinais ideais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

13.13. SAÚDE BUCAL

13.13.1. Estrutura e Cobertura das Equipes

A atenção à Saúde Bucal no município é realizada por equipes integradas às Estratégias de Saúde da Família (ESF) e às Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, o município conta com 14 (quatorze) Equipes de Saúde Bucal devidamente homologadas no modelo Estratégia Saúde da Família.

Essas equipes atuam nas seguintes localidades: Jardim Concórdia, Santa Clara IV, São Francisco, Cosmos (2 equipes), Jardim Panorama, Alto Panorama, Bressan Cesar Parque, Paulista, Vila Nova, Novo Sarandi, Jardim Pancera e Jardim Europa (2 equipes). Todas estão em pleno funcionamento, garantindo atendimento qualificado à população.

Destaca-se que as duas equipes do Jardim Europa operam na modalidade II, conforme detalhado na tabela a seguir.

Tabela 84 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal Estratégia Saúde da Família no município.

UBS	Nº de cadeiras	Nº equipes	Modalidade	Usuários Cadastrados
Jardim Europa	4	2	II	12.180



Jardim Concórdia	1	1		6.503
Jardim Santa Clara IV	1	1		9.143
Jardim São Francisco	1	1		7.905
Cosmos	2	2		12.877
Jardim Panorama	1	1		14.006
Jardim Alto Panorama	2	1		8.927
Bressan-Cezar Parque*	-	1		5.524
Vila Paulista	2	1		4.276
Jardim Pancera	1	1		11.457
Novo Sarandi (Interior)	1	1		4.131
Vila Nova (Interior)	1	1		4.184

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS); (mai./2025).

NOTA: A Equipe de Saúde Bucal da UBS Bressan-Cezar Parque atende na UBS Jardim Alto Panorama

No modelo tradicional, contamos com 330 (trezentos e trinta) horas semanais de atendimento odontológico, distribuídos em 7 (sete) Unidades de Saúde, tanto no perímetro urbano, como no interior (Jardim Coopagro, Centro de Saúde, Jardim Maracanã, Jardim Porto Alegre, Vila Industrial, Novo Sobradinho e Interior Oeste). Nessa perspectiva, 4 (quatro) equipes de saúde bucal carga horária diferenciada (20 horas) encontram-se homologadas, além de uma já solicitada para atuar dentro do modelo com carga horária diferenciada (30 horas), conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 85 - Distribuição da Carga horária semanal dos odontólogos que atuam em EAP no município.

UBS	Nº de cadeiras	Carga horária/semanal	Usuários cadastrados
Jardim Coopagro	2	40	17.071



Centro de Saúde	1	60	18.848
Jardim Maracanã*	2	40	16.846
Jardim Porto Alegre	2	50	15.322
Vila Industrial	2	40	10.062
Novo Sobradinho (Interior)	1	20	1.056
Interior Oeste (Dez de Maio)	1	20	1.601
CERTI Pioneira	1	-	5
CERTI Coopagro	1	20	1

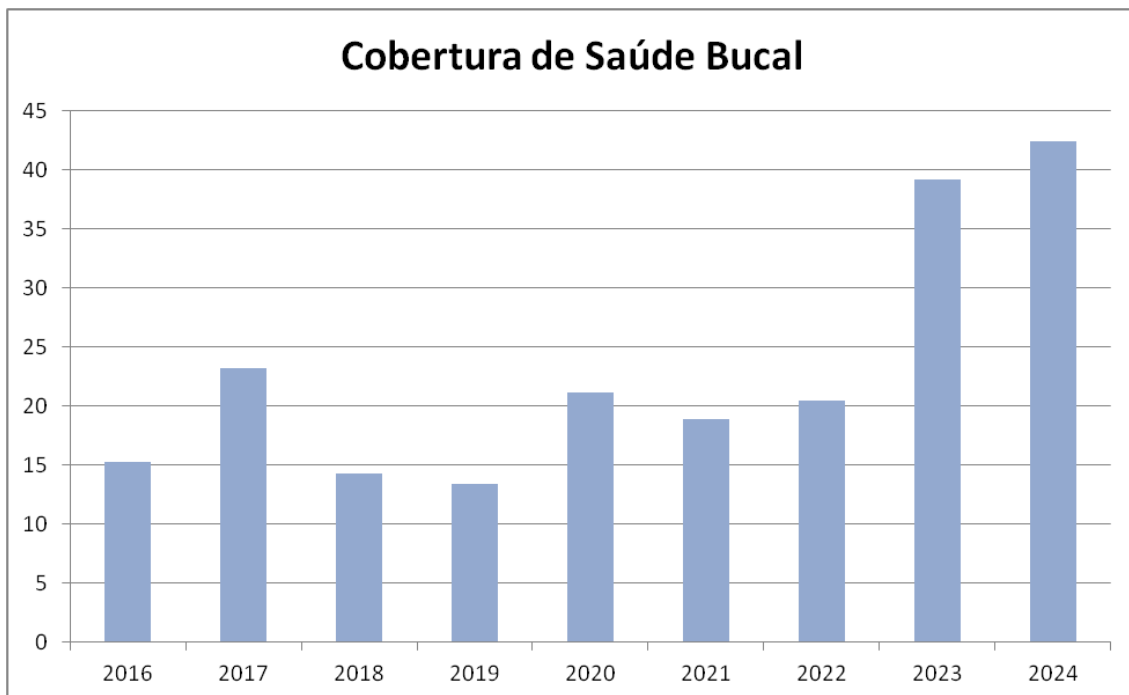
FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS); (mai./2025).

NOTA: Os profissionais da UBS Jardim Maracanã atendem nas instalações do CERTI Pioneira.

O município conta com uma Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial, sendo que o atendimento odontológico é contínuo e abrange a realização de procedimentos curativos e preventivos, assim como ações coletivas de educação e promoção de saúde bucal. Esta equipe é responsável por uma população de 508 pessoas privadas de liberdade em duas unidades: DEPEN (Departamento de Polícia Penal do Estado/Cadeia Pública de Toledo - CPTOLE) e APAC (Associação de Proteção e Assistência aos Condenados).

Percebe-se um importante avanço na implantação de novas equipes, tanto de Equipe de Saúde Bucal Atenção Primária, como de ESFB no entre os anos de 2023 e 2024, o que fica evidenciado pelo aumento na Cobertura de Saúde Bucal. Porém, a ampliação da cobertura ainda é um desafio a ser vencido, visto que ainda não chega aos 50% no município.

Gráfico 46 - Cobertura de Saúde Bucal no Período de 2016 à 2024, Toledo.



FONTE: E-gestor (2025).

Toledo, no mês de abril de 2024 apresentava uma cobertura de saúde bucal de 44,70% da população, conforme relatório extraído do e-Gestor. Conforme gráfico acima, no ano de 2023 tivemos uma cobertura em saúde bucal de 39,22%. O Estado do Paraná, no mesmo período, registrou cobertura de 58,62%, conforme dados extraídos do e-Gestor – Sistema de informação e gestão da Atenção Básica. A expansão de cobertura ocorrida no ano de 2023 foi expressiva e representa um grande avanço para a odontologia do município. Fato este que revela o esforço do município para expansão do número de Equipes de Saúde Bucal, porém essa expansão deve ser contínua e a ampliação do acesso se mantém como prioridade.



13.13.2. Atendimento nos CERTI (População Idosa)

O Município de Toledo possui dois CERTI que ficam localizados no Jardim Coopagro e na Vila Pioneira. São equipamentos da Secretaria de Assistência Social em que há atuação das equipes de saúde, conforme pactuação municipal, porém, sem a presença do profissional ACS, visto que estes dois equipamentos estão dentro de um território de abrangência de equipes de APS, fato que explica a falta de população cadastrada.

Assim sendo, a saúde bucal também está presente e presta atendimentos odontológicos para esta população. No CERTI da Vila Pioneira há uma cadeira odontológica e atualmente as duas equipes de saúde bucal (manhã e tarde) que pertencem ao Jardim Maracanã atendem neste ambiente, fato este até retorno à UBS. Já no CERTI do Jardim Coopagro, há uma cadeira odontológica e uma carga horária de 20 horas de atendimento (2 odontólogos de 10h cada) no período da manhã. Cabe ressaltar que os CERTI, como estratégia, possuem atendimento odontológico, visando ao atendimento à população idosa.

13.13.3. Estrutura Física e Recursos Humanos

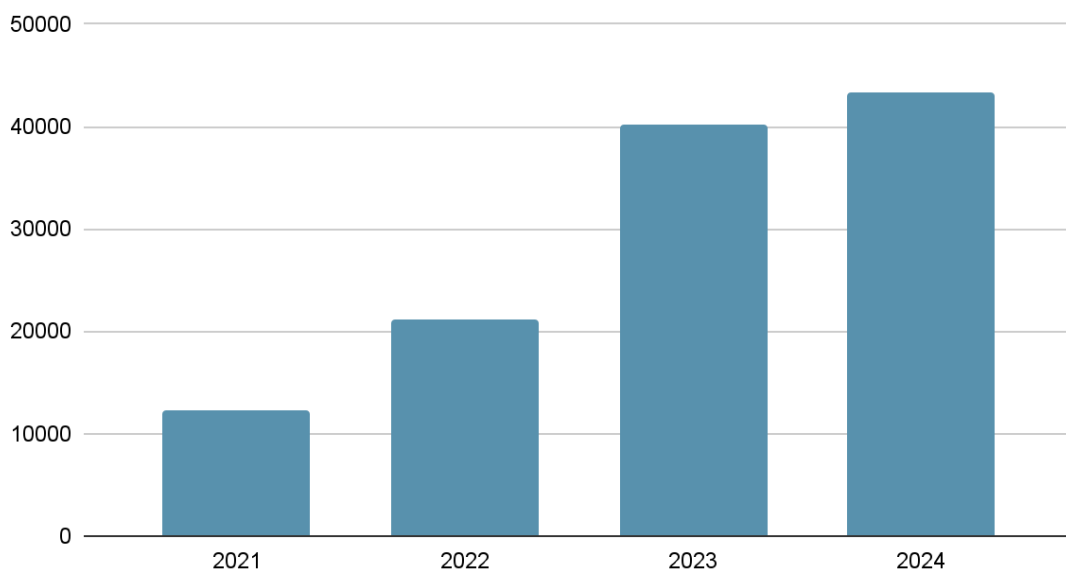
No total, a saúde bucal do município conta com 68 servidores, sendo 34 odontólogos, 15 Técnicas de Saúde Bucal (TSB) e 19 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Nesta perspectiva, faz-se importante ressaltar que das estruturas físicas da saúde (UBS), todas contam com atenção odontológica na sede do município, e no interior, somente São Luiz, Boa Vista, Concórdia do Oeste, Dois irmãos e Cerro da Lola não possuem equipes de Saúde Bucal instaladas.

13.13.4. Produção de Serviços e Desempenho

Tendo em vista o fim da situação de pandemia iniciada no ano de 2020, houve um gradativo aumento nos atendimentos odontológicos. Em 2021 foram registradas 12.216, número que praticamente dobrou em 2022, com 21.201 atendimentos - um aumento de 73,55%. O crescimento se intensificou em 2023, com 40.124 consultas, representando uma variação de 89,26% em relação ao ano anterior, devido à expressiva contratação de odontólogos realizada neste ano. Em 2024, o número chegou a 43.346, com um aumento mais modesto de 8,03%. Visto que houve uma relativa estabilização da demanda reprimida.

Gráfico 47 - Quantitativo de consultas odontológicas no período de 2021 a 2024.

Consultas Odontológicas

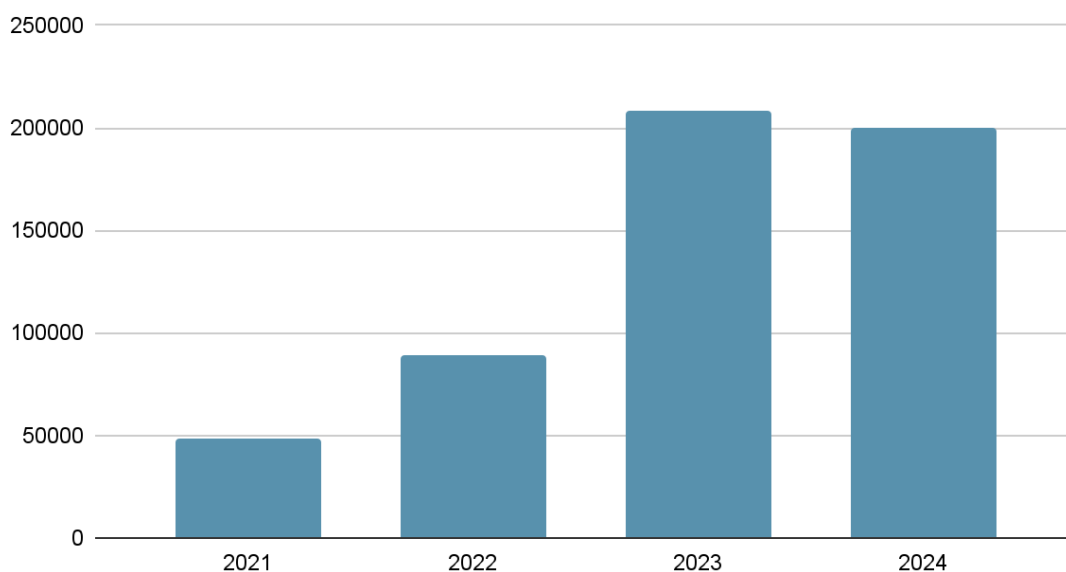


FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de consultas odontológicas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Seguindo a mesma tendência, foram registrados no Sistema local a realização de 39.966 procedimentos em 2020, com um aumento em 2024 para 199.929 procedimentos. Fato importante a destacar é que entre 2021 a 2023 houve um aumento crescente do número de procedimentos, mas com uma queda registrada em 2024 (-3,86%), mesmo com o aumento no número de pacientes atendidos. Esta circunstância é explicada devido uma alteração no modo de lançamento do fornecimento de kit de higiene oral, escova, creme e fio dental no final de 2023, que antes eram lançados no sistema como procedimento individual e passaram a ser lançados como procedimento coletivo em 2024.

Gráfico 48 - Evolução dos procedimentos odontológicos ao longo dos anos de 2021 a 2024.

Procedimentos odontológicos



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de consultas odontológicas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Entre todos os procedimentos realizados, foram destacados abaixo aqueles que são utilizados para o cálculo do indicador da proporção de exodontia, que é um dos indicadores utilizados para demonstrar a qualidade do tratamento ofertado à população em um determinado período.



Tabela 86 - Dados dos procedimentos odontológicos realizados no período de 2021-2024.

Procedimento	ANO			
	2021	2022	2023	2024
Restauração de dente permanente posterior	513	4.490	10.518	11.986
Aplicação tópica de flúor individual por sessão	1.794	3.227	7.153	8.487
Aplicação de selante (por dente)	1.204	2.566	4.999	4.264
Restauração de dente permanente anterior com resina composta	1.638	3.737	7.835	7.989
Selamento provisório de cavidade dentaria	3.203	4.047	7.567	8.846
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	763	1.305	2.865	3.318
Exodontia de dente permanente	1.342	1.941	3.211	3.216
Curativo de demora c ou s preparo biomecânico	1.420	1.732	3.267	3.617
Acesso a polpa dentaria e medicação por dente	1.034	1.454	2.705	2.813
Aplicação de carióstático (por dente)	481	936	1.443	1.366
Capeamento pulpar	146	232	629	647
Pulpotomia dentaria	54	74	65	53
Exodontia múltipla c alveoloplastia por sextante	2	1	9	14
Raspagem alisamento e polimento supragengivais por sextante	3.717	10.301	25.745	29.926
Selamento de perfuração radicular	06	5	25	4
Profilaxia remoção da placa bacteriana	1.714	3.857	9.080	11.605
Demais Procedimentos Odontológicos	28.231	49.456	121.044	101.755
TOTAL GERAL	28.744	53.946	131.562	113.741
Proporção de Exodontia	7,02	5,38	4,12	3,39

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de consultas odontológicas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Importante destacar que a interpretação deste indicador compreende o conceito de que quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. O que podemos perceber é que de fato temos conseguido atingir uma redução gradativa ano após ano. Porém, a proporção de exodontias, como indicador em saúde bucal, pode ter algumas limitações, pois a interpretação pode ser afetada por diferentes fatores, como o nível de desenvolvimento social e econômico, assim como registros errados ou sub-registro dos procedimentos nos sistemas de informações.

Portanto, o indicador de exodontias deve ser analisado em conjunto com outros dados e informações sobre o contexto da região para ter uma compreensão mais completa da situação de saúde bucal e não analisado de forma isolada. Ele deve sempre ser analisado baseando-se no contexto



local e em conjunto com outros indicadores de saúde bucal, como a proporção de procedimentos preventivos e a taxa de tratamento restaurador atraumático (ART).

Tabela 87 - Quantitativo de Tratamento Restaurador Atraumático (A RT) - 2021 a 2024.

Tratamento Restaurador Atraumático (ART)			
2021	2022	2023	2024
2488	5572	9828	8505
	123,95%	76,38%	-13,46

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de consultas odontológicas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Pode-se observar uma relação inversamente proporcional entre a evolução do indicador de exodontia e a taxa de ART realizada, confirmando que este importante procedimento preventivo/curativo, somado às demais atividades preventivas, tanto individuais como coletivas, possuem um impacto relevante na promoção de saúde da população e na melhoria da qualidade da mesma.

13.13.5. Ações Coletivas e Promoção em Saúde

Em relação às atividades coletivas, de acordo com as diretrizes da política nacional de saúde bucal (2004), 20% da carga horária das equipes estão destinadas a planejamento, capacitações e atividades coletivas. Dentre as atividades coletivas, estão as realizadas nas UBS e comunidade com grupos específicos e as realizadas nas escolas, através do PSE (Programa Saúde na Escola). No ano de 2024, as ações coletivas foram



realizadas de forma efetiva pelas equipes de saúde bucal, tanto no âmbito do PSE, como também nas Unidades básicas de saúde e espaços da comunidade, totalizando 2.713 atividades coletivas, impactando diretamente cerca de 60.296 pessoas. Chama-se atenção para as ações de conscientização sobre o Câncer de boca, que somaram 24 ações coletivas (533 pessoas), dados extraídos de relatório do sistema de informação municipal SIGSS/MV.

Dentre as atividades coletivas realizadas pelas equipes de saúde bucal estão as elencadas na tabela abaixo.

Tabela 88 - Quantitativo de ações coletivas - 2021 e 2024.

Procedimento	ANO							
	2021		2022		2023		2024	
	Nº Ativid	Nº particip	Nº Ativid	Nº particip	Nº Ativid	Nº particip	Nº Ativid	Nº particip
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	135	3.742	365	5.620	981	25.207	890	19.340
AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	-	-	-	-	429	9.390	510	11.106
AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	14	213	36	636	414	8.571	409	8.713
AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO	6	6	4	4	333	19.298	315	7.607
FORNECIMENTO DE KIT DE HIGIENE BUCAL	-	-	-	-	-	-	290	7.056
FORNECIMENTO DE ESCOVA DENTAL	-	-	-	-	119	2.212	119	2.279
FORNECIMENTO DE FIO DENTAL	-	-	-	-	104	1.907	34	729
FORNECIMENTO DE CREME DENTAL	-	-	-	-	112	1.975	32	642
AÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL	5	63	12	150	33	458	24	533
AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL	-	-	2	2	29	530	22	387
EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	-	-	-	-	12	222	1	29
TOTAL	160	4184	419	6412	2566	69770	2646	58421

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de atividades coletivas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).



Ressalta-se que o número de atividades coletivas pode variar e que a padronização dos registros de atividades coletivas só ocorreu em 2024, portanto houve uma maior qualidade dos registros.

13.13.6. Atenção Secundária - Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB)

A atenção secundária em saúde bucal é realizada pelo CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) do Consórcio de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) e conta com as seguintes especialidades: cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais; prótese dentária total e parcial removível e odontopediatria. O CEO do consórcio atende aos 18 municípios integrantes da 20ª Regional de Saúde do Paraná. A estrutura da Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB) regional sofreu um impacto considerável devido ao aumento de cobertura da saúde bucal de Toledo, pois houve um acréscimo considerável de demanda para a atenção secundária, principalmente.

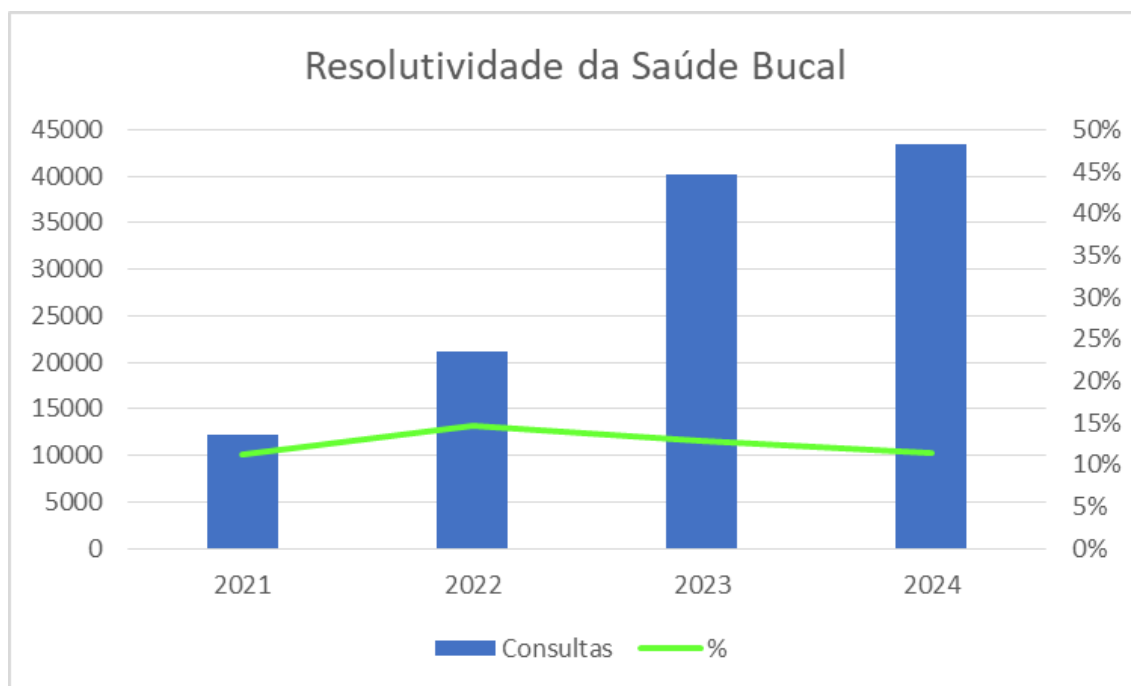
Tabela 89 - Encaminhamentos odontológicos para especialidades entre os anos de 2021 a 2024.

Encaminhamentos Odontológicos por especialidade/ano				
Especialidade	2021	2022	2023	2024
Cirurgia oral menor	351	654	1091	1041
Diagnóstico bucal	46	73	133	135
Periodontia	139	332	378	307
Endodontia	287	773	1202	1194

Atendimento à PNE	48	66	85	53
Prótese Dentária	366	1030	2044	1947
Odontopediatria	122	159	206	230
TOTAL	1359	3087	5139	4907
%		127%	166%	-4,51

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório de Lista de espera; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Gráfico 49 - Resolutividade da Saúde Bucal, período de 2021 a 2024



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS) com base no relatório Odontológico – Relatório de consulta sintético; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Observa-se um bom índice de resolução no que tange a saúde bucal, com expressivo aumento de demanda aliado a queda no percentual de encaminhamentos ao longo dos anos analisados, evidenciando que a resolutividade dentro da APS é satisfatória. Contudo, a demanda referenciada à atenção secundária fica por muito tempo represada em filas de espera, uma vez que o município depende da disponibilização de vagas



pelo consórcio (CISCOPAR). Para algumas especialidades, como cirurgia bucomaxilofacial e endodontia, os usuários chegam a esperar por mais de 2,5 anos na fila de espera.

13.13.7. Regulação Odontológica

A regulação dos encaminhamentos para especialidades odontológicas é fundamental para garantir o uso adequado, eficiente e equitativo dos serviços de saúde bucal dentro do sistema público, além de promover o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Esse processo tem como principal objetivo organizar o fluxo de pacientes entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços especializados, assegurando que apenas os casos que realmente necessitam de atendimento em nível secundário ou terciário sejam encaminhados.

Em abril de 2025, iniciou-se a regulação dos encaminhamentos de Periodontia para o CEO, juntamente com a qualificação da fila de espera. Espera-se ampliação desse

setor, possibilitando maior controle e monitoramento dos atendimentos, o que favorece a continuidade do cuidado e a integralidade dos serviços de saúde.

Ainda dentro da RASB, contamos com o atendimento de fissuras e fendas palatinas, lábio leporino e malformações congênitas, cirurgia ortognática e exodontia sob anestesia geral em pacientes com necessidades especiais que são realizados no CEAPAC (Centro de Apoio a Projetos de Ação Comunitária) do HUOP (Hospital Universitário do Oeste do Paraná), na cidade de Cascavel. Os encaminhamentos são inseridos no sistema CARE, do estado, e as vagas são reguladas pela 20ª Regional de



saúde do Estado do Paraná. Atualmente as filas de espera para estes atendimentos estão zeradas no sistema CARE.



14. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

14.1. APRESENTAÇÃO GERAL E MARCO LEGAL

A Assistência Farmacêutica é uma das diretrizes estruturantes da Política Nacional de Saúde, sendo reconhecida como componente essencial da atenção integral à saúde. Constitui-se por um conjunto articulado de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo fundamental. Seu objetivo central é garantir o acesso equitativo e o uso racional de medicamentos, assegurando a eficácia terapêutica e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

As ações da Assistência Farmacêutica abrangem todas as etapas do ciclo da gestão de medicamentos: desde a pesquisa, desenvolvimento e produção de insumos e medicamentos, até a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, bem como o acompanhamento e a avaliação de sua utilização.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu artigo 6º, define como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação da política de medicamentos, atribuindo ao setor saúde a responsabilidade pela execução das ações de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica.

No marco regulatório dessa política, destaca-se a Portaria nº 3.916/1998, que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com objetivos estratégicos como: assegurar a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos; promover o uso racional e garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais. A PNM estabelece diretrizes fundamentais



que vêm orientando avanços significativos na regulação sanitária, na gestão do uso de medicamentos e na organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Como desdobramento da PNM, destaca-se a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), elaborada com o apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica — instância colegiada e multidisciplinar. A REMUME orienta a seleção e disponibilização dos medicamentos com base em critérios de relevância em saúde pública, evidências científicas de eficácia e segurança, além de estudos de custo-efetividade, sendo um instrumento central para a promoção do uso racional de medicamentos no município.

A Assistência Farmacêutica no SUS possui responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos e está organizada em três componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2024). Cada um deles possui características próprias em termos de abrangência, objetivos, financiamento, implementação, avaliação e monitoramento.

Tabela 90 - Componentes da Assistência Farmacêutica.

COMPONENTE	DESTINAÇÃO	ÂMBITO
<u>Básico</u> Medicamentos e insumos essenciais.	– Assistência a doenças e agravos mais prevalentes.	Atenção Primária à Saúde, em nível ambulatorial e Unidades básicas de saúde.
<u>Especializado</u> Medicamentos para assistência integral à saúde.	- Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).	Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os critérios de inclusão.
<u>Estratégico</u> Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas.	– Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas.	A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores.

FONTE: Ministério da Saúde, (2025).

O financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica não abrange os medicamentos de uso hospitalar nem os medicamentos de uso oncológico. Os medicamentos utilizados em hospitais, para procedimentos de média e alta complexidade, são financiados pelo bloco específico para essa área, que abrange uma gama maior de procedimentos e medicamentos. O financiamento de medicamentos para tratamento de câncer, embora não seja feito diretamente pelo bloco da Assistência Farmacêutica, ocorre através de estabelecimentos credenciados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) que recebem recursos para a compra e distribuição desses medicamentos. Na Portaria nº 1.554/2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando o âmbito municipal da Assistência Farmacêutica, cabe à gestão local a responsabilidade pela coordenação de todo o ciclo logístico



dos medicamentos e insumos estratégicos. Isso inclui as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, observando os critérios técnicos, epidemiológicos e as necessidades da população atendida.

Além das atividades logísticas, a gestão municipal deve também promover ações de cuidado farmacêutico, por meio da implementação de serviços de atenção farmacêutica. Esses serviços visam à promoção do uso racional de medicamentos, ao acompanhamento terapêutico dos usuários, à prevenção de riscos relacionados ao uso inadequado e à qualificação da assistência prestada no âmbito do SUS.

14.2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO

14.2.1. Estrutura Administrativa

A Secretaria Municipal de Saúde conta com o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), responsável pela coordenação, planejamento e execução das ações relacionadas ao uso racional de medicamentos e insumos. A seguir, apresenta-se a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica no município:

Direção da Assistência Farmacêutica (DAF)

- Coordenação das políticas e programas da Assistência Farmacêutica.
- Supervisão técnica e administrativa das unidades que compõem a rede farmacêutica municipal.



Coordenação de Programas da Assistência Farmacêutica

- Articulação com programas estratégicos.
- Integração com demais áreas da Secretaria de Saúde.

Rede Própria

- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)
- Responsável pela gestão logística de medicamentos e insumos da rede pública municipal.
- Farmácia de Manipulação
- Produção de fórmulas magistrais e oficinais, conforme protocolos e necessidades da rede SUS.

Unidades de Farmácia

- Farmácia Escola
- Farmácia Comunitária Vila Pioneiro
- Farmácia UBS Coopagro
- Farmácia UBS Alto Panorama
- Farmácia UBS Europa
- Farmácia UBS Cosmos
- Farmácia UBS Porto Alegre
- Farmácia UBS Novo Sarandi



- Farmácia Santa Maria (*responsável pelo atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, do qual foi descentralizado da 20ª Regional de Saúde*)

Farmácias Hospitalares (Pronto Atendimento)

- Farmácia Hospitalar do Pronto Atendimento Municipal (PAM)
- Farmácia Hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Dispensários de Medicamentos

- UBS Vila Paulista
- UBS Jardim Panorama
- UBS São Francisco
- UBS Vila Industrial
- UBS Santa Clara IV
- UBS Concórdia do Oeste
- UBS Jardim Pancera
- UBS Vila Nova
- UBS Novo Sobradinho
- UBS Dez de Maio
- UBS São Luiz do Oeste
- UBS Boa Vista
- UBS Dois Irmãos
- UBS Vila Ipiranga

- UBS Jardim Concórdia

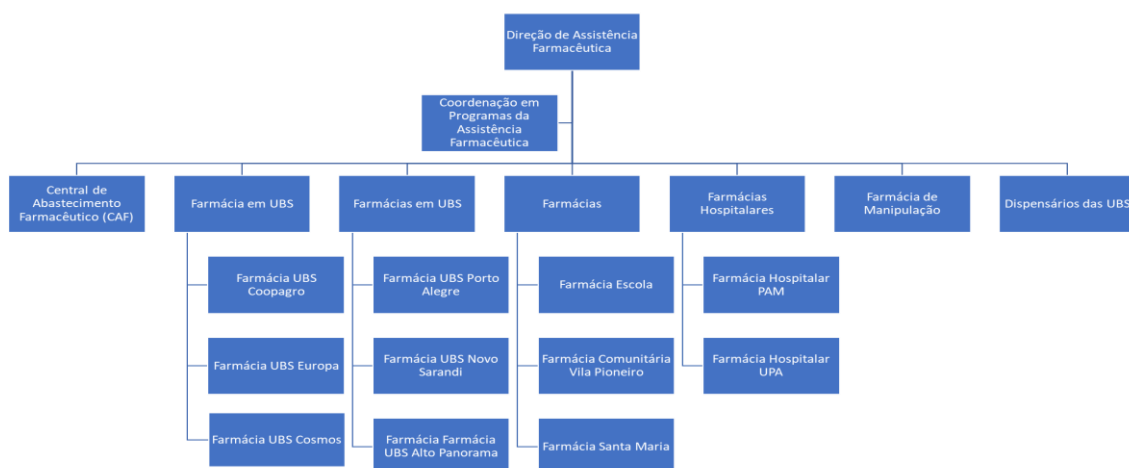
Rede Conveniada

- Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) – UNIPAR

Rede Contratada

- Consórcio Paraná Saúde

Figura 20 - Organograma da Direção de Assistência Farmacêutica.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica - Secretaria Municipal de Saúde (DAF/SMS), (2025).

A Direção e Coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) estão vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, sendo responsáveis pela seleção, programação e aquisição de medicamentos e nutrição via processos licitatórios. Também são desenvolvidas ações que visam à promoção do uso racional de medicamentos, como acompanhamento farmacoterapêutico, ampliação da farmácia clínica, revisão da REMUME, organização de fluxos e protocolos, articulação com outras áreas da saúde, gestão de recursos humanos e condução do Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PROFITOO).



Entre as atribuições do DAF, destaca-se a elaboração de protocolos clínicos, como o voltado ao manejo de problemas de saúde autolimitados, alinhado à Resolução CFF nº 585/2013. Apesar dos avanços, a integração plena do farmacêutico clínico na Atenção Primária à Saúde ainda representa um desafio.

A judicialização de medicamentos não padronizados é um entrave recorrente, exigindo atuação técnica do farmacêutico para elaboração de pareceres com alternativas terapêuticas seguras e padronizadas.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é responsável pela logística de medicamentos e insumos (materiais hospitalares, odontológicos, fórmulas, dietas e fraldas), contando com equipe multiprofissional para garantir o suprimento contínuo das unidades de saúde.

A Farmácia Escola atende ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, incluindo suplementos nutricionais, medicamentos de controle especial e demandas judiciais. Já a Farmácia Comunitária da Vila Pioneira (Neusa Barbosa) oferece medicamentos básicos e específicos para doenças infectocontagiosas, como COVID-19.

As farmácias vinculadas às UBSs dos bairros Coopagro, Alto Panorama, Europa, Cosmos, Porto Alegre e Novo Sarandi realizam a dispensação de medicamentos essenciais, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, assegurando o acesso da população ao tratamento adequado.



14.2.2. Rede de Atendimento

14.2.2.1. Própria

A rede de farmácias do município de Toledo está distribuída entre Unidades Básicas de Saúde, unidades especializadas, farmácias hospitalares e serviços estratégicos, garantindo o acesso aos medicamentos conforme os componentes da Assistência Farmacêutica.

As Farmácias das UBSs Coopagro, Alto Panorama e Novo Sarandi contam com farmacêuticos responsáveis pela dispensação. Na UBS Coopagro, a equipe é composta também por técnicos de farmácia e estagiários. Já nas unidades do Alto Panorama e Novo Sarandi, o atendimento é realizado exclusivamente por farmacêuticos.

As Farmácias das UBSs Europa, Cosmos e Porto Alegre possuem equipes compostas por farmacêuticos e estagiários (nas unidades Europa e Porto Alegre). O suporte às atividades de dispensação é realizado por técnicos de enfermagem da própria UBS, atuando em regime de escala. A Farmácia da UBS Cosmos realiza o atendimento exclusivamente com farmacêuticos, também com apoio da equipe de enfermagem.

A Farmácia Especializada Santa Maria (Adair Luiz Kick) é referência municipal para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). É responsável pelo cadastro de usuários, encaminhamento de processos à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e dispensação de medicamentos de alto custo, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). A unidade também atende demandas do Programa Paraná Sem Dor, tratamento de Hepatite B e fornece suplementos alimentares para adultos, de acordo com as normativas estaduais e federais.



Sua equipe multiprofissional é composta por farmacêuticos, técnicos de farmácia e auxiliares de serviços gerais, assegurando acolhimento, orientação ao usuário e eficiência nos fluxos de atendimento e dispensação.

Nas Unidades Básicas de Saúde onde não há farmacêuticos na equipe multiprofissional, a dispensação é realizada por profissionais da enfermagem durante o horário de atendimento da UBS. Nessas unidades, não são dispensados medicamentos psicotrópicos e antimicrobianos, devido às exigências legais e à ausência de profissionais habilitados para tal prática.

O município conta com 15 dispensários de medicamentos localizados nas UBSs urbanas e rurais: UBS Vila Paulista, Jardim Panorama, São Francisco, Vila Industrial, Santa Clara IV, Vila Nova, Novo Sobradinho, Dez de Maio, São Luiz do Oeste, Boa Vista, Jardim Concórdia, Dois Irmãos, Vila Ipiranga, Concórdia do Oeste e Jardim Pancera.

A Farmácia de Manipulação Municipal exerce papel estratégico na produção de medicamentos fitoterápicos, funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h às 13h para manipulação e das 7h às 16h para atendimento ao público. Sua equipe é composta por farmacêuticos, técnicos de farmácia, técnicos de enfermagem e profissionais de apoio. Entre as formulações produzidas, destacam-se:

- Passiflora (ansiedade e distúrbios do sono);
- Valeriana (ansiolítico e sedativo);
- Castanha-da-Índia (insuficiência venosa e afecções circulatórias);
- Ginseng (fadiga física e mental).

Todas as formulações seguem rigorosos critérios técnicos e sanitários, assegurando qualidade, segurança e eficácia, fortalecendo a integração da fitoterapia ao cuidado clínico.



As farmácias hospitalares compreendem a Farmácia do Pronto Atendimento Municipal (PAM) e a da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A equipe da farmácia do PAM é composta por farmacêuticos e técnicos de farmácia, enquanto a equipe da UPA, sob gestão do CONSAMU, inclui farmacêuticos e técnicos de enfermagem. Cabe ao município o fornecimento dos medicamentos e materiais hospitalares utilizados em ambas as unidades. Essas farmácias realizam a dispensação de medicamentos para consumo interno e externo, atendendo pacientes em observação ou em atendimento ambulatorial.

A Farmácia da UPA também é responsável pela dispensação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV e atua como unidade de retaguarda para fornecimento de medicamentos controlados fora do horário de funcionamento das demais farmácias da rede.

14.2.2.2. Conveniada

14.2.2.2.1. Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)

O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é uma estratégia interinstitucional que visa fortalecer a integração entre instituições de ensino e os serviços de saúde, promovendo a formação de profissionais qualificados e contribuindo para a melhoria contínua da assistência à saúde no território. Atualmente, o COAPES articula ações de ensino e serviço com 11 instituições de ensino parceiras.

No âmbito da Assistência Farmacêutica, essa parceria tem possibilitado a inserção qualificada de estudantes do curso de Farmácia em



diferentes cenários de prática no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os anos de 2022 e 2023, houve atuação de estagiários na Farmácia Comunitária Vila Pioneiro, e, em 2024, na Farmácia da UBS Novo Sarandi. Atualmente, as unidades da Farmácia Escola e da UBS Jardim Porto Alegre contam com estagiários supervisionados que contribuem com atividades como apoio à dispensação de medicamentos, organização de estoques, atendimento ao público e, de forma progressiva, na atenção farmacêutica clínica.

Diante dos resultados positivos observados nessas experiências, discute-se a ampliação da parceria para todas as farmácias da rede municipal. A ampliação do COAPES nas unidades farmacêuticas poderá contribuir para o fortalecimento da assistência, qualificação da formação profissional e incremento da capacidade de resposta da rede às demandas crescentes da população.

14.2.2.3. Contratada

14.2.2.4. Consórcio Paraná Saúde

O Consórcio Paraná Saúde foi constituído com a finalidade de otimizar os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Possui como função efetuar a aquisição dos medicamentos elencados na Assistência Farmacêutica Básica, preservando a autonomia de cada município na seleção e quantificação dos medicamentos de suas necessidades.

Dessa forma, o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB/PR, e formalizado por meio da Deliberação CIB-PR nº 49/2020, é gerenciado pelo Consórcio e são



destinados exclusivamente à compra dos medicamentos do CBAF e insumos para insulinodependentes. Os recursos federal e estadual são transferidos ao Consórcio por meio de convênio celebrado entre SESA-PR e Consórcio. O recurso municipal é transferido por meio de convênio celebrado entre cada município individualmente e o Consórcio. A aquisição ocorre por compras programadas que acontecem a cada três meses, ao longo do ano.

14.2.3. Quadro de Pessoal da Assistência Farmacêutica

No ano de elaboração deste documento, Toledo conta com um total de 27 farmacêuticos integrando o quadro de profissionais da Rede Municipal de Saúde. Esses profissionais estão distribuídos em diferentes níveis de atenção e unidades de saúde, atuando tanto na assistência direta à população quanto em atividades técnicas, administrativas e de apoio logístico, como a dispensação de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, manipulação de fitoterápicos, controle de estoque, e suporte às ações de vigilância em saúde. A presença desses profissionais é fundamental para garantir o uso racional de medicamentos, a segurança do paciente e a qualificação da atenção farmacêutica prestada no âmbito do SUS.

O maior desafio enfrentado pelos gestores e profissionais do SUS é a estruturação do trabalho farmacêutico com manutenção da eficiência das ações e consolidação dos vínculos entre os serviços. Outros desafios desta gestão estão: a ampliação da cobertura da assistência farmacêutica e técnicos de farmácia, capacitação permanente dos profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica e população, elaboração e atualização de protocolos clínicos para alinhamento de condutas terapêuticas, implantação do consultório e prescrição farmacêutica, sensibilização e



atualização dos prescritores quanto a utilização de medicamentos constantes na REMUME, ações que sobretudo, otimize os recursos financeiros disponíveis.

14.3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM NÚMEROS

Dentre os serviços da Assistência Farmacêutica prestados aos usuários, demonstraremos dados relacionados à dispensação e número de atendimentos ao paciente, movimentação de estoque, consultas farmacêuticas realizadas, medicamentos utilizados na saúde mental e perda por validade vencida, conforme dados abaixo. Os dados utilizados para composição foram extraídos do sistema SIGSS Saúde entre os anos de 2021 a 2024.

Tabela 91 - Relação de Números de Atendimentos.

Assistência Farmacêutica - Número de atendimentos				
Ano	2021	2022	2023	2024
Número de atendimentos	406046	479310	542756	586284
Variação	-	18,04%	13,24%	8,02%

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Audiência Pública, (2025).

Entre 2021 e 2024, os atendimentos da Assistência Farmacêutica em Toledo cresceram de 406.046 para 586.284, um aumento de 44,4% no período. Esse crescimento reflete não apenas a ampliação do quadro de profissionais e de unidades de atendimento, mas também o maior acesso da população aos medicamentos e orientações farmacêuticas. O dado demonstra que cada vez mais cidadãos têm buscado esse serviço como parte fundamental do cuidado em saúde. Esse avanço traz consigo o desafio



de manter a qualidade do atendimento, garantir o abastecimento adequado de medicamentos e fortalecer a integração da assistência farmacêutica com as demais áreas da rede de saúde.

Tabela 92 - Relação de Entrada de Estoque.

Assistência Farmacêutica - Entrada de estoque				
Ano	2021	2022	2023	2024
Valor	R\$ 7.254.273,73	7.381.625,88	R\$ 7.522.657,53	R\$8.980.550,36
Variação	-	1,76%	1,91%	19,38%

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Audiência Pública, (2025).

Tabela 93 - Relação de Saída de Estoque.

Assistência Farmacêutica - Saída de estoque				
Ano	2021	2022	2023	2024
Valor	R\$ 7.240.898,34	R\$ 6.629.812,20	R\$8.154.125,96	R\$8.808.610,66
Variação	-	-8,44%	22,99%	8,03%

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Audiência Pública, (2025).

A movimentação de estoque da Assistência Farmacêutica entre 2021 e 2024 acompanhou o crescimento dos atendimentos registrados no período. O valor das entradas de estoque passou de R\$ 7,25 milhões em 2021 para R\$ 8,98 milhões em 2024, com destaque para o aumento expressivo de 19,38% em 2024. Já as saídas de estoque oscilaram mais intensamente, com redução em 2022 (-8,44%), seguida de elevação em 2023 (22,99%) e nova alta em 2024 (8,03%), totalizando R\$ 8,80 milhões.

Esse movimento evidencia o esforço do município em garantir a disponibilidade de medicamentos diante da maior demanda, tanto da rede pública quanto de usuários com receituário da rede privada, uma vez que o município também realiza dispensação para esses casos. Esses dados reforçam a importância do planejamento de compras, da gestão eficiente



do estoque e do uso racional de medicamentos, assegurando acesso contínuo e qualificado à população.

Tabela 94 - Relação de Percentual de Perda.

Assistência Farmacêutica - Percentual de Perda				
Ano	2021	2022	2023	2024
Valor	0,82%	0,64%	0,64%	0,39%
Variação	-	-21,49%	-0,57%	-39,18%

FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Audiência Pública, (2025).

Entre 2021 e 2024, o percentual de perdas de medicamentos na Assistência Farmacêutica caiu de 0,82% para 0,39%, uma redução de mais da metade no período. O índice alcançado está muito abaixo do limite de 5% recomendado, demonstrando que os processos de compra, armazenamento e dispensação têm sido conduzidos de forma responsável. O desafio para os próximos anos é manter esse padrão de qualidade, com equipes preparadas e sistemas de controle que assegurem que cada vez menos medicamentos sejam perdidos e mais cidadãos tenham acesso garantido ao seu tratamento.

Tabela 95 - Movimentação de estoque no ano de 2021 a 2024.

AÇÃO TERAPÊUTICA	2021	2022	2023	2024
Antihipertensivos	9.807.378	9.477.986	10.337.359	11.223.183
Antidepressivo	3.750.343	3.973.422	4.681.259	5.088.208
Analgésicos	3.212.225	2.875.158	3.465.458	4.186.338
Diurético	2.590.970	2.204.062	2.799.587	2.935.753
Antilipidemicos	1.867.191	1.748.423	2.138.264	2.253.033



Antitireoidiano	1.533.106	1.281.792	1.737.185	1.819.516
Hipoglicemiante	1.816.224	1.665.610	1.767.092	1.660.393
Antiulceroso/Gastroprotetor	1.348.399	1.605.107	1.618.762	1.578.851
Suplemento Vitamínico	1.129.303	1.151.510	1.350.157	1.442.583
Anticonvulsivante	946.970	888.852	1.004.108	1.070.503
Antidiabético	660.950	707.531	880.850	1.032.094
Anti-inflamatório	726.776	778.735	1.023.816	990.537
Antibiótico	645.824	707.954	933.303	980.355
Antipsicótico	855.520	824.097	894.070	942.357
Suplemento de cálcio	968.925	799.623	1.130.633	739.403
Antiemético	275.411	315.687	365.697	485.934
Ação Terapêutica Indefinida	421.931	367.506	241.038	412.712
Anti-histamínico	247.700	276.427	288.601	397.817
Sedativo	300.542	283.975	353.906	384.078
Transtorno do Humor	310.353	342.625	359.092	373.093



Antiangionoso	416.901	392.273	361.406	351.050
Vasodilatador Periférico	301.209	322.093	331.114	344.912
Antiarrítmicos	289.867	280.844	300.295	314.780
Relaxante Muscular	313.745	301.196	349.343	310.258
Corticoide	248.494	271.255	314.107	295.126
Antiparkinsoniano	215.624	217.452	252.392	257.280
Ansiolítico	229.920	234.083	246.312	241.979
Vasculo Protetor	244.184	203.428	110.580	210.830
Antiespasmódico	154.022	163.798	213.464	209.894
Antialérgico	162.583	163.405	162.158	197.205
Hiperplasia Prostática	119.805	108.157	170.844	190.365
Anti-Hiperuricêmico	108.242	116.161	141.518	156.007
Antiviral	52.856	61.486	77.643	100.732

FONTE: Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), Relatório de Movimentação de estoque - saída por ação terapêutica - sintético, (2025).

Em termos de volume total, a dispensação registrou 35.821.342 unidades em 2021, seguida por uma leve retração para 35.111.713 em 2022. Contudo, os anos subsequentes apresentaram um crescimento expressivo,



com 40.401.413 unidades dispensadas em 2023 e atingindo o pico de 42.156.613 em 2024. Esta progressão, especialmente notável a partir de 2022, sugere um aumento no binômio oferta-demanda de medicamentos no município ao longo desse período.

No que tange às ações terapêuticas específicas, os anti-hipertensivos se destacam como a categoria com a maior dispensação acumulada entre 2021 e 2024, totalizando 40.845.906 unidades. Isso indica uma alta prevalência de doenças crônicas como a hipertensão na população local, e o aumento do rastreamento e tratamento disponibilizados pelos programas de saúde pública. Outras categorias com volumes significativos de dispensação incluem antidepressivos (17.493.232 unidades) e analgésicos (13.739.179 unidades).

Ao observar a variação percentual na dispensação entre 2021 e 2024, algumas tendências merecem atenção. Categorias como ansiolítico, por exemplo, obtiveram um crescimento expressivo de 952,45%. Esse crescimento expressivo é um indicativo de mudanças de perfil epidemiológico da população toledana, maior acesso a diagnósticos ou mesmo novas opções terapêuticas para tratamento de condições relacionadas à saúde mental. Outras classes medicamentosas como antianginosos, antiarrítmicos e antiparkinsonianos registraram os declínios na dispensação. Esses dados fornecem uma base estatística importante para o planejamento municipal em saúde, permitindo identificar áreas de crescente demanda por medicamentos e ajustar as estratégias de aquisição e dispensação para otimizar o atendimento à população.



15. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

15.1. SAÚDE MENTAL

O município de Toledo, em conformidade com o Ministério da Saúde (2017), oportuniza o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por dispositivos assistenciais que integram diferentes níveis de atenção à saúde, com foco na promoção, prevenção, cuidado e reabilitação psicossocial. A principal porta de entrada da RAPS é a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), responsáveis pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos assistenciais.

A rede especializada de Saúde Mental é composta por quatro serviços municipais: o Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e três Centros de Atenção Psicossocial organizados conforme as especificidades do cuidado. O CAPS II é voltado ao atendimento de pessoas com Transtornos Mentais graves e persistentes, o CAPS AD, para usuários com necessidades decorrentes do uso prejudicial de Álcool e outras drogas; e o CAPSi, especializado no atendimento da população Infantojuvenil. e os serviços conveniados/contratados via CISCOPAR e Comunidades Terapêuticas. Ainda integram a RAPS os pontos de urgência e emergência (UPA, PAM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Central de Regulação de Leitos (CRL) do Estado.

Destaca-se, ainda, o trabalho intersetorial como eixo estruturante da Rede, com articulação entre as Secretarias Municipais de Assistência Social e Proteção à Família, Juventude, Educação, Esportes e Lazer, além de órgãos de proteção e controle social, como o Conselho Tutelar e os Conselhos Municipais de direito, além dos órgãos de justiça, como Vara de Infância e



Juventude, Vara Criminal, Ministério Público e Patronato. Essas parcerias interinstitucionais fortalecem a integralidade do cuidado e garantem a efetivação das políticas públicas voltadas à Saúde Mental no município.

15.2. ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL

A estrutura da rede está organizada em três categorias principais, que refletem a forma de gestão dos serviços e a articulação com outras esferas do SUS ou instituições contratadas.

Tabela 96 - Estrutura da Rede de Saúde Mental.

UNIDADES - REDE PRÓPRIA	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL
	CAPS II
	CAPS AD
UNIDADES - REDE CONVENIADA	CAPSi
	CAPS AD III - SIM PR
	CISCOPAR - Centro Regional de Especialidades (CRE) (Consultas: Psiquiátricas e Fonoaudiológicas)
	CISCOPAR -Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Consultas: Psiquiátricas)
UNIDADES - REDE CONTRATADA	SUS – CENTRAL DE LEITOS (Psiquiátricos)
	BEIT ABBA
	CASA DE APOIO TIO ZÉ (Demanda judicial)
	CASA DE APOIO VIVER BEM (Demanda judicial)

FONTE: Dados da Audiência Pública, (2025).



A seguir, são descritos os serviços próprios da rede, com suas características, demandas e desafios.

15.2.1. Ambulatório de Saúde Mental (ASM) “Dr. Orlando Serpa”

Implantado em 1996, o ASM foi o primeiro serviço de saúde mental do município e é referência para o atendimento de casos de complexidade moderada. Atua de forma articulada com a APS e outros pontos da RAPS, realizando acolhimentos, atendimentos individuais e em grupo, matriciamento, articulação intersetorial e estudos de caso.

Em maio de 2025, registrava 1.397 pacientes ativos, com predominância de adultos com transtornos como depressão, ansiedade e sofrimento psíquico associado a fatores psicossociais. A demanda crescente tem gerado sobrecarga e listas de espera, especialmente nas áreas de psiquiatria e psicologia.

A equipe é composta por psiquiatras, clínico geral com especialização em saúde mental, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, apoio técnico-administrativo, estagiários, serviços gerais e coordenador em cargo comissionado. A unidade funciona em sede anexa à Secretaria de Saúde, com oito consultórios e salas de grupo, mas enfrenta sérios problemas estruturais: instalações antigas, mobiliário desgastado, infiltrações, vazamentos e ausência de veículo institucional. Há necessidade urgente de reforma para garantir segurança, conforto e qualificação do atendimento.



15.2.2. CAPS II “Lugar Possível” Dr. Jorge Nisiide

Habilitado desde 2006, o CAPS II é um serviço especializado no cuidado a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, classificados como alto risco. Oferece acompanhamento contínuo e intensivo, com foco na reabilitação psicossocial, promoção da autonomia e inclusão social.

Em maio de 2025, contava com 938 pacientes ativos. As ações incluem acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, projetos terapêuticos singulares e articulação intersetorial.

A equipe multiprofissional inclui médicos (psiquiatra e clínicos gerais), psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, educador físico e equipe de apoio. O serviço funciona em imóvel alugado, com limitações estruturais importantes: falta de acessibilidade ao segundo piso, risco estrutural em áreas envidraçadas, ausência de espaço externo terapêutico e estacionamento inadequado. Recomenda-se a avaliação de sede própria, mais adequada às necessidades assistenciais e técnicas.

15.2.3. CAPS AD “Bem Viver” Dr. Renan dos Santos Tortajada

O CAPS AD é voltado à atenção de pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso problemático de álcool e outras drogas. Promove cuidado integral, apoio às famílias, reinserção social e articulação com a rede intersetorial.



O perfil atendido é majoritariamente masculino, em situação de alta vulnerabilidade social e com múltiplas internações. Em 2025, o serviço funcionava com alta rotatividade e demanda crescente, atendendo pacientes classificados como médio ou alto risco.

Localizado em sede alugada, o CAPS AD dispõe de consultórios, salas de grupo e oficinas, recepção, cozinha e lavanderia. Possui transporte institucional próprio para ações territoriais. A equipe é composta por psiquiatra, clínico geral, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e apoio administrativo.

As principais limitações envolvem a acessibilidade (degraus sem rampas ou proteção climática), riscos estruturais e falhas na rede elétrica. São necessárias adequações físicas urgentes para garantir segurança, acessibilidade e continuidade do cuidado, conforme a NBR 9050.

15.2.4. CAPSi “Um Novo Olhar” Dr. Rafael Azambuja Patiño Cruzatti

O CAPSi é o serviço especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, sofrimento psíquico intenso ou uso prejudicial de substâncias psicoativas. Atua com forte articulação intersetorial, especialmente com os setores da educação, assistência social e sistema de justiça.

Em maio de 2025, contava com 258 pacientes ativos, número superior à sua capacidade instalada, o que tem gerado listas de espera para psicoterapia e terapias especializadas. A maior parte do público é composta por crianças em idade escolar, com histórico de vulnerabilidade psicossocial, violência ou conflitos com a lei.



A equipe multiprofissional inclui psiquiatras, clínico geral, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, educador físico e apoio técnico-administrativo. A unidade funciona em sede própria.

Apesar de contar com área externa gramada e estrutura funcional, os ambientes são insuficientes frente à demanda, limitando atendimentos individuais e grupos. Falta espaço adequado para refeitório, oficinas e atividades externas. É prioritária a ampliação da estrutura física, com construção de novos consultórios, sala de grupos e quadra coberta, visando qualificar o cuidado prestado e melhorar as condições de trabalho da equipe.

15.3. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

O fluxo de atendimento em Saúde Mental no município de Toledo está estruturado com base na Linha Guia de Atenção em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA, 2021) e adota o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). A APS é a porta de entrada prioritária para o cuidado em saúde mental. Casos de baixo risco são acompanhados na APS com apoio matricial; casos de médio e alto risco são encaminhados para a RAPS, mediante preenchimento do ERSM e requisição no SIGSS.

Casos de urgência (crise suicida, surtos psicóticos) são atendidos via UPA, PAM ou SAMU. Quando necessário, há regulação de leitos psiquiátricos pelo Estado. Após estabilização, os usuários são redirecionados à rede municipal.

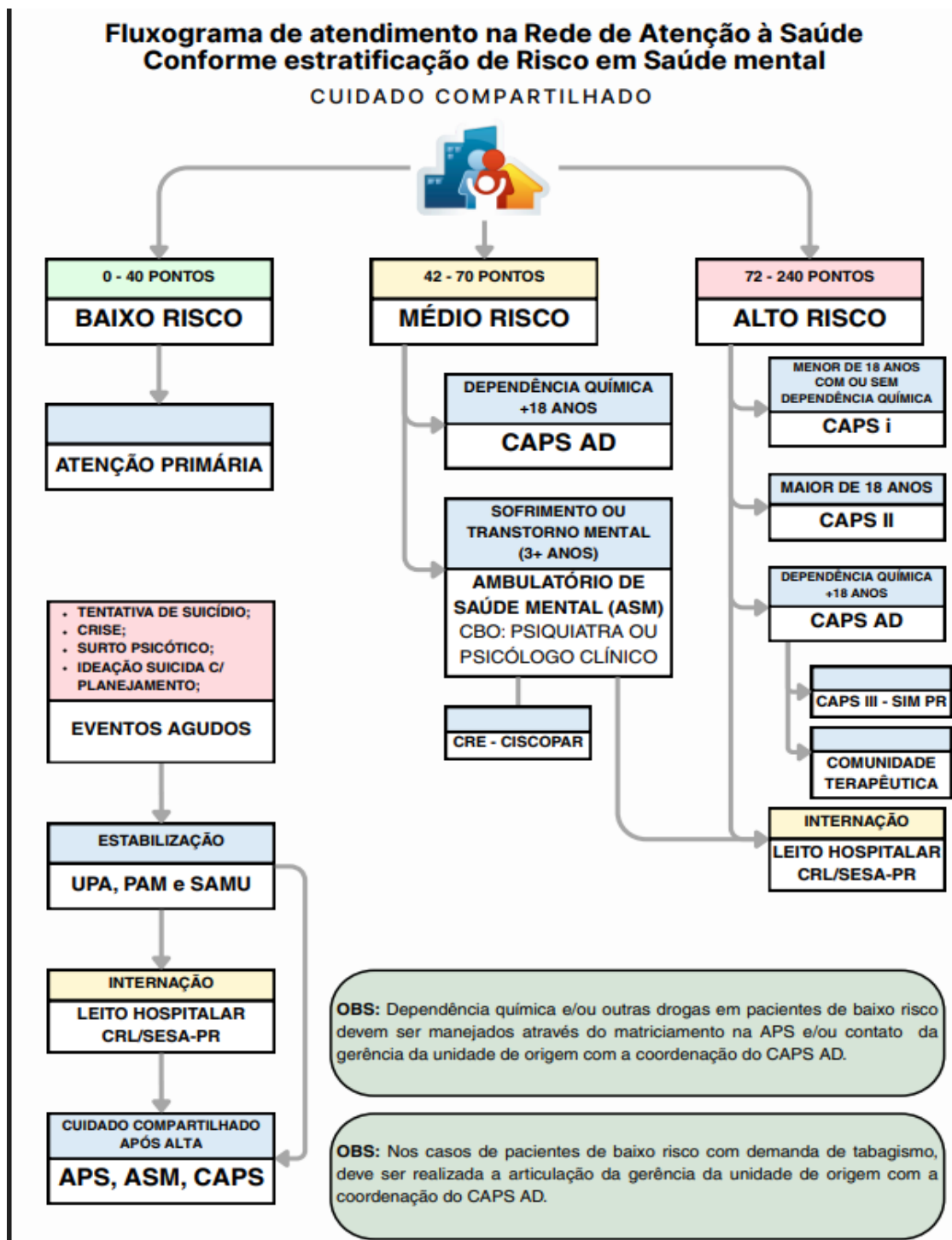


Os serviços que compõem a Rede de Atenção Especializada em Saúde Mental possuem perfis assistenciais e formas de atuação distintas, embora todos integrem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Após a estabilização ou definição da conduta clínica, os casos atendidos pelos serviços de urgência e emergência são compartilhados com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, a fim de garantir o acompanhamento, o seguimento terapêutico e a continuidade do cuidado em Saúde Mental, conforme o perfil e a necessidade de cada usuário.

Abaixo segue o Fluxograma, para maior compreensão dos serviços especializados.

Figura 21 - Fluxograma atendimento RAS conforme estratificação de Risco em Saúde Mental.



FONTE: Elaborado pelo Departamento de Saúde Mental-Secretaria Municipal de Saúde (SMS), (2025).



15.4. DADOS DE ATENDIMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

15.4.1. Procedimentos Ambulatoriais

Entre 2021 e 2024, observou-se um aumento significativo na demanda por atendimentos especializados em Saúde Mental no município, refletindo o agravamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais. Esse cenário foi influenciado por fatores como as consequências da pandemia, o aumento da vulnerabilidade psicossocial e o impacto das condições socioeconômicas sobre a população.

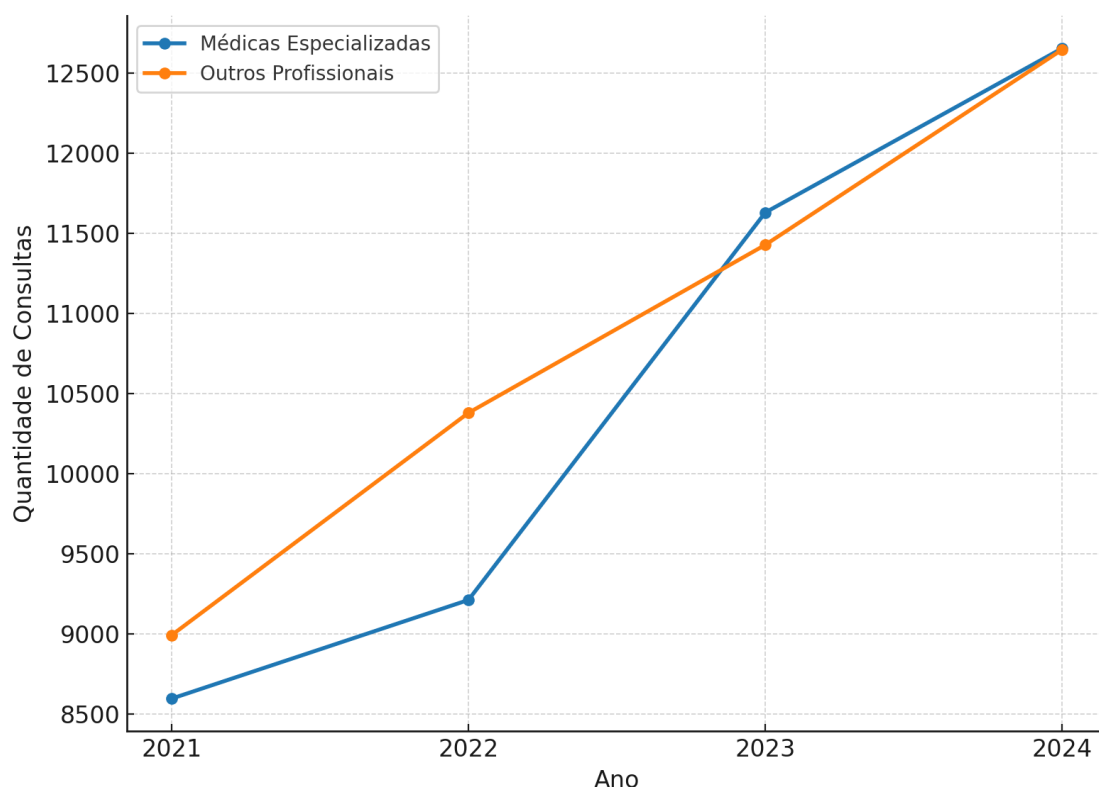
Os dados analisados abaixo referem-se aos atendimentos realizados nas unidades da rede própria — Ambulatório de Saúde Mental (ASM), CAPS II, CAPS AD e CAPSi — e permitem avaliar a capacidade instalada, os fluxos assistenciais e os principais desafios enfrentados, subsidiando o planejamento e o fortalecimento das políticas públicas de Saúde Mental no município.

Embora todas as unidades integrem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cada uma possui perfil assistencial distinto. O ASM adota um modelo clínico tradicional, com atendimentos individuais e acompanhamento periódico. Já os CAPS operam com foco na reabilitação psicossocial, oferecendo cuidado intensivo, promoção da autonomia e reinserção social dos usuários. Essas diferenças impactam diretamente os indicadores e os tipos de atendimento registrados.

Em 2023, foi implantada a padronização dos registros nos sistemas SIGSS e nos sistemas oficiais do SUS, com o objetivo de qualificar o monitoramento e a análise dos dados. Essa mudança trouxe maior

uniformidade e segurança nos registros, mas pode ter gerado variações comparativas nos dados entre os anos, devendo essa informação ser considerada nas análises quantitativas da rede especializada.

Gráfico 50 - Consultas Médicas Especializadas e Outros Profissionais - 2021 a 2024.



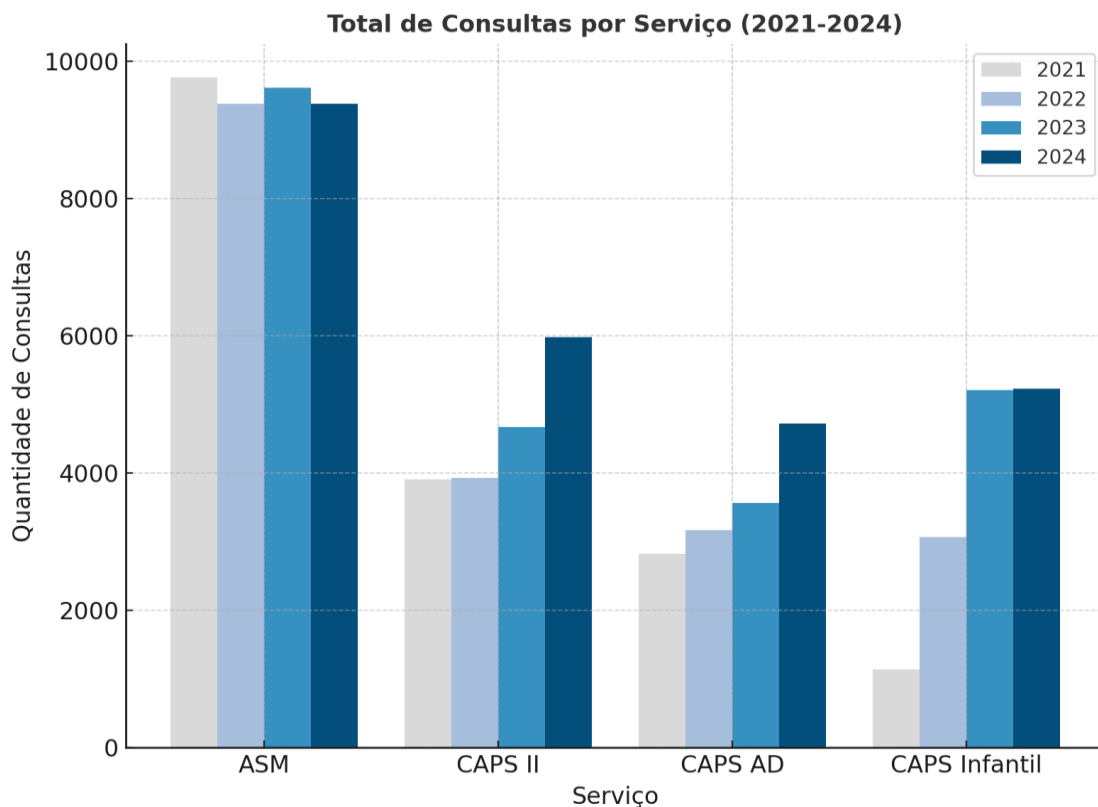
FONTE: Elaborado pelo Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados da Audiência Pública, (2025).

O Gráfico acima demonstra que ao longo do período de 2021 a 2024, observa-se um crescimento constante tanto nas consultas médicas especializadas quanto nas consultas com outros profissionais.

As consultas médicas especializadas aumentaram 47%, passando de 8.595 em 2021 para 12.655 em 2024. Da mesma forma, as consultas com outros profissionais cresceram 41%, saindo de 8.991 em 2021 para 12.647 em 2024. Essa tendência de crescimento reflete não apenas a ampliação da oferta de serviços especializados, mas também o aumento da demanda da população pelos cuidados em Saúde Mental, possivelmente influenciado

pelo agravamento de condições psicossociais no período pós-pandemia e por uma maior efetividade da Atenção Primária na identificação e encaminhamento de casos.

Gráfico 51 - Consultas por Serviço da Rede Especializada de Saúde Mental.



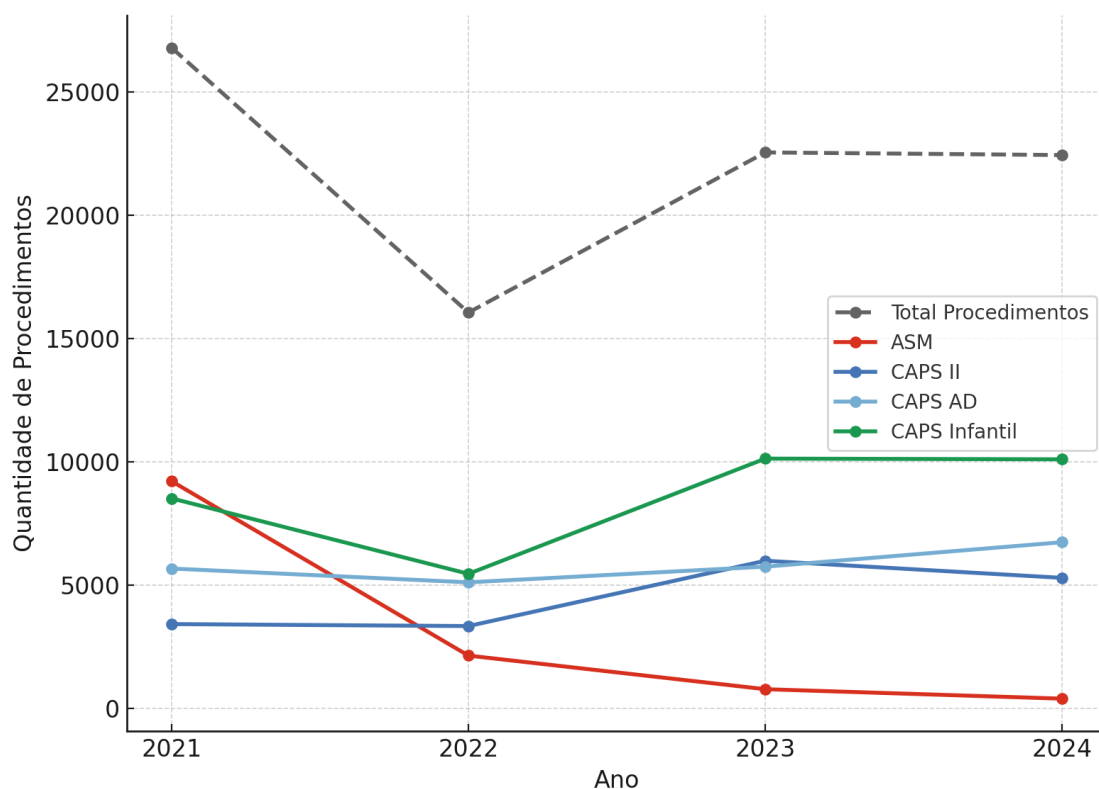
FONTE: Elaborado pelo Departamento de Saúde Mental com base no relatório de Consultas; Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (abr./2025).

O Gráfico 51 destaca a produção por serviço. O CAPSi teve o maior aumento percentual, com crescimento de 359% nas consultas (1.138 em 2021 para 5.226 em 2024), esse crescimento reflete, entre outros fatores, o aumento da demanda da faixa etária infantojuvenil, além de maior capacidade de resposta da equipe e organização dos fluxos assistenciais.

O CAPS AD registrou aumento de 68%, e o CAPS II, de 53%. Em contrapartida, o ASM teve queda de 3,99% nas consultas e redução acentuada de 95,6% nos procedimentos ambulatoriais (de 9.222 para 406), conforme o Gráfico 51. A queda pode estar relacionada à reorganização assistencial e mudanças no registro de dados.

Essa variação no perfil de produção entre os serviços reforça a importância de planejamento contínuo, com análise dos indicadores para ajustar recursos, equipe e estrutura, garantindo a manutenção da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde mental.

Gráfico 52 - Procedimentos Ambulatoriais Totais e Por Serviço - 2021 a 2024.



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (2021, 2022, 2023 e 2024).

O Gráfico 52 apresenta os dados referentes aos Procedimentos Ambulatoriais diversos. Esses procedimentos incluem, entre outros, ações de articulação de redes intra e intersetoriais, atendimentos domiciliares realizados por profissionais de nível médio, acolhimento inicial dos usuários, bem como o acolhimento de demandas espontâneas nos serviços.

Os dados apontam uma redução de 16,2% no total de procedimentos realizados na rede de Saúde Mental entre 2021 e 2024.



Esse decréscimo foi fortemente influenciado pela expressiva queda na produção do Ambulatório de Saúde Mental (ASM), que passou de 9.222 procedimentos em 2021 para apenas 406 em 2024 — uma redução de 95,6%.

Essa diminuição pode estar associada a mudanças no processo de registro das ações, à transição no modelo assistencial e à reorganização dos fluxos de atendimento, com maior ênfase na resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) e na ampliação da oferta de cuidado nos CAPS.

Nesse sentido, observa-se um aumento significativo na produção dos CAPS, evidenciando uma centralidade crescente dos serviços de base psicossocial na organização da atenção em saúde mental. Entre 2021 e 2024, o CAPS II registrou aumento de 54,7% nos procedimentos ambulatoriais; o CAPS AD, crescimento de 18,7%; e o CAPSi, de 18,6%.

Esses dados sugerem uma transição progressiva no modelo de atenção em Saúde Mental no município, com fortalecimento das práticas psicossociais e territoriais, em consonância com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

15.4.2. Procedimentos Coletivos

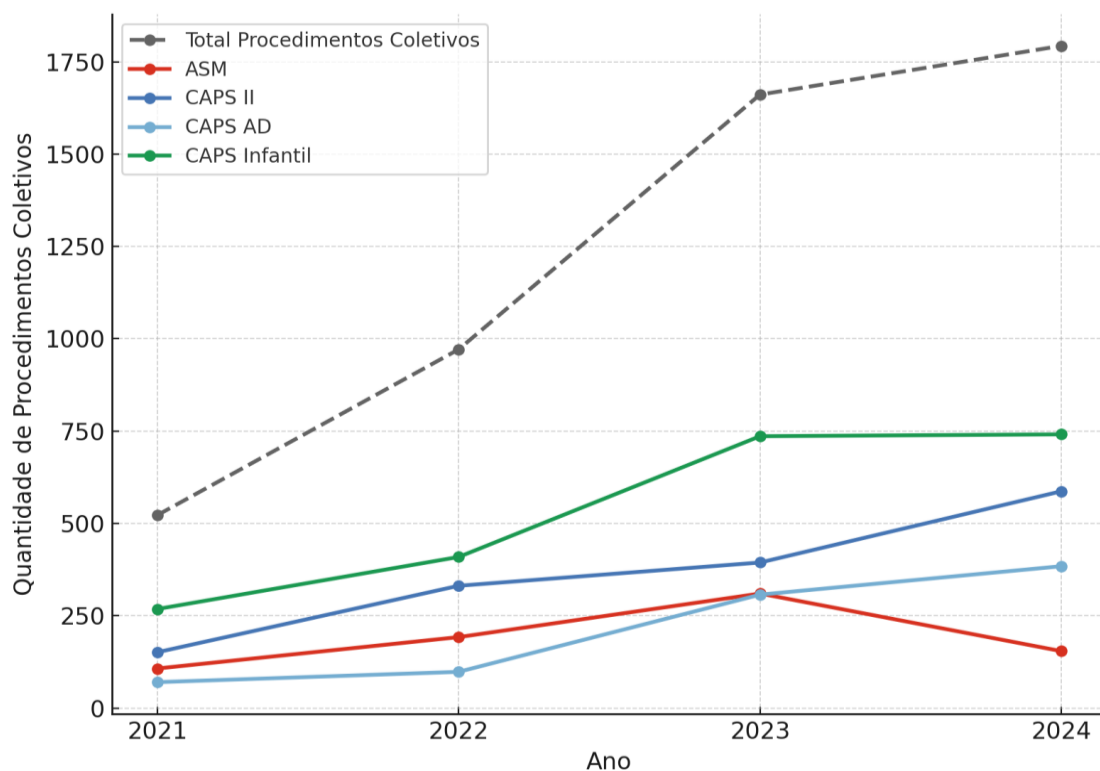
Os procedimentos coletivos compreendem ações grupais realizadas nos serviços especializados da RAPS, como oficinas terapêuticas, grupos psicossociais, rodas de conversa, grupos de apoio, atividades educativas e intersetoriais. Tais práticas são essenciais para promover o fortalecimento de vínculos, a convivência social, a autonomia dos usuários e a reabilitação psicossocial.

Entre 2021 e 2024, houve um crescimento expressivo de 243% no número total de procedimentos coletivos, passando de 522 para 1.793

registros. O CAPS AD apresentou o maior aumento percentual, com 449%, seguido pelo CAPS II (289%) e CAPSi (176%). O ASM também teve crescimento, mas discreto (44%) nos registros de procedimentos coletivos, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Esse aumento reflete a consolidação de uma abordagem mais integrada, territorial e comunitária, alinhada aos princípios da RAPS e focada na promoção da saúde mental, prevenção de agravos e fortalecimento de vínculos sociais.

Gráfico 53 - Procedimentos Coletivos Totais e Por Serviço - 2021 a 2024.



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (2021, 2022, 2023 e 2024).



15.4.3. Matriciamento – Apoio Técnico-Pedagógico e Integração com a Atenção Primária à Saúde

O matriciamento constitui uma estratégia essencial de apoio técnico-pedagógico prestado pelos serviços especializados de Saúde Mental às equipes da APS. Entre as principais ações matriciais estão: estudo e discussão de casos clínicos, debates sobre processos de trabalho entre as equipes, atendimentos compartilhados, construção conjunta do Plano Terapêutico Singular (PTS), capacitações voltadas aos profissionais da APS e articulações intersetoriais com outros equipamentos públicos.

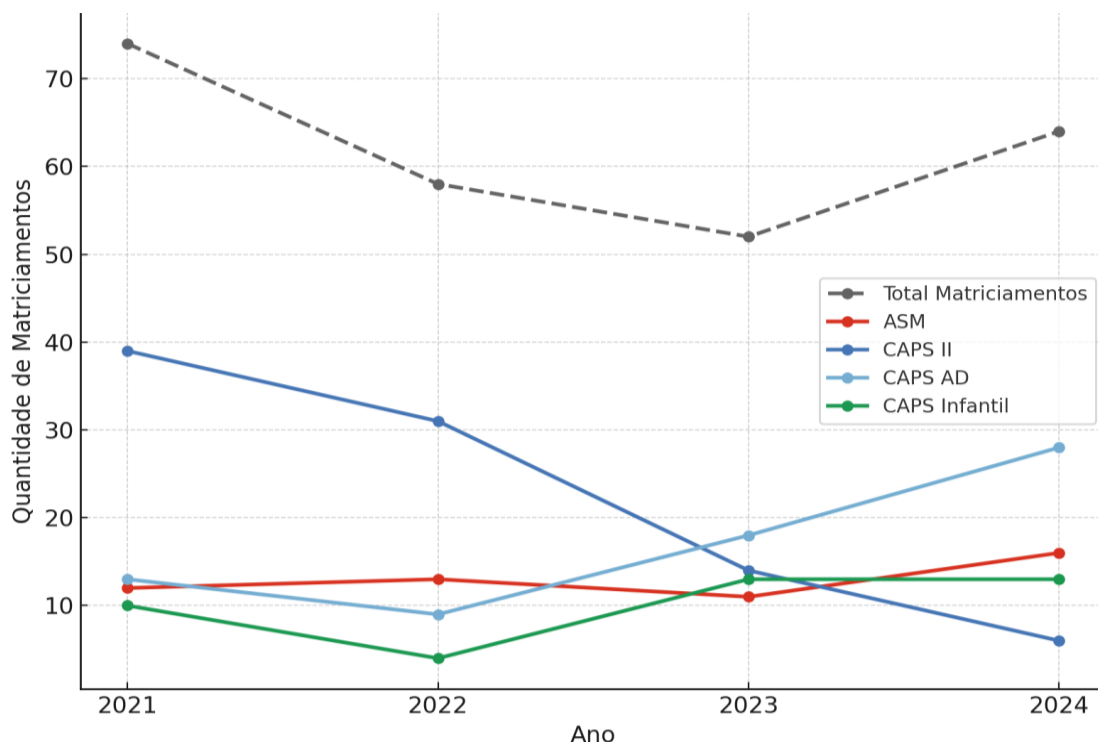
O objetivo central dessas ações é qualificar o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, fortalecer o vínculo entre os diferentes pontos da rede de atenção e ampliar a capacidade de resolução dos casos no território, de forma articulada e integrada. O monitoramento dos indicadores de matriciamento permite avaliar o nível de apoio técnico-pedagógico oferecido pelos serviços especializados, bem como o grau de integração da Atenção Primária com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Entre 2021 e 2024, os dados de matriciamento revelam comportamentos distintos entre os serviços da Rede Especializada. Conforme demonstra o gráfico abaixo, o CAPS AD apresentou o maior crescimento proporcional, com aumento de 115% nas ações junto à APS, seguido pelo Ambulatório de Saúde Mental (33%) e pelo CAPSi (30%), evidenciando fortalecimento das articulações e da corresponsabilização entre os níveis de atenção.

Em contrapartida, o CAPS II registrou redução de 85% nos registros de matriciamento (de 39 em 2021 para 6 em 2024), sinalizando possíveis entraves operacionais ou mudanças na estratégia de articulação, o que demanda análise específica.

O monitoramento dos matriciamentos permite avaliar a efetividade da integração entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contribuindo para qualificar o cuidado em saúde mental e ampliar a resolutividade no território.

Gráfico 54 - Matriciamentos Totais e Por Serviço - 2021 a 2024



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (2021, 2022, 2023 e 2024).

Em contrapartida, o CAPS II apresentou uma redução expressiva de 85% nas ações de matriciamento, passando de 39 registros em 2021 para apenas 6 em 2024. Tal redução pode indicar uma reorientação da estratégia de integração com a Atenção Primária ou mesmo restrições de capacidade técnica e operacional da equipe, aspectos que merecem análise detalhada para identificação de causas e proposição de medidas corretivas. De forma geral, os dados de matriciamento reforçam a importância do apoio matricial como estratégia fundamental para qualificação da assistência em saúde mental no território, promovendo resolução, cuidado compartilhado e fortalecimento da rede de proteção social.



15.5. ANÁLISE TERRITORIAL, DEMANDA E PERFIL MUNICIPAL

Em 2024, o município de Toledo, com população estimada em aproximadamente 150 mil habitantes (Censo Demográfico do IBGE - 2022), tem intensificado seus esforços no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em resposta ao crescimento da demanda por cuidados em Saúde Mental.

O aumento expressivo dos agravos relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais, aliado à urgência das estratégias de prevenção ao suicídio, tem exigido respostas cada vez mais integradas e resolutivas por parte da gestão municipal e das equipes multiprofissionais da rede.

Ao longo de 2024, os serviços especializados de Saúde Mental de Toledo realizaram um volume expressivo de atendimentos, considerando o porte populacional e os desafios epidemiológicos enfrentados:

- Ambulatório de Saúde Mental (ASM): 9.382 atendimentos
- CAPS II: 5.986 atendimentos
- CAPS AD: 4.727 atendimentos
- CAPSi: 5.226 atendimentos

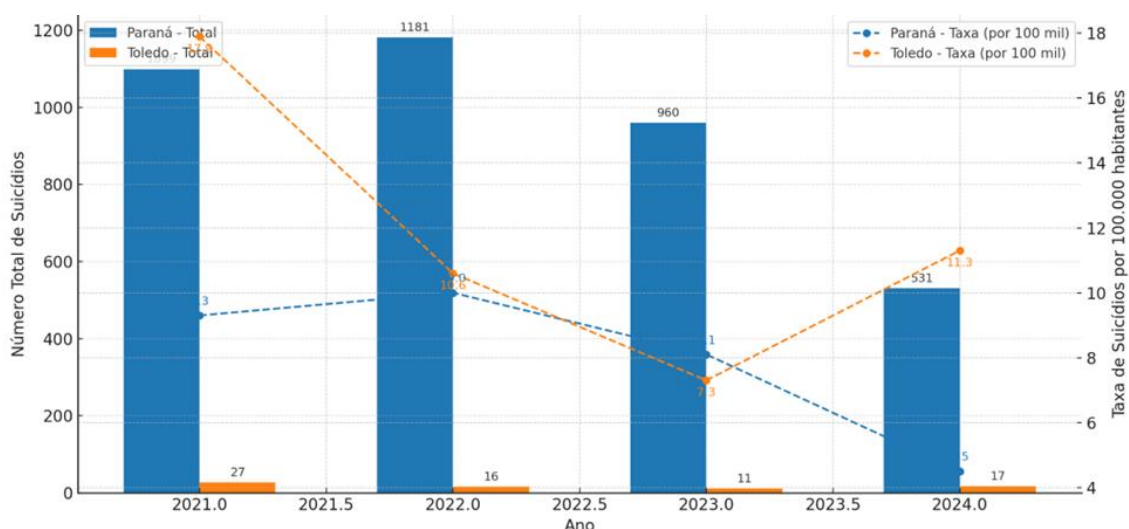
Esses dados evidenciam o comprometimento das equipes com o acesso, acolhimento e cuidado especializado, especialmente diante da crescente complexidade dos casos. Além de dimensionarem a magnitude da demanda assistencial, reforçam a necessidade de abordagens ampliadas, que considerem os fatores de risco associados aos transtornos mentais e ao comportamento suicida.

A prevenção do suicídio permanece como um dos principais desafios de saúde pública, exigindo vigilância ativa, intervenção precoce e

estratégias articuladas no território. Nesse contexto, torna-se fundamental o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados às tentativas e aos óbitos por suicídio, como base para o aprimoramento das ações de cuidado, vigilância e prevenção.

A seguir, apresenta-se uma análise comparativa dos dados de suicídio registrados em Toledo em relação ao panorama estadual, com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações intersetoriais e o fortalecimento da Rede de Atenção à Vida.

Gráfico 55 - Número e Taxa de Suicídios - Paraná e Toledo (2021 a 2024)



FONTE: Bem Paraná. Bem Estar.*Saúde Mental*, 2024; SESA. Nota Orientativa, 2024. (mai./2025). Detalhamento na lista de referências.

15.5.1. Análise Comparativa dos Indicadores de Suicídio - Toledo e Paraná

A análise dos dados sobre suicídios no município de Toledo, em comparação com o panorama estadual, evidencia a urgência do



fortalecimento das estratégias de prevenção, vigilância e cuidado em saúde mental.

Entre 2021 e 2024, Toledo apresentou taxas anuais de óbitos por suicídio consistentemente superiores à média do Estado do Paraná, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

- 2021: 27 óbitos (taxa de 18,0 por 100 mil habitantes)
- 2022: 16 óbitos (10,6 por 100 mil)
- 2023: 11 óbitos (7,3 por 100 mil)
- 2024: 17 óbitos (11,3 por 100 mil)

Em comparação, o Estado do Paraná apresentou as seguintes taxas no mesmo período:

- 2021: 8,6 por 100 mil habitantes
- 2022: 10,2 por 100 mil
- 2023: 8,3 por 100 mil
- 2024: 4,5 por 100 mil

Observa-se que, embora tenha havido uma redução gradual nos números de Toledo entre 2021 e 2023, os dados de 2024 indicam uma reversão da tendência de queda, com novo crescimento no número de óbitos e elevação da taxa municipal para 11,3 por 100 mil habitantes, mantendo o município acima do patamar considerado de alerta pela Organização Mundial da Saúde (10 por 100 mil).

A comparação com o Estado evidencia que, enquanto o Paraná reduziu pela metade sua taxa entre 2023 e 2024, Toledo voltou a apresentar



aumento, o que sinaliza uma vulnerabilidade local persistente e crescente, exigindo respostas urgentes e coordenadas.

Embora o perfil das vítimas não esteja discriminado nos dados apresentados, estudos nacionais apontam que os principais grupos de risco incluem homens adultos (maior taxa de letalidade), adolescentes e jovens (maior frequência de tentativas), frequentemente em contextos de vulnerabilidade psicossocial.

A análise dos dados evidencia a importância do fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio e à promoção da saúde mental. O aumento significativo nos atendimentos realizados pelos serviços especializados de Saúde Mental em Toledo, associado à variação nas taxas de mortalidade, aponta para a necessidade de intensificação das estratégias de cuidado, tanto na atenção especializada quanto na Atenção Primária à Saúde (APS).

Entre as medidas prioritárias destaca-se a capacitação continuada das equipes multiprofissionais, com foco no aprimoramento das abordagens clínicas, no manejo adequado de situações de crise e na adoção de práticas fundamentadas em evidências científicas. Investir na qualificação profissional é essencial para assegurar um cuidado efetivo, seguro e humanizado, capaz de reduzir o risco de agravamento dos quadros de sofrimento psíquico e de desfechos fatais.

Além do investimento na formação das equipes, é fundamental ampliar os recursos materiais destinados ao desenvolvimento de oficinas terapêuticas. Tais atividades exercem papel estratégico na redução de sintomas como ansiedade, estresse e depressão, ao mesmo tempo em que promovem o fortalecimento de habilidades socioemocionais, estimulam a autonomia dos usuários e contribuem para a reintegração social, em consonância com os princípios da reabilitação psicossocial preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).



A análise integrada dos índices de suicídio e do volume de atendimentos na rede municipal reforça a necessidade de intensificação das ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental. Faz-se imprescindível o desenvolvimento de campanhas de conscientização, o fortalecimento da RAPS e a implementação de estratégias de intervenção precoce.

Destaca-se, neste contexto, o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada estratégica para o cuidado em saúde mental. A APS é essencial para a detecção precoce de fatores de risco, para o acolhimento inicial dos indivíduos em sofrimento e para o encaminhamento oportuno aos serviços especializados, contribuindo diretamente para a prevenção do suicídio.

Portanto, o enfrentamento eficaz desse importante problema de saúde pública demanda o fortalecimento das ações intersetoriais, o investimento contínuo na qualificação das equipes, a ampliação dos espaços terapêuticos e a integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

16. ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro era fragmentado, com acesso limitado, e focado basicamente na assistência hospitalar para quem contribuía com a previdência social. Após a Reforma Sanitária — um movimento social e político que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Constituição de 1988 — o SUS foi criado, trazendo a ideia de uma rede hierarquizada e regionalizada. Nessa rede, a Atenção Básica seria a porta de entrada, mas, quando necessário, os usuários teriam acesso aos serviços da Atenção Especializada, como consultas, exames, terapias e procedimentos de média e alta complexidade.

A atenção especializada é dividida em atenção secundária e terciária, que são, respectivamente, de média e de alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, e envolve atendimento direcionado para áreas como ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, urologia, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dentre outras especialidades médicas.

É geralmente o acolhimento na atenção primária que direciona, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade, garantindo que casos não resolvidos ou não estabilizados sejam encaminhados para a alta complexidade a fim de dar continuidade no tratamento do paciente.

Os Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa são serviços de saúde que fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos, capazes de desenvolverem procedimentos que demandam tecnologia de ponta e



custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.

Antes da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no Paraná, a atenção especializada enfrentava inúmeros desafios, como a escassez de recursos e infraestrutura, o difícil acesso por parte da população, as desigualdades regionais, a falta de integração com a atenção primária, a carência de profissionais qualificados e a baixa resolutividade dos serviços. Com a implementação da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que institui a *Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)*, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Especializada passa a ser entendida como o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde que possui uma maior densidade tecnológica. Embora muitos desses problemas ainda persistam, a PNAES surge como uma estratégia para reorganizar e ampliar o acesso aos serviços especializados, promovendo maior equidade e eficiência no sistema de saúde.

16.1. REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

No município de Toledo, destacam-se os serviços de reabilitação e de atenção ambulatorial especializada, que incluem suporte diagnóstico e terapêutico. O município também conta com o Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, que oferece atendimentos em fisioterapia para adultos e crianças, com foco na reabilitação pós-operatória e na estimulação precoce infantil, além disso, o centro disponibiliza práticas integrativas e complementares, como a auriculoterapia. Conta ainda com o Centro Especializado em Reabilitação II (CER II), que é um serviço



especializado em reabilitação intelectual e física, com foco na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos usuários. A rede própria, conveniada e/ou contratada, se apresenta na tabela a seguir:

Tabela 97 - Rede de Atenção Especializada.

Rede de Atenção Especializada
REDE PRÓPRIA
CENTRAL DE ESPECIALIDADES (CONSULTAS, EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS)
CENTRO DE FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO E TERAPIAS COMPLEMENTARES
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER II TOLEDO
REDE CONVENIADA E/OU CONTRATADA
CISCOPAR – 334 PRESTADORES (CONSULTAS, EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS)
REDE ESTADUAL (CONSULTAS, EXAMES, CIRURGIAS/REDE HOSPITALAR, etc)
AMBULATÓRIO DA UFPR (COAPES)

FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (2024).

16.1.1. Central de Especialidades de Toledo

A Central de Especialidades de Toledo, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, é responsável pela oferta de ações e serviços de média complexidade, atuando em conjunto com o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). Diferencia-se por atender exclusivamente a população do município, com equipe formada por servidores efetivos, estagiários e profissionais vinculados por parcerias com universidades locais.



Estrutura Física e Funcional (2025)

- 15 consultórios médicos;
- Salas específicas: pequenos procedimentos cirúrgicos, ultrassonografia, eletrocardiograma, serviço social, enfermagem, pré-consulta, agendamento, recepção e direção;
- Espaços de apoio: DML, almoxarifado, cozinha, sala de estar e sala de reuniões.

Acesso e Fluxos de Atendimento

O acesso aos serviços da Central ocorre de forma referenciada pela APS.

- O paciente é avaliado em sua UBS de referência, onde pode receber consulta, exames, prescrição e tratamento inicial.
- Havendo necessidade de atenção especializada, o encaminhamento é realizado via sistema informatizado SIGSS Saúde MV, respeitando protocolos clínicos e fluxos estabelecidos.

Tipos de encaminhamento:

A Central de Especialidades é um ambulatório eletivo, atende exclusivamente pacientes com agendamento prévio e casos que não representam risco imediato à vida, mesmo que tenham prioridade. Os dois tipos principais de encaminhamento são:

- **Normal:** para situações clínicas que podem aguardar em fila de espera.
- **Com Solicitação de Prioridade:** avaliado por médico regulador, com agendamento médio de 30 dias conforme disponibilidade.



Exames:

- Encaminhados predominantemente via SIGSS Saúde MV, com apoio de pedidos físicos quando necessário.
- Exames sem prestadores credenciados no município seguem os fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).
- Procedimentos de alta complexidade (ex.: ressonância, tomografia) são regulados por meio de APAC, conforme normativas do SUS.

Para assegurar a organização do acesso e a continuidade do cuidado, o município estruturou um fluxo de encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) para a Atenção Especializada. Esse fluxo estabelece etapas que orientam os profissionais de saúde no processo de referência.

16.1.1.1. Serviços Ofertados pela Central de Especialidades

16.1.1.1.1. Consultas em Especialidades Médicas

A Rede de Atenção Especializada do município de Toledo, em articulação com o CISCOPAR, a Regional de Saúde e o Serviço Estadual, garante acesso à consultas em diferentes especialidades médicas. Parte desses atendimentos é ofertada diretamente pelo município, como nas áreas de alergia pediátrica, anestesiologia, gastroenterologia (adulto e pediátrica), neuropediatria e nutrição. Outras especialidades, como angiologia, coloproctologia, nefrologia, pneumologia pediátrica, entre outras, são viabilizadas por meio do consórcio. Algumas linhas de cuidado contam com oferta compartilhada entre município e consórcio, como cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, infectologia,



neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia. Já a oncologia é garantida pelo Serviço Estadual, enquanto a hematologia é ofertada em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR). Além disso, a ortopedia dispõe de oferta pelo município, consórcio e serviço estadual.

Além das consultas médicas especializadas, a Central de Especialidades do município de Toledo disponibiliza uma variedade de serviços e procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Entre os exames realizados estão a ultrassonografia, o eletrocardiograma, a laringoscopia, a nasofibroscopia e a nasofibrolaringoscopia. No campo dos procedimentos, são ofertadas intervenções de cirurgia geral, ginecológicas, oftalmológicas e dermatológicas, além de infiltrações articulares e crioterapia com aplicação de nitrogênio líquido, esta última realizada mediante avaliação dermatológica.

16.1.1.1.2. Atendimento em fisioterapia (Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapia Complementares)

O município de Toledo, por meio do Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, oferece atendimentos voltados à reabilitação e ao cuidado integral dos pacientes. Entre os serviços disponíveis destacam-se a fisioterapia pós-operatória, a estimulação precoce para bebês e crianças e as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).



16.1.1.1.3. Agendamento via CISCOPAR

Por meio da parceria com o CISCOPAR, os usuários têm acesso a diferentes procedimentos e serviços especializados. Estão incluídos exames de diagnóstico por imagem, exames oftalmológicos, sessões de fisioterapia, hidroterapia, equoterapia, tratamento de varizes com espuma e procedimentos ortopédicos.

16.1.1.2. Outros Serviços da Rede Especializada

16.1.1.2.1. Encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

Os encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) são realizados por meio da 20ª Regional de Saúde, com atendimentos em municípios como Curitiba, Campo Largo e, em alguns casos, até fora do Estado, conforme a disponibilidade da rede estadual de serviços.

O TFD é indicado para especialidades que não possuem oferta de atendimento no município ou na região. Nesses casos, o processo tem início com o preenchimento do Laudo para Tratamento Fora de Domicílio (Laudo TFD), de acordo com os critérios definidos pela regulamentação vigente.

Após o preenchimento do laudo, a documentação é encaminhada ao setor de Serviço Social da Central de Especialidades, que realiza a conferência dos dados. Em seguida, o processo é enviado ao setor de Regulação. Uma vez regulado, o encaminhamento é direcionado à 20ª Regional de Saúde, que insere o paciente na fila estadual. Paralelamente, o



paciente também é cadastrado na fila de espera do sistema municipal, garantindo o controle e o monitoramento local da demanda.

Quando o agendamento é realizado pela 20ª Regional, as informações são encaminhadas à Central de Especialidades por e-mail. O setor de Serviço Social, então, anexa o agendamento ao processo do paciente e o envia à unidade de saúde de referência, que fica responsável por comunicar o paciente sobre a data e local da consulta ou procedimento.

16.1.1.2.2. Encaminhamentos para cirurgia

A Central de Especialidades também é responsável pelo agendamento de cirurgias realizadas em Toledo e em municípios da região. Esses procedimentos são ofertados por meio da 20ª Regional de Saúde por meio da Central de Acesso a Regulação do Paraná (sistema CARE), e as vagas são distribuídas de forma per capita entre os municípios que integram a regional.

Atualmente, contamos com prestadores de serviço nas cidades de Assis Chateaubriand, Nova Aurora, Foz do Iguaçu, Guarapuava, Céu Azul, São Miguel do Iguaçu, Missal, Guaraniaçu e Toledo.

Nos últimos seis meses, foram agendadas em média 1.300 cirurgias, abrangendo diversas especialidades, como ginecologia, ortopedia, urologia, cirurgia geral, vasectomia e laqueadura.

16.1.1.2.3. Encaminhamentos para órteses e próteses

A Central de Especialidades também realiza encaminhamentos para concessão de órteses e próteses, como palmilhas ortopédicas, tênis



ortopédicos, cadeiras de rodas motorizadas, aparelhos auditivos e próteses de membros superiores e inferiores.

Esses materiais são disponibilizados por meio da 20ª Regional de Saúde, que mantém contratos com prestadores localizados em Toledo e Cascavel. O processo inicia-se na Unidade de Saúde, onde o pedido é encaminhado à Central de Especialidades, que realiza o cadastro no sistema CARE e agenda a consulta de avaliação com o prestador.

Após a avaliação, o paciente é inserido na fila de espera do prestador para recebimento do material. As vagas são distribuídas pela 20ª Regional de Saúde conforme a população de cada município (per capita).

16.1.1.2.4. Encaminhamento para processo de Oxigenoterapia

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), ofertado pelo SUS no Paraná, tem como objetivo garantir suporte terapêutico com oxigênio em domicílio para pacientes que apresentam insuficiência respiratória crônica ou necessitam de suporte ventilatório após a alta hospitalar.

Esse atendimento é fundamental para assegurar a continuidade do tratamento e a qualidade de vida dos pacientes, sendo realizado com o acompanhamento da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) e da APS do município.

Fluxo de Encaminhamento – Oxigenoterapia Domiciliar

A oxigenoterapia domiciliar deve ser indicada por um médico assistente (seja hospitalar, da APS ou especialista), encaminha o paciente



e/ou responsável para atendimento na Central de Especialidades, com agendamento prévio.

1. Na Central de Especialidades, a enfermeira responsável verifica as informações, confere a documentação e agenda uma entrevista com a assistente social.
2. Após o parecer social, é emitido um ofício com a solicitação do equipamento, sendo todo o processo devidamente anexado e enviado por e-mail à 20ª Regional de Saúde.
3. Na 20ª Regional de Saúde, a documentação é analisada e encaminhada ao setor de Regulação Estadual. Após nova avaliação, o paciente é inserido na fila de espera estadual.
4. Quando o paciente é contemplado, a empresa contratada pela Secretaria de Estado da Saúde entra em contato diretamente com a família para agendar a instalação do equipamento e realizar o treinamento necessário.
5. Após a instalação, a 20ª Regional informa à Central de Especialidades, que, por sua vez, repassa a informação à Unidade de Saúde de referência para que a equipe de enfermagem realize o acompanhamento contínuo do paciente.

Aparelhos Disponibilizados pelo SUS Paraná

O programa oferece diversos dispositivos, conforme avaliação médica e critérios clínicos:

- Concentradores de Oxigênio:
 - 5 Litros;
 - 10 Litros;



- Portátil.
- Dispositivos Ventilatórios:
 - CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas);
 - BIPAP (Pressão Positiva em Dois Níveis nas Vias Aéreas);
 - Ventilador Mecânico Domiciliar.
- Outros Equipamentos:
 - Assistente da Tosse (Cough Assist);
 - Oxímetro de Pulso.

O programa busca garantir atendimento humanizado, seguro e eficaz para pacientes com necessidades respiratórias prolongadas, prevenindo e reduzindo internações, melhorando a qualidade de vida e bem-estar no ambiente domiciliar.

16.1.1.2.5. Dispensação de passagens e diárias de pensão

O município de Toledo, por meio do CISCOPAR, oferece suporte logístico aos pacientes que necessitam realizar TFD. Esse serviço contempla a disponibilização de passagens e diárias de pensão para usuários com agendamentos de consultas, exames ou cirurgias em outros municípios, como Curitiba, Campo Largo e, mais recentemente, Guarapuava.

As passagens são fornecidas conforme a necessidade do tratamento e a localização da unidade de referência. Paralelamente, as diárias de pensão garantem que o paciente possa permanecer no local pelo

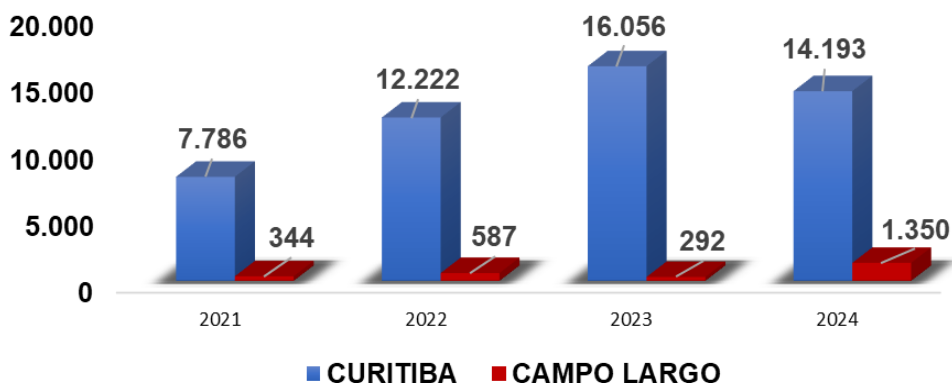
tempo necessário, assegurando acolhimento digno e seguro durante todo o período do atendimento.

O município de Guarapuava passou a contemplar agendamentos por meio do TFD em 2024, e em junho de 2025, o município iniciou a disponibilização do benefício para esse serviço também trazendo um diferencial: os pacientes encaminhados para essa localidade são acolhidos em uma Casa de Apoio, em vez de uma pensão convencional.

Essa iniciativa reforça o compromisso do município com o acesso equitativo à saúde especializada, minimizando os impactos do deslocamento e promovendo o cuidado integral aos pacientes.

Abaixo, segue um breve histórico da disponibilização deste benefício, em números:

Gráfico 56 - Número de passagens liberadas para fora do município



FONTE: Elaborado pelo Departamento Central de Especialidades - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).



16.1.1.3. Sistemas utilizados na Rede Especializada

- **Sistema Sig Saúde MV:** utilizado para a coordenação das filas e agendamentos no âmbito da rede própria municipal.
- **Sistema MV Integrado (SIGSS+ IDS):** destinado ao agendamento de atendimentos na rede consorciada, por meio do convênio com o CISCOPAR. Os prestadores vinculados estão localizados no município e na região Oeste.
- **Sistema Care GSUS** – utilizado para a coordenação das filas e agendamentos junto aos prestadores conveniados com o Estado, os quais podem estar distribuídos em diferentes regiões do Paraná. A referência dos atendimentos segue a divisão estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR).
- **Sistema E-Saúde:** utilizado para a coordenação das filas e dos agendamentos realizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. As vagas disponíveis destinam-se a atendimentos em clínicas e hospitais contratualizados pela SESA-PR, localizados em Curitiba e na Região Metropolitana.

16.1.1.4. Evolução dos Agendamentos e Crescimento da Demanda

O período de 2021 a 2024 evidencia uma importante evolução nos agendamentos de consultas especializadas pelo SUS no município. Os dados observados demonstram não apenas o aprimoramento dos serviços ofertados, com melhorias na organização e ampliação da rede de



atendimento, como também um expressivo aumento na demanda por atendimentos especializados. Esse crescimento reflete, por um lado, o fortalecimento da atenção primária e a consequente ampliação do acesso, e por outro, o desafio constante de adequar a oferta à crescente procura por parte da população.

Tabela 98 - Relatório de Consultas Agendadas.

Consultas Agendadas				
Especialidades	2021	2022	2023	2024
Cardiologia	2.359	2.330	6.141	5.925
Endocrinologia e Metabolismo	3.046	2.723	2.780	2.703
Ortopedia e Traumatologia	1.994	2.672	2.443	2.492
Otorrinolaringologista	1.616	2.028	1.823	1.756
Dermatologista	1.488	1.969	1.835	1.718
Reumatologista	1.992	1.615	1.316	1.788
Neurologista	1.260	1.436	1.494	1.894
Pequenas Cirurgias		1.505	2392	2.056
Pneumologista	1.495	1.431	1.448	1.520
Angiologista		527	2.622	2.365
Cirurgião Geral	2.187	1.305	1.023	997
Oftalmologista	822	854	1.159	1.421
Gastroenterologista	875	973	993	1.037
Urologia		363	1.309	1.740
Neuropediatra		587	736	712
Anestesiologista	201	561	626	444
Alergista e Imunologista Pediátrico	407	395	332	438



Gastroenterologista Pediátrico	352	264	278	287
Pneumologista Pediátrico		176	432	388
Infectologista		136	199	291
Endocrinologista Pediátrico	567			
Coloproctologista				202
Pequenas Cirurgias Ginecológicas		98	56	29
Nutricionista			91	67

FONTE: Elaborado pelo Departamento Central de Especialidades - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Tabela 99 - Média mensal de vagas agendadas na Central de Especialidades.

Média mensal de vagas agendadas				
Especialidades	2021	2022	2023	2024
Reumatologia	138	134	109	149
Pneumologia	115	119	120	126
Otorrinolaringologista	123	169	151	146
Ortopedia	156	222	203	207
Oncologia	91	66	54	76
Oftalmologia	60	71	96	118
Neurologia	91	119	124	157
Gastroenterologia pediátrica	20	22	23	23

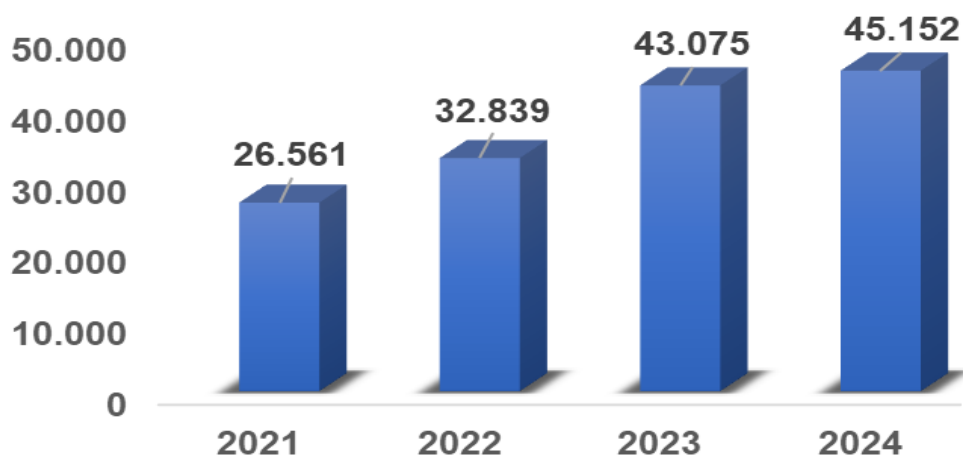


Gastroenterologia	65	81	82	86
Endocrinologia pediátrica	47			
Endocrinologia	259	226	231	225
Dermatologia	111	164	152	143
Cirurgião geral	170	108	85	82
Cardiologia	218	194	511	493
Anestesiologia	9	93	52	36
Alergista	29	32	27	36

FONTE: Elaborado pelo Departamento Central de Especialidades - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

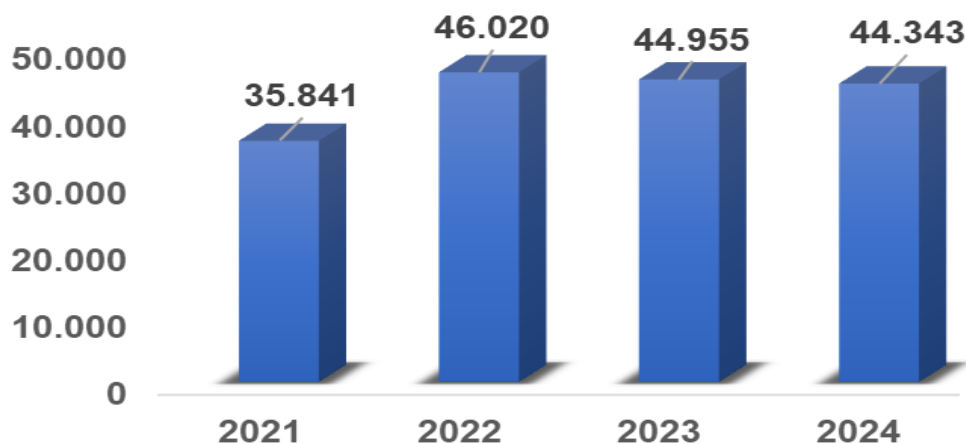
PRODUÇÃO POR ANO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Gráfico 57 - Consultas Especializadas - SUS



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (3ºQd2021, 3ºQd2022, 3ºQd2023 e 3ºQd2024).

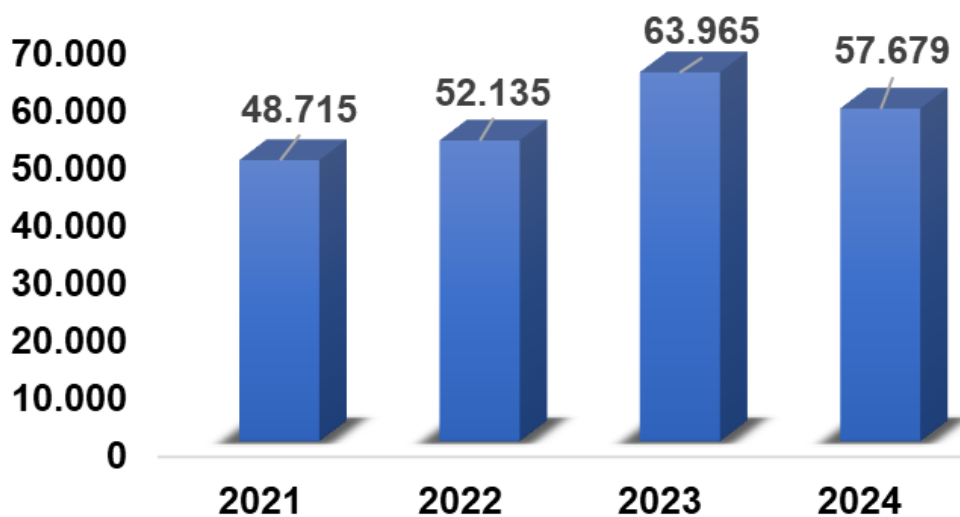
Gráfico 58 - Consultas Especializadas - CISCOPAR



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (3ºQd2021, 3ºQd2022, 3ºQd2023 e 3ºQd2024).

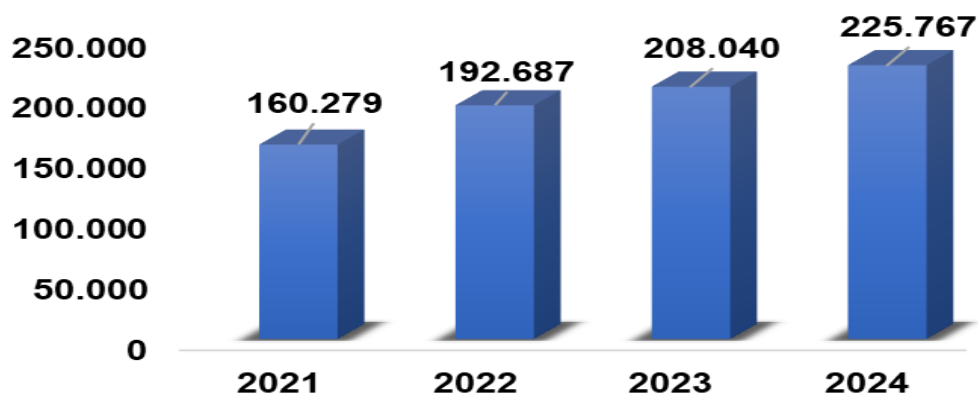
PRODUÇÃO DE EXAMES ESPECIALIZADOS

Gráfico 59 - Exames Não Laboratoriais - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT - SUS)



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (3ºQd2021, 3ºQd2022, 3ºQd2023 e 3ºQd2024).

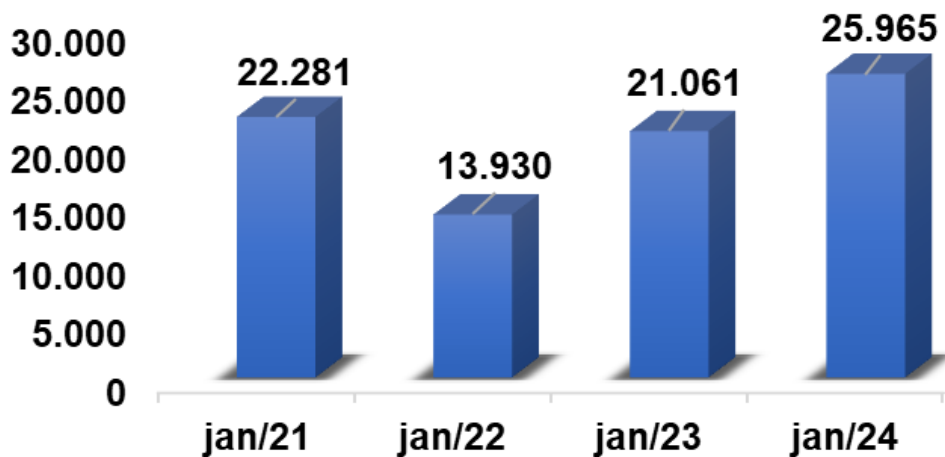
Gráfico 60 - Exames Não Laboratoriais (SADT - CISCOPAR)



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (3ºQd2021, 3ºQd2022, 3ºQd2023 e 3ºQd2024).

PACIENTES EM FILA DE ESPERA PARA CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Gráfico 61 - Fila de Espera para Consultas Especializadas



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (3ºQd2021, 3ºQd2022, 3ºQd2023 e 3ºQd2024).



16.1.1.5. Desafios e Oportunidades

O município de Toledo enfrenta desafios significativos no acesso às especialidades médicas, muitos dos quais refletem problemas também observados em nível estadual. A oferta limitada de consultas em algumas áreas é consequência tanto da escassez de profissionais qualificados no mercado quanto do elevado número de encaminhamentos, o que resulta em longas filas de espera e dificuldades para o atendimento oportuno da população.

As especialidades que apresentam maior demanda reprimida incluem oftalmologia, reumatologia, ortopedia e otorrinolaringologia, com filas de espera em constante crescimento. No caso da nefrologia, a ausência de profissionais acarreta atrasos ainda mais expressivos no atendimento dos pacientes.

Além da oferta limitada de vagas em algumas áreas, da escassez de profissionais, as especialidades enfrentam também um problema com o descredenciamento ou exoneração de profissionais.

Com o objetivo de enfrentar essas dificuldades, em 2021, foi estabelecida a meta de implantar um setor de Regulação, Controle e Auditoria, responsável por elaborar e implementar protocolos de encaminhamento da APS para a Atenção Especializada. Essa estratégia visa a estratificação de risco e a utilização de serviços baseados em evidências científicas, qualificando o processo de encaminhamento e contribuindo para um acompanhamento mais eficaz dos casos.

Embora a equipe de regulação tenha sido criada em 2015, sua atuação só foi efetivada nos anos seguintes, com a designação de um médico regulador responsável por avaliar demandas prioritárias, especialmente as de caráter urgente. Como medidas complementares, o município



promoveu mutirões de atendimento em especialidades com maior represamento e implementou protocolos clínicos específicos para otimizar o fluxo de atendimentos.

Um exemplo exitoso na área de regulação foi a implantação do protocolo de dermatologia e da Teledermato – uma iniciativa conjunta da APS, da Central de Especialidades e do Setor de Regulação. A incorporação da telemedicina nos fluxos assistenciais permitiu qualificar a fila de espera para dermatologia, por meio da realização do exame de pele denominado dermatoscopia, que viabiliza um diagnóstico inicial e define a conduta mais adequada, seja ela resolutiva na Atenção Primária ou encaminhada ao especialista.

Para reduzir a demanda reprimida em especialidades médicas, é necessário aumentar a resolutividade da APS, construindo e atualizando protocolos de referência para qualificar os encaminhamentos. Também é essencial fortalecer os serviços de regulação, contribuindo para uma melhor organização e priorização do acesso.

Nesse contexto, destaca-se a adesão recente do município de Toledo ao programa das Ofertas de Cuidado Integral (OCIs), em parceria com o Governo Federal. As OCIs são conjuntos organizados de procedimentos – consultas, exames e tecnologias – definidos para o cuidado integral de condições de saúde específicas, com o objetivo de garantir o acesso resolutivo, desde o diagnóstico até o tratamento, dentro de um prazo determinado.

Outro recurso estratégico nesse processo é o uso das teleconsultorias (telemedicina), que permitem a comunicação direta entre profissionais da APS e especialistas localizados em centros de referência. Essa interação, por videoconferência ou troca de mensagens, contribui para a qualificação dos diagnósticos, definição de condutas e orientação terapêutica, ao mesmo tempo em que reduz a necessidade de encaminhamentos desnecessários.



Por fim, destaca-se a importância de aprimorar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, promovendo o matriciamento e o compartilhamento do cuidado, o que fortalece a rede de atenção e melhora a continuidade e integralidade do atendimento ao usuário.

16.1.2. Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares

O Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares foi inaugurado em dezembro de 2020, e está localizado próximo ao PAM. É considerado um serviço especializado de média complexidade, possui uma equipe multiprofissional, sendo 03 fisioterapeutas e 01 enfermeira, 01 Assistente Administrativo e 01 profissional terceirizado para serviços gerais.

O Centro de Fisioterapia, como é denominado atualmente, vem realizando atendimentos em fisioterapia para os usuários do SUS. Os atendimentos são regulamentados por meio do programa que detalha especificamente o público-alvo e fluxos que ocorrem de forma articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde pública municipal.

O Centro de Fisioterapia tem como objetivo prestar atendimento nas áreas de Fisioterapia em transtornos osteomioarticulares, Fisioterapia Infantil, Práticas Integrativas e Complementares, além de reabilitação a pacientes no pós-operatórios em ortopedia. Tais práticas procuram promover um cuidado integral, levando em consideração a condição de saúde dos indivíduos no aspecto físico, mental, espiritual e social, com intervenções e reflexões que visam à recuperação, a reabilitação, o cuidado, o apoio e o suporte ao autocuidado nas atividades básicas do dia a dia.

É importante destacar que as Práticas Integrativas e Complementares são recursos que envolvem abordagens que estimulam os mecanismos



naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Tabela 100 - Produção - 2021 a 2024.

ANO	2021	2022	2023	2024
Consultas Realizadas	114	157	420	678
Procedimentos Realizados	4.402	7.337	13.603	18.571

FONTE: Elaborado pelo Departamento Central de Especialidades - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Como podemos observar acima, houve um considerável aumento de atendimentos ano após ano, o que nos leva ao fato de que além de um bom funcionamento o serviço também precisa prever o aumento tanto de seu espaço físico como de servidores.

Diante desse crescimento contínuo, torna-se essencial que os encaminhamentos para as especialidades ocorram de forma organizada e transparente. Para isso, o município adota um fluxo estruturado na Central de Especialidades, garantindo maior eficiência e equidade no acesso aos serviços.

As solicitações de fisioterapias chegam na Central de Especialidades e são separadas pelo setor de agendamento, após, são encaminhadas ao Centro de Fisioterapias as solicitações que se encaixam nos atendimentos oferecidos, o que permite aproveitamento máximo de vagas ofertadas. após é encaminhado ao Centro de Fisioterapias, as solicitações que se encaixam aos atendimentos oferecidos, desta forma aproveitando ao máximo, as vagas ofertadas.

No primeiro atendimento o paciente será avaliado pelo fisioterapeuta por meio de uma ficha de avaliação e será definido o plano de tratamento



que poderá ser realizado individualmente ou em grupo, em diversas modalidades, incluindo as sessões de acupuntura, dependendo do quadro clínico do mesmo.

Os atendimentos terão duração de aproximadamente 30 a 45 minutos e a frequência e quantidade serão determinados pelos profissionais conforme evolução do paciente. O paciente que faltar ao atendimento por 3 (três) vezes, no período de 30 dias, sem aviso prévio e sem justificativa, será desligado do programa. Em caso de desistência do tratamento, o paciente deve comunicar o profissional para que sua vaga seja repassada a outro paciente.

16.1.3. Centro Especializado em Reabilitação - CER II

A Constituição Federal de 1988 assegura como competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios o cuidado à saúde e a garantia de direitos das pessoas com deficiência. No Paraná, essa diretriz foi regulamentada pela Resolução SESA nº 144/2016, que institui a Linha de Cuidado à Pessoa com Deficiência, com foco na promoção do cuidado integral, abrangendo prevenção, reabilitação e inclusão social.

No âmbito da 20ª Regional de Saúde, esse compromisso se materializou com a implantação do Centro Especializado em Reabilitação – CER II, unidade da Rede de Cuidados do SUS responsável por ofertar reabilitação em diferentes modalidades, apoio multiprofissional, fornecimento de órteses e próteses e acompanhamento continuado. O serviço iniciou seus atendimentos em fevereiro de 2025, respondendo a uma demanda reprimida de cerca de 500 pacientes que aguardavam acesso desde 2019.



O CER II é referência ambulatorial especializada, articulando-se com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados conjuntamente pela equipe multiprofissional, usuário e família. Atualmente, contempla duas modalidades de reabilitação: Deficiência Física, Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A equipe multiprofissional é composta por médicos especialistas (psiquiatria e ortopedia), fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem, além de profissionais de apoio administrativo e coordenação. Essa composição atende às normativas para habilitação do serviço, assegurando a integralidade do cuidado.

O acesso ao CER II é regionalizado e ocorre prioritariamente por encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde. A capacidade instalada prevê o atendimento de 400 usuários/mês, distribuídos entre as modalidades de deficiência física, intelectual e TEA.

Com sua implementação, o município fortalece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ampliando a resolutividade do SUS no território e garantindo direitos previstos na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Para garantir a efetividade da linha de atenção à pessoa com deficiência, o CER II de Toledo organiza seus atendimentos a partir de um fluxo de atendimento, que busca acolher o usuário, realizar avaliação multiprofissional e definir o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O fluxograma a seguir apresenta como esse processo acontece na prática.

Figura 22 - Fluxo do atendimento ao paciente dentro do CER II.



FONTE: Elaborado pelo Departamento Centro Especializado de Reabilitação (CER) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

A produção registrada no SIA/SUS do CER II, em 2025, conforme apresentado na tabela 101, demonstra a relevância do serviço na rede de cuidados. Foram contabilizados 2.150 atendimentos da equipe multiprofissional (exceto médicos), 256 da equipe médica, totalizando 2.409 procedimentos mensais (dados preliminares). Ressalta-se que todos os procedimentos realizados no CER II devem ser registrados no SIGSS, garantindo transparência, rastreabilidade e gestão da informação.



Tabela 101 - Produção SIA/SUS da Equipe Multiprofissional do CER II - *2025.

Produção da Equipe Multiprofissional (Exceto Médico)	Produção da Equipe Médica	Produção SIA/SUS Mínima (Mensal)	Produção SIA/SUS Total
2150	256	2409	

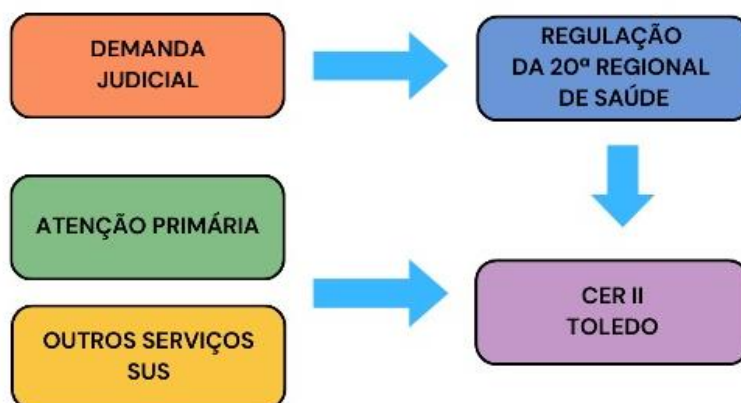
FONTE: Elaborado pelo Departamento Centro Especializado de Reabilitação (CER) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

NOTA: Dados preliminares.

Entre os serviços ofertados destacam-se: acolhimento individual e multiprofissional, elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), diagnóstico, atendimento e reavaliação periódica, orientações às famílias, registros em prontuário, reuniões de equipe, ações de educação permanente, articulação intersetorial com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e apoio matricial às equipes da APS e da rede especializada.

No que se refere à abrangência, o CER II de Toledo foi definido como referência para a 20ª Regional de Saúde, atendendo demandas pactuadas entre os gestores municipais e regionais. Até que haja a estruturação de unidade própria, o CER II atenderá apenas de forma municipal, conforme pactuado. A seguir, apresenta-se o fluxograma que ilustra esse processo.

Figura 23 - Fluxo de atendimento regional.



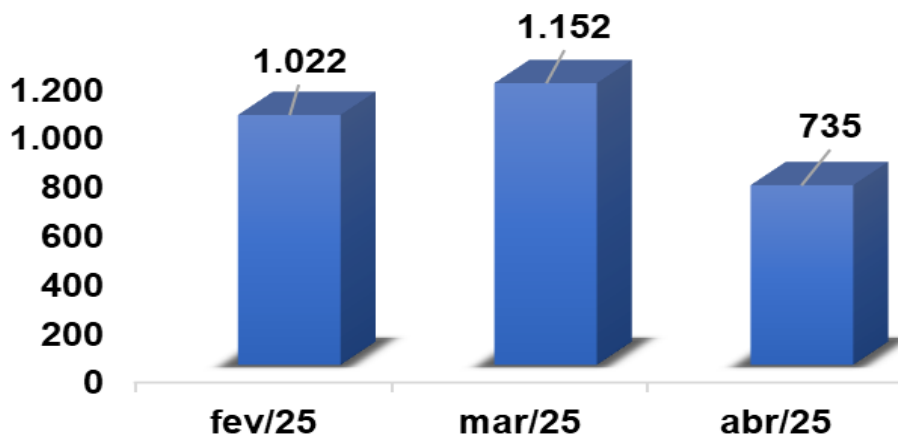
FONTE: Elaborado pelo Departamento Centro Especializado de Reabilitação (CER) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

Por se tratar de um serviço especializado, o acesso ao CER II ocorre exclusivamente por meio de encaminhamentos, não havendo atendimento de demanda espontânea. No primeiro trimestre de 2025, foram atendidos 466 pacientes, com registro de 1.452 atendimentos em fisioterapia e 2.909 procedimentos nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social. Ressalta-se que um mesmo usuário pode acumular diferentes atendimentos, conforme a necessidade de continuidade do tratamento.

Esses resultados demonstram a importância do CER II no cuidado à saúde, em consonância com as diretrizes do PNS, especialmente no fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na integração entre os pontos de atenção e na promoção da reabilitação e inclusão social.

Os procedimentos ambulatoriais, com as terapias dos profissionais de: Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e o Serviço Social, somaram 2.909 procedimentos, conforme apresenta-se no gráfico 62.

Gráfico 62 - Relatório de procedimentos ambulatoriais fevereiro a abril/2025



FONTE: Elaborado pelo Departamento Centro Especializado de Reabilitação (CER) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), (2025).

De acordo com normas do MS, para funcionamento do serviço, os pacientes aptos para reabilitação têm seu plano de atendimento para ser executado em até 24 sessões de reabilitação, considerando as necessidades e metas definidas no Plano Terapêutico Singular.

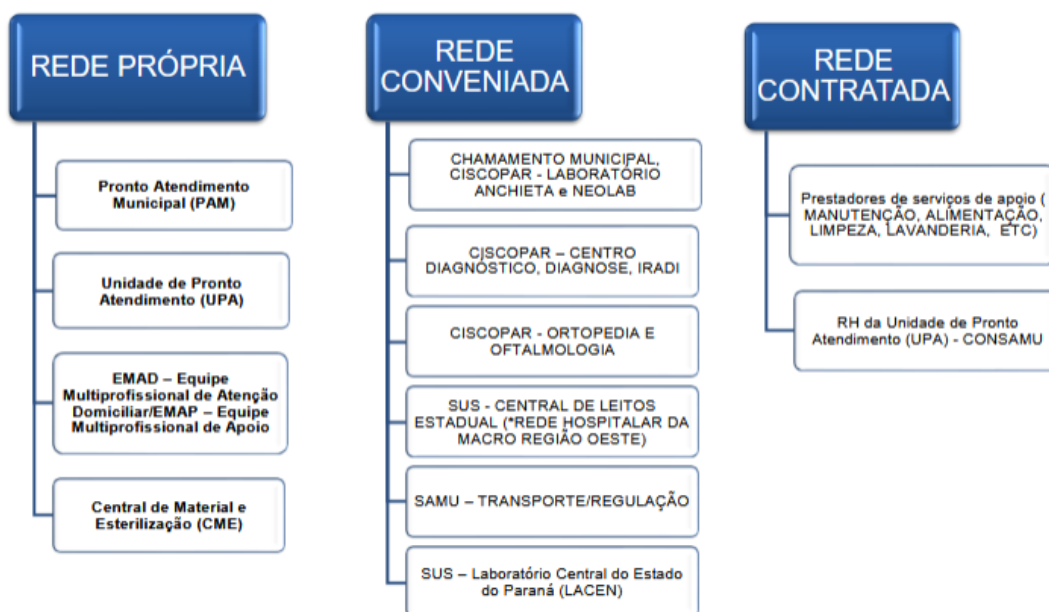
Importante destacar que estas reabilitações têm como principal objetivo desenvolver habilidades que promovam a independência funcional e habilidades sociais dos pacientes. A atuação da reabilitação física dentro do serviço é voltada para pessoas com limitações funcionais decorrentes de condições neurológicas, ortopédicas e/ou musculoesqueléticas.

17. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1. COMPOSIÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A rede de Urgência e Emergência de Toledo é composta, de forma resumida, pelos seguintes componentes:

Figura 24 - Composição da Rede de Urgência e Emergência.



FONTE: Departamento de Gestão em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Audiência Pública, (1ºQd2025).

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Toledo é composta por diversos elementos, atuando de forma integrada à rede de atenção primária, especializada e à rede hospitalar. Essa integração é fundamental para garantir um atendimento organizado e resolutivo.

No entanto, a divisão de responsabilidades cria desafios. Enquanto o município de Toledo gerencia a Atenção Básica, o componente hospitalar e parte dos serviços especializados estão sob a governança do Estado. Essa separação impacta diretamente a RUE, pois a indisponibilidade de leitos hospitalares para transferências a partir das unidades de pronto atendimento gera um represamento de pacientes, sobrecarregando essas



unidades.

17.2. CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR

Atualmente, a rede hospitalar de Toledo inclui hospitais públicos e privados. A Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP), credenciado ao SUS, é a principal referência hospitalar para média e alta complexidade em toda a 20ª Regional de Saúde. Inaugurado em outubro de 2023 e administrado pelo IDEAS via Cessão Onerosa, o HRT conta com 59 leitos de internação, 10 leitos de UTI e 8 salas cirúrgicas. Sua vocação é predominantemente cirúrgica e eletiva.

Outras unidades, como o Hospital Geral Unimed (HGU), o Hospital Dr. Campagnolo e a Clínica Intensicor, não são conveniadas ao SUS e atendem apenas convênios e particulares.

Em dezembro de 2024, conforme dados do CNES, o município dispunha de 6 estabelecimentos com leitos para internações (HOESP, HRT, HGU, Hospital Campagnolo, Intensicor e CAPS AD III), totalizando 428 leitos, dos quais 207 são SUS. O HOESP contribui com o maior quantitativo SUS (140 de 212 leitos totais). A rede ainda possui 8 leitos SUS para pacientes psiquiátricos em desintoxicação no CAPS AD III.

Tabela 102 - Leitos totais/Leitos SUS.

Instituição	Leitos totais	Leitos SUS
HOESP	212	140
HRT	69	59
CAPS AD III	08	08
HGU	99	00
CAMPAGNOLO	32	0
INTENSICOR	08	0
TOTAL	428	207



FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS com base nos dados do CNES, (2024).

NOTA: Com a TAC 05/2018 100% dos leitos do HRT são destinados ao atendimento SUS.

Em relação às UTIs, Toledo possui um total de 62 leitos de UTI (adulto e neonatal), sendo 30 leitos destinados ao SUS, o que representa 48,38% no município. Considerando a 20ª Regional de Saúde, há 20 leitos de UTI em Assis Chateaubriand e Palotina, totalizando 60 leitos de UTI SUS na Regional. Conforme expresso na tabela abaixo.

Tabela 103 - Leitos UTI.

Instituição	Leitos de UTI	Leitos de UTI SUS
HOESP	37	30
HRT	10	10
Associação Hospitalar Beneficente Moacir Micheletto	10	10
Hospital Municipal Prefeito Quinto Abrao Delazeri	10	10
Total	67	60

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS com base nos dados do CNES, (2024).

É crucial ressaltar que a totalidade dos leitos hospitalares da 20ª Regional de Saúde, independentemente do tipo, está à disposição de todos os 18 municípios que a compõem. A Central Estadual de Regulação de Leitos é responsável por direcionar os usuários.

As tabelas a seguir mostram o cenário de leitos gerais e de UTI disponíveis na 20ª Regional de Saúde, de 2021 a 2024:

Tabela 104 - Quantidade total de Leitos Hospitalares disponíveis no município de Toledo.

Tipo de leitos	Número de Leitos Totais			
Ano	2021	2022	2023	2024
Leitos Gerais	277	297	370	366
UTI adulto	49	41	40	50
UTI infantil	0	0	0	0
UTI neonatal	12	12	12	12
TOTAL	338	350	422	428



FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS com base nos dados do CNES, (abr./2025).

Tabela 105 - Quantidade total de Leitos Hospitalares Exclusivamente SUS disponíveis no município de Toledo.

Tipo de leitos	Número de Leitos Cadastrados no "SUS"			
Ano	2021	2022	2023	2024
Leitos Gerais	136	109	169	171
UTI adulto	24	17	16	24
UTI infantil	0	0	0	0
UTI neonatal	12	12	12	12
TOTAL	162	138	197	207

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS com base nos dados do CNES, (abr./2025).

Com uma população estimada de 400 mil habitantes na 20ª Regional de Saúde e apenas 207 leitos SUS disponíveis (gerais e de UTI), a média é de 1,97 leitos por mil habitantes.

Ao analisar o cenário dos leitos hospitalares, identificamos duas grandes fragilidades que afetam diretamente a RUE. A primeira é que a expansão desses leitos não acompanhou, na mesma proporção, o crescimento populacional. A segunda refere-se ao vazio assistencial histórico e persistente nos UTI infantil/pediátrica. Essa carência expõe o público infantil à necessidade de transferência interinstitucional para municípios distantes, com deslocamentos de, no mínimo, 40 km até Cascavel.

Essas fragilidades resultam em longas permanências de pacientes nas unidades de urgência e emergência, aguardando vagas, o que bloqueia recursos e compromete a capacidade de atendimento da RUE.

O município de Toledo conta ainda com a rede de referência Hospitalar Regional e Estadual. Alguns serviços são agendados através do Sistema CARE ou Central de Leitos (ambos sob governabilidade do Estado), Central de Especialidades (Secretaria de Saúde do município de Toledo) e



do CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná). O CISCOPAR atende os 18 municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde.

Tabela 106 - Hospitais e Clínicas de Referência no Estado do Paraná (atendimento SUS) - Toledo, 2016.

Hospital	Município
Instituto da Visão	Cascavel
Angelina Caron	Curitiba
Pequeno Príncipe	Curitiba
Hospital de Clínicas	Curitiba
Hosp. Valdemar Monastier	Curitiba
Hosp. Nossa Senhora do Rocio	Campo Largo
Uopeccan	Cascavel/Umuarama
Hosp. Nossa Senhora da Salete	Cascavel
Ceonc	Cascavel
Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida de Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu
Hosp. Beneficente Moacir Micheletto	Assis Chateaubriand
Hosp. Dr. Aurélio	Nova Aurora
Hospital de Olhos de Campo Largo	Campo Largo
Hospital Universitário de Cascavel	Cascavel
Clinica Renal Clin	Toledo
Centro Diagnóstico (ressonância/tomografia/mamografia)	Toledo
Unimagem (mamografia)	Toledo
Diagnose (mamografia)	Toledo
Clínica de fisioterapia Unipar (fisioterapia)	Toledo
Clinica Equilibrio (fisioterapia)	Toledo
Fisioclin (fisioterapia)	Toledo
Reab Plus (fisioterapia)	Toledo
Tolefisio (fisioterapia)	Toledo
Labclinic (exames laboratoriais)	Toledo
Analizare (exames laboratoriais)	Toledo
Neolab (exames laboratoriais)	Toledo
Unipar (exames laboratoriais)	Toledo
Bioanalise (exames laboratoriais)	Toledo

FONTE: 20ª Regional de Saúde. (2021).

17.3. CRESCIMENTO DAS INTERNAÇÕES E SEU IMPACTO NA RUE

O crescimento significativo das internações em Toledo (Tabela 107) reflete a convergência de fatores demográficos, epidemiológicos e estruturais. A transição demográfica e epidemiológica, com o envelhecimento da população e o consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) é um impulsionador chave.

Tabela 107 - Internações por Ano atendimento e Capítulo CID-10 de municípios de Toledo.

Ano	2021	2022	2023	2024	Total
Cap 01	919	607	706	1540	3886
Cap 02	18	27	25	63	135
Cap 03	90	111	137	176	528
Cap 04	133	141	132	149	570
Cap 05	1	-	1	-	2
Cap 06	123	244	374	281	1039
Cap 07	1	1	2	-	4
Cap 08	1	-	5	12	18
Cap 09	539	582	586	1019	2810
Cap 10	337	496	685	759	2317
Cap 11	627	741	875	1210	3584
Cap 12	26	26	56	93	204
Cap 13	186	287	337	343	1172
Cap 14	366	472	423	651	1989
Cap 15	2445	2568	2493	2002	9952
Cap 16	263	319	353	249	1232
Cap 17	12	20	12	10	55
Cap 18	365	319	367	475	1606
Cap 19	2227	2491	2681	2768	10532



Cap 21	374	540	661	583	2216
Total	9053	9992	10911	12383	43851

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

As internações de munícipes concentram-se, majoritariamente, nas categorias de causas externas (Capítulo 19), ginecologia e obstetrícia (Capítulo 15), e doenças do aparelho digestivo (Capítulo 11). Dentre essas, destacam-se, em especial, os casos decorrentes de causas externas, os quais são inicialmente absorvidos pela Rede de Urgência e Emergência (RUE). Essa rede é responsável por oferecer o atendimento imediato e decisivo ao prognóstico do paciente, promovendo sua estabilização até a efetivação do encaminhamento via Central de Regulação de Leitos.

Essa conjuntura impõe sobrecarga aos serviços de urgência e emergência, que assumem, além de seu papel resolutivo imediato, a responsabilidade transitória de manter os pacientes até a disponibilização de leitos hospitalares. Como consequência, compromete-se a função primordial da RUE: o atendimento célere e eficaz.

17.4. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

O sistema local de Urgências e Emergências é composto pela Unidade de Pronto Atendimento tipo II (UPA II) e pelo Pronto Atendimento Municipal 24 horas Dr. Jorge Milton Nunes (PAM 24 horas). O acesso a ambas as unidades ocorre por demanda espontânea (procura direta), encaminhamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços ou via regulação médica do SAMU 192.

A UPA II de Toledo é administrada em parceria entre a Prefeitura



Municipal e o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná (CONSAMU). Atende pessoas de todas as idades de Toledo e municípios que participam dessa contratação: Diamante d'Oeste, Ouro Verde do Oeste, São José das Palmeiras e São Pedro do Iguaçu. Tanto a UPA quanto o PAM funcionam como unidades "porta aberta" para as situações de urgências e emergências.

É importante diferenciar: urgência refere-se a agravos inesperados à saúde, com ou sem risco potencial de vida, que exigem atendimento imediato (mas sem risco iminente de morte); emergência diz respeito a condições com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, que exigem intervenção médica imediata e prioritária. Ambos os serviços (PAM e UPA) atendem essas situações conforme procura ou regulação, sem, necessariamente, obedecer à lógica de território.

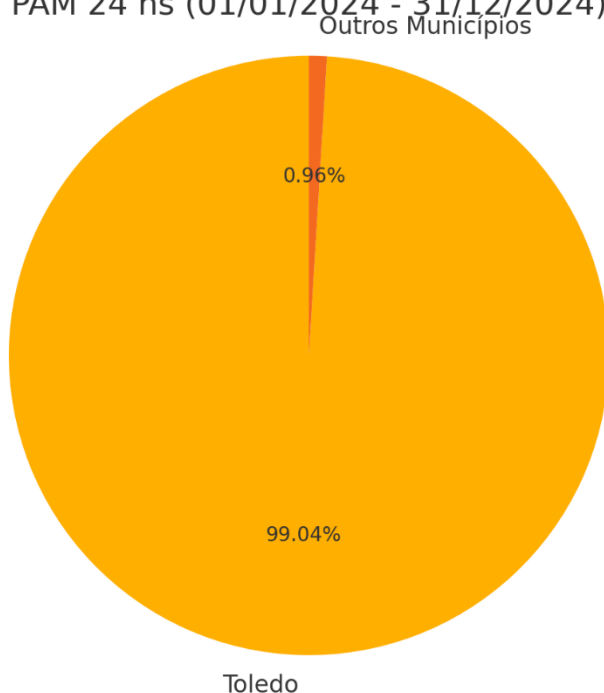
Apesar da gestão compartilhada, o município de Toledo arca com cerca de 90% da fatura da UPA, referente a gastos com recursos humanos e administrativos. Os demais custos (material hospitalar, medicamentos, água, energia, e outros) ficam exclusivamente a cargo do município.

Os dados referentes ao atendimento de pacientes e suas respectivas origens estão expressos nos gráficos a seguir.



Gráfico 63 - Origem dos pacientes - município de residência PAM 24 hs

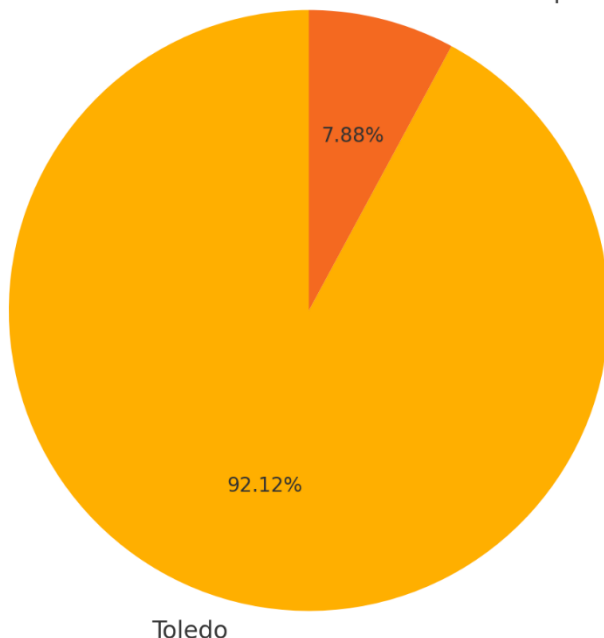
Origem dos pacientes - município de residência
PAM 24 hs (01/01/2024 - 31/12/2024)



FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2024).

Gráfico 64 - Origem dos pacientes - município de residência UPA II

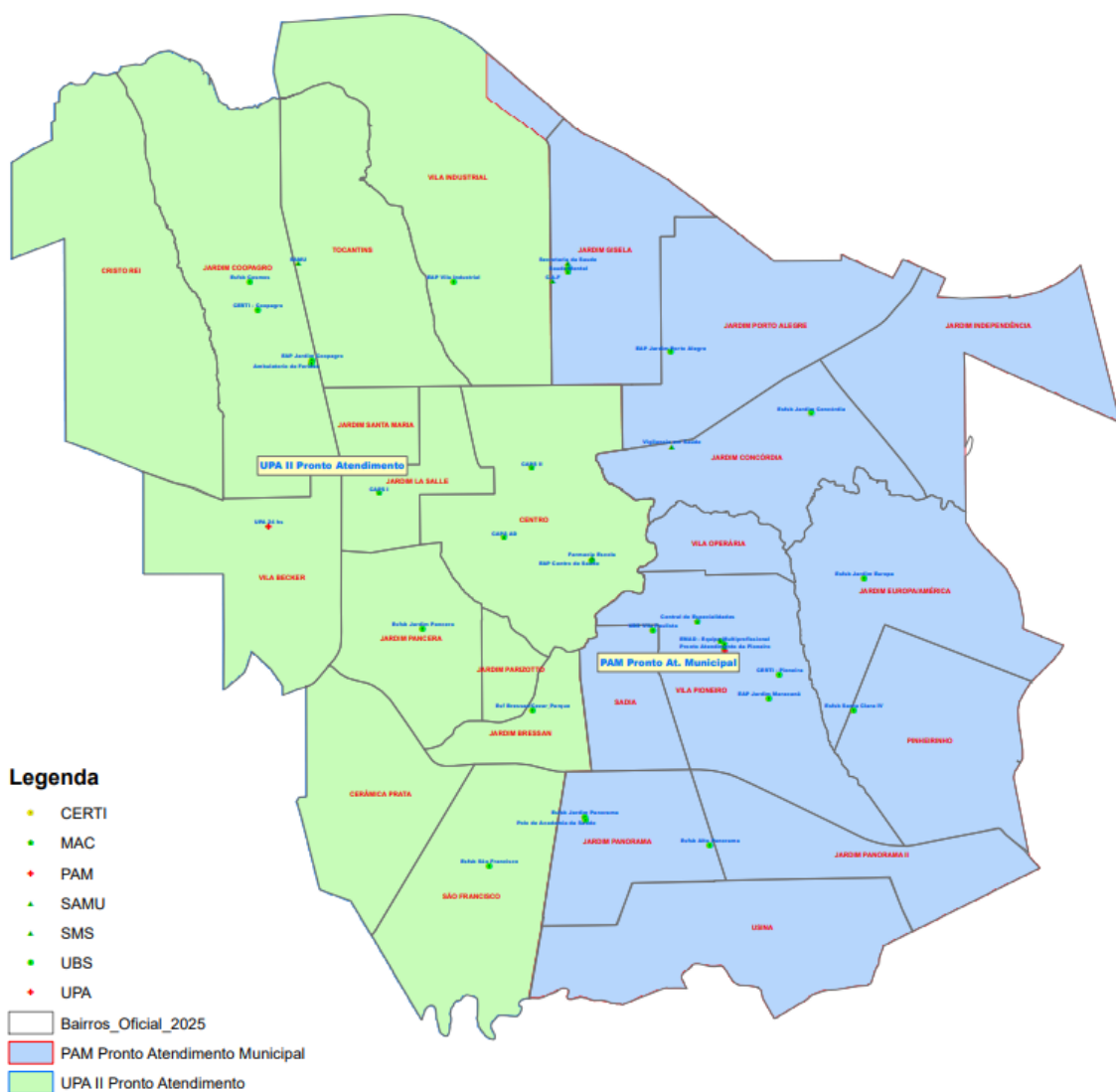
Origem dos pacientes - município de residência
UPA II (01/01/2024 - 31/12/2024)



FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2024).

Devido ao tamanho do município de Toledo, há dois serviços funcionando 24 horas como porta de entrada de urgências municipais (PAM e UPA II). A territorialização, na perspectiva da RUE, tem como objetivo organizar e otimizar os atendimentos entre as duas unidades, distribuindo as demandas, reduzindo risco de fluxos desequilibrados. Também garante maior acessibilidade ao usuário, ao priorizar o atendimento em uma unidade mais próxima de sua residência.

Figura 25 - Área de abrangência de UPA e PAM por dados de Territorialização.



FONTE: Departamento de Geoprocessamento da Prefeitura de Toledo (2025).

Os profissionais que atuam nas duas unidades, UPA e PAM seguem diferentes regimes de admissão, de acordo com a forma de gestão de cada serviço. no PAM, cuja administração é municipal, a maioria dos profissionais é composta por servidores estatutários, contando também com profissionais contratados temporariamente por meio de Processo Seletivo Seriado (PSS), para atender demandas específicas — como afastamentos prolongados de servidores efetivos ou aumento pontual da demanda, especialmente diante de cenários epidemiológicos desfavoráveis, como



epidemias e pandemias. Além disso, há atuação de profissionais terceirizados em áreas não assistenciais, como serviços de apoio e zeladoria.

Já na UPA, a gestão de recursos humanos é responsabilidade do CONSAMU, que realiza a contratação de profissionais celetistas, por meio de concurso público ou processo seletivo simplificado. Também há terceirização de serviços, inclusive em áreas assistenciais (como médicos e enfermeiros) por meio de empresas.

As unidades de pronto atendimento utilizam o Protocolo de Manchester para triagem, realizada por enfermeiros. Este sistema classifica os pacientes pela gravidade, priorizando o atendimento conforme o tempo alvo estipulado. É uma ferramenta vital para gerenciar o fluxo de pacientes e assegurar que os casos mais graves recebam atenção adequada e no tempo certo.

O protocolo visa otimizar o atendimento, reduzir riscos e melhorar a satisfação do paciente, priorizando os casos graves, diminuindo o tempo de espera, aumentando a segurança do paciente e otimizando a alocação de recursos. A sincronização entre sistemas atualizados, em conformidade com o protocolo e auditoria sistemática eleva a qualidade, segurança e confiança na classificação de risco.

Com base nas diretrizes do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), a adoção contínua de Manchester em sua versão mais recente garante a segurança e a eficácia na priorização clínica dos pacientes. O protocolo integra-se a uma robusta estrutura de gestão de risco, destacando que *“é uma ferramenta de gestão do risco clínico robusta e passível de auditoria”*, tornando a implantação da auditoria interna e externa um componente-chave para validar a assertividade dos classificadores e promover a educação continuada. Em última análise, a sincronização entre a atualização tecnológica dos sistemas, a conformidade com a versão vigente do protocolo e a auditoria sistemática não apenas mitigam



variações injustificadas no processo de triagem, mas também elevam os níveis de qualidade, segurança e confiança na classificação de risco em ambientes de urgência e emergência.

A presença de acompanhantes é garantida pela legislação e por indicação médica. As direções dos serviços organizam horários de visita diários. Contudo, ambas as unidades não possuem profissionais ou mecanismos que assegurem o controle de portaria/ acesso, sendo uma fragilidade na segurança de profissionais, pacientes e acompanhantes.

Para os pacientes cuja demanda não pode ser resolvida de forma imediata, torna-se necessário o cadastramento na Central Estadual de Regulação de Leitos. A triagem é realizada com base na gravidade do quadro clínico, na urgência do atendimento e na disponibilidade e capacidade instalada dos serviços de referência.

No contexto do município de Toledo, esse processo é intermediado pela Equipe de Regulação da Macrorregião Oeste, que é responsável por interpretar dados clínicos relevantes, histórico da doença atual, além de exames laboratoriais e/ou de imagem, a fim de garantir priorização e encaminhamento adequado.

O transporte interinstitucional dos pacientes é viabilizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou pela frota da Secretaria Municipal de Saúde (constituído aqui como transporte sanitário), o que implica demanda logística significativa, além do uso de recursos humanos e financeiros. Essa logística de transportes, seja ela executada pelo SAMU 192 ou pela frota da SMS, também presta suporte aos demais níveis de atenção — primária, secundária e terciária — integrando a rede de cuidados de forma contínua e articulada.



17.5. DADOS DE ATENDIMENTO E IMPACTO NA RUE

Os dados a seguir demonstram o cenário de atendimentos nas unidades de urgência e emergência de Toledo, evidenciando o crescimento contínuo da demanda e suas implicações para a RUE.

Tabela 108 - Consultas Médicas realizadas no PAM no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como “Normal”.

Consultas Médicas PAM (Urgências e emergências)				
	2021	2022	2023	2024
Emergência	14	88	386	88
Muito Urgente	367	726	844	884
Urgente	2333	7239	8431	11750
Pouco Urgente	24956	41721	42687	48902
Total	27670	49774	52048	61624

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas a maiores de 12 anos completos.

Tabela 109 - Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como “Normal”.

Consultas Médicas UPA (Urgências e emergências) - Adulto				
	2021	2022	2023	2024
Emergência	169	252	145	175
Muito Urgente	1300	1790	2041	2290
Urgente	11165	12221	14037	19026
Pouco Urgente	32066	27350	33907	41902
Total	44700	41613	50130	63393

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas exclusivamente na faixa etária acima de 12 anos completos.



Tabela 110 - Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como “Normal”.

Consultas Médicas UPA (Urgências e emergências) - Pediatria				
	2021	2022	2023	2024
Emergência	12	41	29	20
Muito Urgente	387	901	950	1028
Urgente	2116	6570	6379	9003
Pouco Urgente	11531	16520	19114	22930
Total	14046	24032	26472	32981

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas exclusivamente na faixa etária de zero a 12 anos completos.

Tabela 111 - Consultas Médicas realizadas na UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como “Normal”

Consultas Médicas UPA (Urgências e emergências)				
	2021	2022	2023	2024
Emergência	181	293	174	195
Muito Urgente	1687	2691	2991	3318
Urgente	13281	18791	20416	28029
Pouco Urgente	43597	43870	53021	64832
Total	58746	65645	76602	96374

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas a todas as faixas etárias.



Tabela 112 - Consultas Médicas realizadas no PAM e UPA no período de 2021 a 2024, excluídos atendimentos classificados como “Normal”

Consultas Médicas - Total (Urgências e emergências)

	2021	2022	2023	2024
Emergência	195	381	260	283
Muito Urgente	2054	3417	3835	4202
Urgente	15614	26030	28847	39779
Pouco Urgente	68553	85591	95708	113734
Total	86416	115419	128650	157998

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas a todas as faixas etárias.

Tabela 113 - Consultas Médicas realizadas no PAM e UPA no Período de 2021 a 2024, total.

Consultas Médicas - Total (Urgências e emergências)

	2021	2022	2023	2024
Consultas Clínicas	105178	131164	126716	157390
Consultas Pediátricas	17134	31695	30959	38506
Total	122.312 ¹⁰	162.859	157.675	195.896 ¹¹

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

NOTA: Consultas realizadas a todas as faixas etárias.

¹⁰O Estado de Emergência em Saúde pelo COVID-19 esteve vigente em 2021 e 2022 até o dia 22 de abril.

¹¹O Estado do Paraná decretou situação de Emergência em Saúde devido a dengue através do decreto 5183/2024.



As Tabelas 108 a 113 demonstram um crescimento contínuo e acentuado na demanda por atendimentos de urgência e emergência em Toledo entre 2021 e 2024. Observamos o elevado volume de classificações "Pouco Urgente" e "Urgente", que somam a maior parte dos atendimentos. Essa realidade aponta para uma procura indevida às portas de urgência, desviando recursos e tempo dos casos verdadeiramente graves, sobrecarregando o sistema e contribuindo para as longas esperas e frustrações dos usuários. Essa realidade se apresenta não somente em nosso município, mas sim no cenário nacional onde é comum a busca por atendimento nas UPA's para queixas sensíveis que poderiam ser resolvidas na APS. Como consequência, observa-se o aumento do tempo de espera, a superlotação dos serviços e a sobrecarga das equipes multiprofissionais, comprometendo a resolutividade do sistema como um todo.

Tabela 114 - Pacientes encaminhados do PAM e UPA à Internação Hospitalar, no período de 2021 a 2024.

Urgência e Emergência				
Ano	2021	2022	2023	2024
Encaminhamento Hospitalar	3089	2868	3560	4764

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG), (2024).

Tabela 115 - Coeficiente de Mortalidade de PAM e UPA no período de 2021 a 2024.

Urgência e Emergência				
Coeficiente de Mortalidade				
Ano	2021	2022	2023	2024
Atendimentos	122312	162859	157675	195896
Óbitos	259	175	122	155
Coef. cada 1000	2,12	1,07	0,77	0,79

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). (2024)



Apesar do aumento da demanda, a redução do coeficiente de mortalidade na RUE (Tabela 115) pode indicar uma melhora na capacidade de estabilização e manejo dos casos mais críticos dentro das unidades de urgência e emergência e uma efetividade nos encaminhamentos para hospitais de referência.

Tabela 116 - Procedimentos ambulatoriais realizados pela RUE de 2021 a 2024

Procedimentos Ambulatorial - RUE				
Ano	2021	2022	2023	2024
Procedimentos Ambulatoriais	381387	395156	422901	478538

FONTE:

Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). (2024)

Tabela 117 - Exames não laboratoriais da RUE realizados pela rede própria de 2021 a 2024 (radiografias e Eletrocardiogramas).

Exames não laboratoriais da rede própria - RUE				
Ano	2021	2022	2023	2024
SADT - exames não laboratoriais	26417	31434	34881	40695

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). (2024)

Tabela 118 - Exames não laboratoriais da RUE realizados por convênio CISCOPAR de 2021 a 2024 (Ultrassonografias e Tomografias Computadorizadas).

Exames não laboratoriais conveniados -RUE				
Ano	2021	2022	2023	2024
SADT - exames não lab. CISCOPAR	5519	5541	7398	7665

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). (2024).

As tabelas de procedimentos ambulatoriais e exames não laboratoriais indicam um aumento na complexidade e no volume de assistência prestada diretamente pelas unidades da RUE, acompanhando o aumento do número de atendimentos prestados ao longo dos anos.



O município de Toledo conta ainda com uma rede de referência hospitalar regional e estadual. Alguns serviços são agendados via Sistema CARE (20ª Regional de Saúde), Central de Leitos (Estado), Central de Especialidades (Secretaria de Saúde de Toledo) e CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná), que atende os 18 municípios da 20ª Regional.

Outro ponto de destaque no período é a proporção de pacientes admitidos à internação prolongada e que excedem o período máximo de 24 horas, indicado pelos documentos norteadores.

Abaixo há representação em tabela do número de pacientes e seus desfechos/encaminhamentos. Destaque à proporção absoluta de 30% de transferências que respeitam o período preconizado pelas diretrizes.

Tabela 119 - Desfecho pacientes PAM 2024.

Relatório de destino dos pacientes – PAM 24hs no ANO 2024							
Mês	Total <24h	Total > 24h	Altas	Transf.	Evasão	Óbitos	Total
Jan	201	322	296	203	19	5	523
Fev	216	456	397	244	20	11	672
Mar	122	489	365	210	24	12	611
Abr	139	441	357	191	21	11	580
Mai	119	324	275	152	8	8	443
Jun	124	222	205	128	8	5	346
Jul	128	254	257	104	13	8	382



Ago	128	251	238	124	12	5	379
Set	112	251	231	108	15	9	363
Out	107	277	256	109	16	3	384
Nov	103	226	205	107	15	2	329
Dez	117	241	234	108	15	1	358

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com base em controles internos do serviço; (2025).

Tabela 120 - Desfecho pacientes UPA 2024.

Relatório de destino dos pacientes – UPA 24 hs no ANO 2024

Mês	Total <24h	Total >24h	Altas	Transf.	Evasão	Óbitos	Total
Jan	38,43%	61,57%	56,60%	38,81%	3,63%	0,96%	100,00%
Fev	32,14%	67,86%	59,08%	36,31%	2,98%	1,64%	100,00%
Mar	19,97%	80,03%	59,74%	34,37%	3,93%	1,96%	100,00%
Abr	23,97%	76,03%	61,55%	32,93%	3,62%	1,90%	100,00%
Mai	26,86%	73,14%	62,08%	34,31%	1,81%	1,81%	100,00%
Jun	35,84%	64,16%	59,25%	36,99%	2,31%	1,45%	100,00%
Jul	33,51%	66,49%	67,28%	27,23%	3,40%	2,09%	100,00%
Ago	33,77%	66,23%	62,80%	32,72%	3,17%	1,32%	100,00%
Set	30,85%	69,15%	63,64%	29,75%	4,13%	2,48%	100,00%



Out	27,86%	72,14%	66,67%	28,39%	4,17%	0,78%	100,00%

Nov	31,31%	68,69%	62,31%	32,52%	4,56%	0,61%	100,00%

Dez	32,68%	67,32%	65,36%	30,17%	4,19%	0,28%	100,00%

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com base em controles internos do serviço; (2025).

Tabela 121 - Relatório destino dos pacientes - UPA 24 hs. ANO 2024.

Relatório destino dos pacientes – UPA 24 hs. ANO 2024															
ADULTOS								0 A 13 ANOS							
mês	total <24h	total >24h	altas	transf	evasão	óbito	total	mês	total <24h	total >24h	altas	transf.	evasão	óbito	total
Jan	475	166	354	242	43	2	641	Jan	206	113	259	53	7	0	319
Fev	551	192	447	252	40	4	743	Fev	115	140	191	59	5	0	255
Mar	534	187	456	210	43	12	721	Mar	215	118	275	55	3	0	333
Abr	451	160	346	203	52	10	611	Abr	188	146	247	78	9	0	334
Mai	249	156	171	200	24	10	405	Mai	183	126	236	73	0	0	309
Jun	191	146	156	157	13	11	337	Jun	179	78	194	62	1	0	257
Jul	244	134	154	194	24	6	378	Jul	116	60	129	45	1	1	178
Ago	356	154	328	149	31	2	510	Ago	139	86	187	36	1	1	225
Set	459	135	370	182	40	2	594	Set	164	92	222	33	1	0	256
Out	416	179	376	170	43	6	595	Out	144	93	177	59	1	0	237
Nov	433	155	354	190	39	5	588	Nov	113	80	155	35	2	1	193
Dez	474	136	376	190	41	3	610	Dez	126	50	122	50	4	0	176

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com base em controles internos do serviço; (2025).

Tabela 122 - Relatório destino dos pacientes - UPA 24 hs. ANO 2024.

Relatório destino dos pacientes – UPA 24 hs. ANO 2024

Mês	total <24h	total >24h	altas	transf.	evasão	óbito	total	total <24h	total >24h	altas	transf	evasão	óbito	total
Jan	74,10%	25,90%	55,23%	37,75%	6,71%	0,31%	100,00%	64,58%	35,42%	81,19%	16,61%	2,19%	0,00%	100,00%
Fev	74,16%	25,84%	60,16%	33,92%	5,38%	0,54%	100,00%	45,10%	54,90%	74,90%	23,14%	1,96%	0,00%	100,00%
Mar	74,06%	25,94%	63,25%	29,13%	5,96%	1,66%	100,00%	64,56%	35,44%	82,58%	16,52%	0,90%	0,00%	100,00%
Abr	73,81%	26,19%	56,63%	33,22%	8,51%	1,64%	100,00%	56,29%	43,71%	73,95%	23,35%	2,69%	0,00%	100,00%
Mai	61,48%	38,52%	42,22%	49,38%	5,93%	2,47%	100,00%	59,22%	40,78%	76,38%	23,62%	0,00%	0,00%	100,00%
Jun	56,68%	43,32%	46,29%	46,59%	3,86%	3,26%	100,00%	69,65%	30,35%	75,49%	24,12%	0,39%	0,00%	100,00%
Jul	64,55%	35,45%	40,74%	51,32%	6,35%	1,59%	100,00%	65,17%	33,71%	72,47%	25,28%	0,56%	0,56%	100,00%
Ago	69,80%	30,20%	64,31%	29,22%	6,08%	0,39%	100,00%	61,78%	38,22%	83,11%	16,00%	0,44%	0,44%	100,00%
Set	77,27%	22,73%	62,29%	30,64%	6,73%	0,34%	100,00%	64,06%	35,94%	86,72%	12,89%	0,39%	0,00%	100,00%
Out	69,92%	30,08%	63,19%	28,57%	7,23%	1,01%	100,00%	60,76%	39,24%	74,68%	24,89%	0,42%	0,00%	100,00%
Nov	73,64%	26,36%	60,20%	32,31%	6,63%	0,85%	100,00%	58,55%	41,45%	80,31%	18,13%	1,04%	0,52%	100,00%
Dez	77,70%	22,30%	61,64%	31,15%	6,72%	0,49%	100,00%	71,59%	28,41%	69,32%	28,41%	2,27%	0,00%	100,00%

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com base em controles internos do serviço; (2025).

17.6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E HOSPITALAR - PAM E UPA

O serviço de farmácia hospitalar nas unidades de Urgência e Emergência tem como principais atribuições a gestão da logística de medicamentos e materiais, a orientação farmacêutica sobre o uso correto dos medicamentos e o monitoramento da terapêutica medicamentosa. Tudo isso contribui para a segurança do paciente e a efetividade do tratamento.



A implantação de um sistema informatizado com leitura por código de barras traria ganhos importantes para a rastreabilidade, a segurança do paciente e o controle dos processos, além de otimizar o tempo.

17.7. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENDIMENTO DOMICILIAR - EMAD

Um serviço importante que faz parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) é a Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD). Essa equipe é formada por profissionais de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Assistência Social, Farmácia, além de Motoristas e Assistentes Administrativos.

A EMAD atende pacientes domiciliados em Toledo que são estratificados como AD2 e AD3. Seus serviços incluem, por exemplo, o acompanhamento de pacientes em cuidados de fim de vida, o processo de desospitalização, a administração de medicações parenterais em casa, a oxigenoterapia domiciliar e outros atendimentos relacionados.

Criada pela Portaria GM/MS nº 1938 de 2021, a equipe está em atuação no município desde setembro de 2021. Os pacientes que recebem esse serviço são encaminhados por profissionais de saúde de qualquer unidade pública que atenda os munícipes de Toledo, por meio de um formulário específico. Após a solicitação, a equipe avalia o paciente para determinar sua elegibilidade ao programa. Se o caso for elegível, o EMAD realiza atendimentos programados no domicílio, abrangendo suas diversas especialidades.



Tabela 123 - Consultas e Procedimentos realizados pela EMAD no período de 2021 a 2024.

Consultas e Procedimentos – EMAD				
	2021	2022	2023	2024
Consultas Multiprofissionais	1238	5286	7544	7932
Procedimentos	5592	26126	34280	32741

FONTE: Elaborado pela Rede de Urgência e Emergência - Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base nos dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, (2025).

17.8. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

A Central de Material e Esterilização (CME) de Toledo desempenha um papel crucial na prevenção de infecções e na segurança de pacientes e profissionais de saúde. Sua principal função é garantir que todos os materiais de saúde, estejam devidamente limpos, desinfetados ou esterilizados para reutilização.

A CME é responsável por todo o processamento de materiais de serviços municipais, cobrindo etapas desde a recepção até a distribuição, e inclui a confecção de chumaços e gazes, itens de alto volume para APS e odontologia. A atuação ocorre tanto de forma centralizada (todo o processo na CME) quanto descentralizada (parte do processo nas unidades de origem e complementado na CME).

Atualmente, a CME funciona 24hs, no PAM. Sua equipe é composta por 13 profissionais, incluindo uma enfermeira coordenadora, seis auxiliares de enfermagem e seis técnicas de enfermagem, que processam artigos críticos, semicríticos e não críticos.



Para aprimorar a eficiência e a qualidade, a CME planeja uma mudança para um novo local anexo à UPA. Essa nova estrutura física visa maior segurança, organização e agilidade.

A centralização de todas as unidades municipais permitirá uma gestão mais integrada, facilitando o controle de processos, padronização de procedimentos e regularização documental. A CME busca, assim, consolidar-se como uma unidade de referência em gestão de materiais e esterilização, focando na melhoria contínua e na segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

17.9. DESAFIOS E OPORTUNIDADES

A RUE, como parte integrante do SUS do município de Toledo, possui relação com as demais unidades do sistema. Por meio de integração do sistema de prontuário eletrônico, APS, Central de Especialidades e Serviços de Saúde Mental podem promover a Longitudinalidade do cuidado à Saúde. Há, no entanto, dificuldade na integração dos sistemas intra-hospitalares, bem como utilizados pelo CISCOPAR, por limitação técnica do sistema informatizado atualmente em operação.

Há possibilidade de encaminhamentos por profissionais de Medicina e, na ausência deste, profissionais da Enfermagem, de pacientes de qualquer nível da atenção para as Unidades da RUE. Os pacientes que obtêm alta de UPA ou PAM são referenciados às respectivas UBS para seguimento ambulatorial.

Nota-se com os dados apresentados que houve aumento significativo da quantidade de atendimentos prestados em todas as faixas etárias, o que



demonstra que o serviço deverá permanecer em constante evolução e reorganização.

A necessidade de aprimorar o controle de acesso e a segurança nas unidades de pronto atendimento tem se mostrado cada vez mais evidente, nesse contexto, considera-se essencial a designação de um profissional responsável por essa função.

Atualmente, a RUE organiza seus atendimentos exclusivamente de forma presencial, no entanto, diante das constantes transformações na prática médica e da crescente incorporação de novas tecnologias na área da saúde, torna-se essencial refletir sobre os impactos dessas inovações na assistência prestada.

Nesse sentido, a gestão atual da RUE tem como um de seus objetivos estratégicos analisar os potenciais benefícios e repercussões da adoção de novas tecnologias no atendimento, incluindo a possível incorporação da Telemedicina, a ampliação do uso de sistemas informatizados em setores que ainda não os utilizam, e a exploração de ferramentas baseadas em Inteligência Artificial e que contribuam para a qualificação do cuidado e a eficiência dos serviços.

Além disso, é importante ressaltar as dificuldades de utilizar prontuários eletrônicos e físicos simultaneamente em um mesmo serviço de saúde. A duplicação de registros é um dos maiores problemas. Médicos e enfermeiros gastam um tempo precioso inserindo dados nos dois sistemas, o que reduz a eficiência e pode gerar atrasos no atendimento.

A busca recorrente por atendimento em prontos-socorros para demandas que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) tem gerado impactos significativos na RUE. Estima-se que cerca de 60% dos casos atendidos na urgência e emergência poderiam ser resolvidos na atenção básica, representando aqui os casos classificados como pouco



urgentes no ano de 2024, o que resulta em sobrecarga dos serviços, aumento de filas, comprometimento da qualidade do cuidado e uso ineficiente dos recursos.

Medidas como a ampliação do uso de tecnologias, qualificação das equipes e melhorias estruturais são essenciais para evitar internações desnecessárias e garantir um atendimento mais eficiente e humanizado.



18. CONTROLE SOCIAL

18.1. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A participação social configura-se como um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. Nessa perspectiva, o CMS representa uma instância permanente, colegiada e deliberativa do controle social, com atribuições cruciais na formulação, acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde no âmbito municipal.

O CMS integra a estrutura organizacional do sistema de saúde local e exerce papel estratégico na articulação entre gestão pública e sociedade civil, promovendo a participação efetiva da população nas decisões relativas à saúde. Conforme determina a legislação vigente, o Conselho é composto por representantes dos usuários do SUS (que devem ter maioria absoluta), dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e do governo.

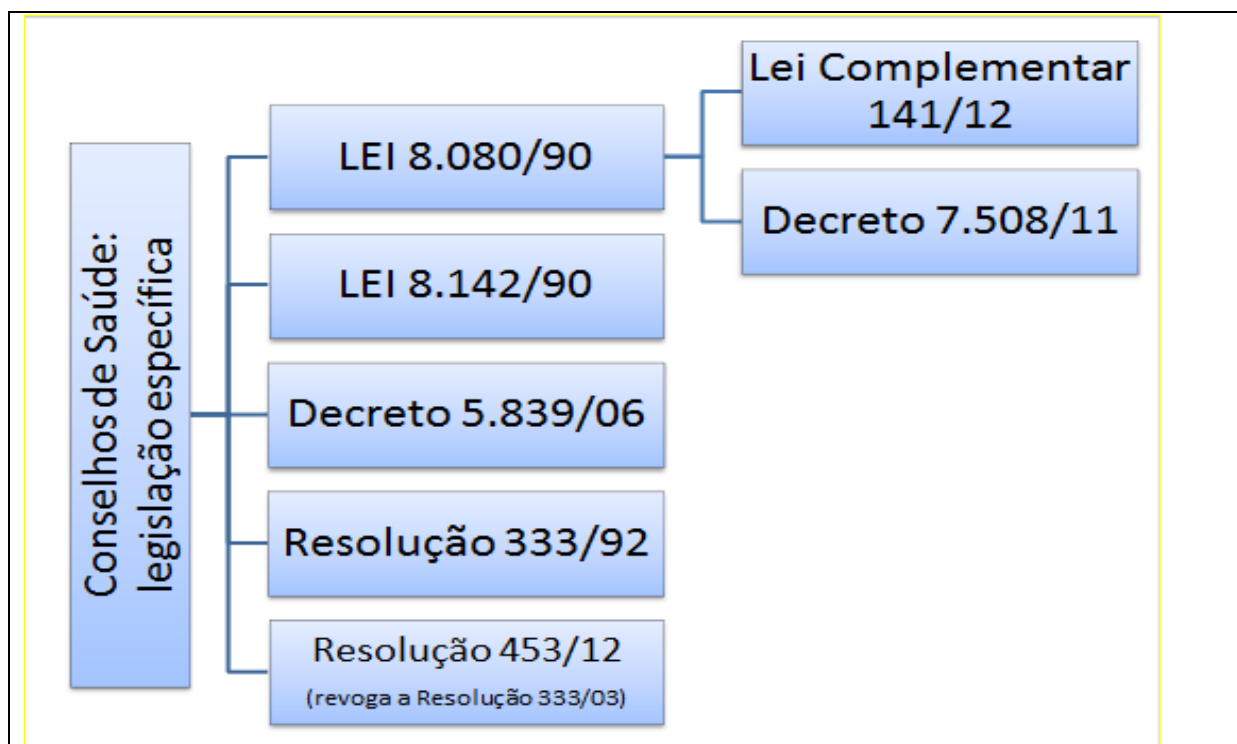
Sua atuação visa garantir a gestão participativa do SUS e apoiar o Poder Executivo na elaboração, acompanhamento e fiscalização das ações e dos serviços de saúde. Entre suas atribuições destacam-se a deliberação sobre o PMS, a PAS, os Relatórios de Gestão, além da fiscalização da aplicação dos recursos financeiros e avaliação da qualidade dos serviços prestados à população.

Diante do exposto, os Conselhos Municipais de Saúde consolidam-se como espaços democráticos essenciais ao fortalecimento do SUS, promovendo o controle social efetivo, a transparência na gestão pública e a

construção de um sistema de saúde mais equitativo, resolutivo e alinhado às necessidades reais da comunidade.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 453 (2012), “os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde”.

Figura 26 - Base Legal sobre o funcionamento dos Conselhos.



FONTE: Conselho Nacional de Saúde. (2016).

A gestão participativa é um dos eixos do Sistema Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, e fundamenta-se na valorização de mecanismos da participação popular e do controle social nos processos de gestão do sistema público de saúde. Dentre os mecanismos, destacam-se os conselhos de saúde e as conferências, que são reconhecidos como instrumentos para a consolidação do SUS como política pública inclusiva e expressão da conquista social.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação e qualificação dos espaços públicos e coletivos de diálogo, promovendo a escuta ativa e



respeitosa das necessidades, percepções e expectativas da população, bem como dos profissionais de saúde e gestores.

Ações de uma gestão estratégica envolvem o apoio e fortalecimento do controle social, a promoção da educação popular em saúde, a mobilização social, a valorização da equidade, além do monitoramento, avaliação, ouvidoria, auditoria e da ética na gestão pública da saúde.

Nesse contexto, o componente Gestão Participativa e Controle Social ganha destaque como um eixo estruturante, com ações estratégicas como a implementação do ParticipaSUS — um sistema nacional de cadastro, monitoramento e avaliação dos conselhos de saúde. O ParticipaSUS busca mapear o perfil e os indicadores de funcionamento desses conselhos em todos os municípios brasileiros, visando fragilidades, boas práticas e subsidiar políticas públicas que fortaleçam o controle social ao SUS.

Ainda como ferramenta, possuímos o sistema DigiSUS, do qual representa um avanço estratégico no processo de gestão, transparência e participação social no âmbito do SUS. Trata-se de uma plataforma integrada de informação que visa qualificar a tomada de decisão, ampliar a transparência pública e fortalecer os mecanismos de controle social, oferecendo dados estruturados, confiáveis e atualizados sobre o desempenho da gestão em saúde nos três níveis de governo.

Uma das maiores contribuições do DigiSUS está no acesso ampliado à informação, um direito assegurado pela Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação). Ao disponibilizar relatórios, indicadores, investimentos, produção ambulatorial e hospitalar, ações programadas e realizadas, o sistema possibilita que conselheiros de saúde, gestores, trabalhadores e cidadãos compreendam o funcionamento e a execução das políticas públicas de saúde.



No que se refere ao controle social, o DigiSUS funciona como uma ferramenta indispensável para subsidiar a atuação dos Conselhos de Saúde, permitindo que suas deliberações sejam baseadas em evidências concretas e atualizadas. Isso qualifica o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação das ações e serviços de saúde, promovendo maior transparência na gestão pública e incentivando a participação cidadã ativa e informada.

Adicionalmente, o sistema favorece a integração entre planejamento, orçamento e execução, o que facilita o acompanhamento das metas pactuadas e o monitoramento de resultados. Esse alinhamento entre planejamento e execução é essencial para que o SUS atue com efetividade, equidade e eficiência, respeitando as prioridades locais e os princípios da universalidade e integralidade do cuidado.

As reuniões do CMS são realizadas de forma ordinária mensalmente e, sempre que necessário, de forma extraordinária, conforme previsto em seu Regimento Interno. Essas reuniões são públicas e abertas à participação de cidadãos e representantes de instituições interessadas. Nelas são debatidas pautas relevantes como o planejamento e execução das ações em saúde, prestação de contas da gestão, definição de prioridades, aprovação de programas e projetos, análise de indicadores e acompanhamento da execução orçamentária.

Entre os principais objetivos do CMS, destacam-se:

- Propor diretrizes para a formulação da política municipal de saúde;
- Avaliar a execução das ações e dos serviços de saúde;
- Deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão;
- Fiscalizar a aplicação dos recursos públicos destinados à saúde;



- Fortalecer a articulação entre a gestão e a comunidade, promovendo a escuta qualificada das demandas sociais.

A atuação efetiva do CMS contribui significativamente para o fortalecimento da transparência, da equidade e da qualidade dos serviços prestados à população, garantindo que as políticas públicas de saúde sejam construídas de forma participativa, em consonância com as necessidades reais do território.

Em Toledo, o CMS foi instituído pela lei nº 1.642, de 06 de maio de 1991, em caráter permanente, sendo um órgão consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde. Em 1993, ocorreu a primeira reestruturação através das leis nº 1.736/1993 e modificada pela lei nº 1.757/1993 sendo estas consolidadas pela Lei 2.094/2012 e, por fim, alterada pela lei nº 2.279, de 26 de fevereiro de 2019.

Obedecendo o estabelecido pela Lei Federal nº 8.142/1990, o Conselho deve ter composição paritária entre os seus representantes, sendo: 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviços conveniados ao SUS e 12,5% de gestores da saúde. Sua composição plural fortalece o princípio da gestão participativa, proporcionando um espaço democrático de escuta, diálogo e deliberação.

Em 2022, foi realizada a XVI Conferência Municipal de Saúde de Toledo, com o tema: *“Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia”*. O evento constituiu um importante espaço de participação social e deliberação coletiva.

Ao todo, foram discutidas 49 propostas de âmbito municipal e 11 propostas estaduais, apreciadas por um total de 133 delegados, sendo 65 representantes dos usuários, 25 dos trabalhadores da saúde e 43 do segmento governamental e prestadores de serviços. Das 49 propostas, 19 foram aprovadas em primeira leitura sem destaques. As outras 30 propostas



seguiram para segunda leitura, das quais 8 foram suprimidas durante o processo de discussão e consenso, resultando na aprovação de 22.

Dessa forma, 41 propostas municipais foram aprovadas ao final da conferência, das quais 2 foram selecionadas para encaminhamento à Conferência Estadual de Saúde. As demais 39 propostas serão incorporadas ao PMS, orientando as ações e metas nos próximos 4 anos.

Esse processo reforça o compromisso do município de Toledo com a gestão participativa, a democracia sanitária e a construção coletiva de políticas públicas de saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

Tabela 124 - Produção do Conselho de Saúde em 2021 a 2024, Toledo – PR.

DEMANDAS	2021	2022	2023	2024
Reuniões Ordinárias	12	12	11	11
Reuniões Extraordinárias	07	07	08	06
Resoluções	37	36	32	34
Decretos	-	-	-	-
Ofícios enviados	172	154	120	118
Ofícios recebidos	179	181	161	124
Pré-Conferências	-	10	-	-
Conferências	-	01	-	-

FONTE: Relatório do Conselho Municipal de Saúde (CMS), (2025).

O CMS atua em estrutura adequada ao desempenho de suas atribuições. Sua secretaria executiva é composta por uma servidora pública municipal, cedida pela Secretaria Municipal de Saúde, responsável por prestar suporte técnico e administrativo às atividades do colegiado.

As reuniões ordinárias do CMS são mensalmente com papel na discussão e deliberação de políticas de saúde no município, incluindo a avaliação dos gastos públicos, a fiscalização da execução orçamentária e a análise da qualidade dos serviços ofertados à população, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990 e demais normativas do SUS.



Os conselheiros participam de comissões permanentes e temporárias, tanto no âmbito interno do próprio Conselho quanto em articulação com outros órgãos da administração pública. Atualmente, conforme relatório da Secretaria Executiva, o CMS integra 7 comissões próprias e outras 12 comissões intersetoriais.

No que se refere à transparência e ao controle social, o CMS acompanha quadrimestralmente as ações e resultados da SMS, por meio das audiências públicas de prestação de contas, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012. Os relatórios são apresentados em reuniões extraordinárias do Conselho e, em seguida, submetidos à apreciação da Câmara Municipal de Vereadores, em sessões públicas e abertas à comunidade.

Em síntese essa dinâmica evidencia o compromisso do município de Toledo com a gestão democrática e participativa da saúde, consolidando o CMS como um espaço de deliberação, fiscalização e promoção da cidadania no SUS, contribuindo para o fortalecimento da transparência, da equidade e da qualidade dos serviços prestados à população, garantindo que as políticas públicas de saúde sejam construídas de forma participativa, em consonância com as necessidades reais do território.

18.2. OUVIDORIA SUS

A Ouvidoria do SUS é um instrumento estratégico de gestão participativa e cidadania, cuja missão central é assegurar o direito dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e de terem suas manifestações — sejam elas individuais ou coletivas — acolhidas, tratadas e respondidas de maneira ética, transparente e resolutiva no âmbito do SUS.



Configura-se como uma ferramenta qualificada de aprimoramento da gestão pública, contribuindo para o monitoramento da qualidade dos serviços e ações de saúde, além de subsidiar a tomada de decisão baseada nas reais necessidades da população.

Por meio dela, os usuários podem registrar denúncias, reclamações, solicitações, sugestões e elogios, fortalecendo o controle social e ampliando a participação popular na construção de políticas públicas mais eficazes, equitativas e resolutivas. Seu objetivo é ampliar e garantir o acesso dos cidadãos à escuta ativa do SUS, promovendo um diálogo permanente entre a sociedade e os gestores do sistema.

No município de Toledo (PR), a Ouvidoria Municipal do SUS está vinculada à Ouvidoria Geral do SUS no Paraná, atuando de forma articulada e alinhada às diretrizes nacionais e estaduais de ouvidoria. Sua criação foi formalizada pelo Decreto Municipal nº 884, de 26 de abril de 2016, estabelecendo um canal institucionalizado de escuta e resposta à população usuária do sistema de saúde local.

A SMS adota o Sistema Integrado de Gestão de Ouvidorias (SIGO) como plataforma oficial do estado do Paraná, para o processamento e gerenciamento das manifestações recebidas pela Ouvidoria do SUS. Esse sistema tem como finalidade central registrar, acompanhar e organizar todas as demandas oriundas da população, assegurando a rastreabilidade e a transparência no tratamento das manifestações.

As manifestações podem ser encaminhadas por diversos canais de acesso: presencialmente, por meio da internet, telefone, correio ou caixas coletoras instaladas em unidades de saúde. Após o registro, cada manifestação recebe um número de protocolo, o qual é disponibilizado ao cidadão para acompanhamento do seu trâmite até a conclusão.

O SIGO permite a inclusão, triagem, distribuição e resposta das manifestações de forma informatizada, possibilitando o envio direto das demandas aos setores competentes, com controle de prazos, acompanhamento das providências adotadas e retorno estruturado ao solicitante. Esse processo contribui para o fortalecimento da escuta qualificada, para o monitoramento contínuo dos serviços prestados e para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Além disso, a utilização do sistema favorece a integração entre a Ouvidoria e os demais setores da administração pública municipal, permitindo uma gestão mais estratégica, transparente e centrada no cidadão. O SIGO também oferece ferramentas gerenciais que subsidiam a formulação de políticas públicas, por meio da análise de indicadores extraídos das manifestações, consolidando-se como um instrumento essencial para o aprimoramento da governança em saúde.

18.2.1. Utilização do SIGO

Para a adequada utilização do SIGO, é imprescindível a instituição formal da Ouvidoria Geral no âmbito do órgão ou departamento responsável, com a definição clara de sua estrutura organizacional e funcional.

A estrutura mínima necessária deve contemplar:

- **Infraestrutura física e tecnológica adequada**, incluindo estações de trabalho com computadores, mesas e acesso à internet;
- **Designação formal de responsáveis**, com a definição dos papéis de Ouvidor Geral do órgão, Ouvidor da Secretaria e Agentes de Informação;

- **Delimitação precisa das atribuições** de cada perfil funcional, conforme orientações da Controladoria-Geral do Estado e normativas vigentes.

Adicionalmente, para assegurar a conformidade com a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação – LAI), é necessário verificar se todos os requisitos legais e obrigações relacionados à transparência ativa e passiva estão devidamente implementados e validados na estrutura da Ouvidoria.

A consolidação dessas estruturas e processos é fundamental para o fortalecimento da cultura da transparência, do controle social e da escuta qualificada, pilares essenciais da gestão pública democrática e orientada ao cidadão.

18.2.2. Estrutura Necessária

A adesão ao SIGO pressupõe a implantação formal de Ouvidorias no âmbito dos órgãos e departamentos da Administração Pública, sendo a definição do número de ouvidorias e a alocação de recursos humanos uma atribuição discricionária de cada ente, respeitando sua capacidade organizacional e orçamentária.

A operação eficiente do SIGO requer a designação de perfis funcionais específicos, com atribuições claramente definidas:

- **Operador** – Atua nos atendimentos (Completo, Pronto Atendimento e Acesso da Informação), podendo: abrir, atribuir, executar e encerrar o atendimento, responsável pelas providências a serem executadas, controla o andamento da reivindicação até a sua conclusão dentro do departamento a qual foi repassada. Tem acesso a listagem dos

atendimentos e pode executar os filtros nos atendimentos do órgão vinculado.

- Coordenador de Relatórios – Os mesmos acessos do operador mais acesso aos relatórios disponíveis no sistema para gerenciamento dos atendimentos realizados.
- Gerente – Os mesmos acessos dos coordenadores, mais acesso para administração para os seguintes cadastros: Usuários e Órgãos. Também possui o acesso ao item *DashBoard* (Painel de Controle), o qual fornece uma visão geral do seu órgão e executa tarefas de gerenciamento das reivindicações cadastradas no âmbito do Órgão como um todo, realizar a análise inicial e atribuir para os setores responsáveis para as devidas providências.

18.2.3. Lei de Acesso à Informação - LAI

A Lei 12.527/2011 regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Essa norma entrou em vigor em 16 de maio de 2012 e criou mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades. A lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público. Entidades privadas sem fins lucrativos são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos por elas recebidos.

A LAI prevê como exceções à regra de acesso os dados pessoais, as informações classificadas por autoridades como sigilosas e as informações sigilosas com base em outras leis. Conforme o risco que sua divulgação pode



proporcionar à sociedade ou ao Estado, a informação pública pode ser classificada como:

- Ultrassegredo: prazo de segredo de 25 anos (renovável uma única vez);
- Secreto: prazo de segredo de 15 anos;
- Reservada: prazo de segredo de 5 anos para a classificação, deve-se considerar o interesse público, a gravidade do dano à segurança da sociedade e do Estado e o prazo máximo de restrição, utilizar o critério menos restritivo possível.

O cidadão pode entrar em contato com a Ouvidoria SUS por meio do telefone, por mensagem de WhatsApp ou presencialmente. Além dos canais diretos citados acima, o cidadão pode utilizar o telefone 156 da Ouvidoria Geral do Município ou o E-Ouve no portal do Município para registrar sua demanda, que será igualmente encaminhada a esta Ouvidoria SUS.

Os atendimentos presenciais ocorrem de segunda a sexta em horário comercial, exceto feriados. Além desses períodos, o acesso à Ouvidoria pode ser realizado via internet, por meio do WhatsApp, compreendendo que tão breve seja possível sua manifestação será registrada, visto que é um serviço que não se categoriza em sistema de 24h.

A Lei Municipal nº 2.187, de 29 de dezembro de 2011, dispõe sobre o acesso a informações dos Poderes Executivo e Legislativo no Município de Toledo e a Lei Federal nº 13.460/2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, são atreladas ao trabalho da Ouvidoria Municipal. Além disso, a Prefeitura de Toledo também se respalda pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A LGPD, Lei nº 13.709/2018, trata do tratamento



de dados pessoais, garantindo os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, são acolhidos na Ouvidoria Geral do Município e nas Ouvidorias Públicas Municipais os seguintes tipos de demandas, desde que relacionados à competência do executivo municipal:

I – Acesso à informação: meio em que o cidadão apresenta solicitação de acesso a informações públicas, conforme o que preconiza a Lei Federal Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011;

II – Solicitações de informações que não se enquadram na LAI: meio em que o cidadão apresenta solicitação de acesso a diversas informações públicas, que não estão contempladas na Lei Federal Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011;

III – Reclamação/crítica: queixa, protesto ou manifestação de desagrado ou insatisfação, acerca de um procedimento, de uma solicitação administrativa ou de um serviço prestado à população, já encaminhada, porém não solucionada pelos canais próprios de atendimento;

IV – Sugestão: ideia ou proposta para corrigir ou melhorar um procedimento, prestação de serviço ou o funcionamento de um setor da Saúde;

V – Elogio: manifestação de apreciação, reconhecimento, satisfação acerca de um procedimento, atendimento recebido, serviço prestado ou do funcionamento de um setor.

VI – Denúncia: comunicação de prática de suposto ato ilícito cuja apuração dependa da intervenção de órgão de controle interno e de correição, bem como de atos que contrariem o Código de Posturas do Município.

Referente às denúncias, é obrigatório o preenchimento de dados pessoais válidos para formalização de processo de denúncia, conforme



prevê o Art. 5º, IV, Constituição Federal, e é garantido o sigilo dos dados cadastrais do denunciante contidos no formulário, com abertura de processo somente com a narrativa dos fatos, sem expor a identificação do manifestante, com envio ao órgão responsável pela respectiva resposta. Informações falsas fornecidas pelo denunciante no formulário configuram crime de falsidade ideológica, previsto no Art. nº 299 do Código Penal.

Entre o 1º quadrimestre de 2021 e o 4º quadrimestre de 2024 a Ouvidoria da Saúde recebeu 8639 manifestações, sendo: 1078 denúncias, 280 elogios, 5468 solicitações de informação (que não se enquadram na LEI Nº 12.527/11), 1753 reclamações ou críticas e 60 sugestões a algum setor da Saúde.

Tabela 125 - Número de Atendimentos da Ouvidoria do Municipal do SUS.

ANO	2021	2022	2023	2024
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	1381	2315	2420	2523

FONTE: Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias (SIGO), (2025).

Entre os anos de 2021 e 2022, observou-se um crescimento expressivo de aproximadamente 67,66% no número de manifestações registradas por meio da Ouvidoria. Esse aumento acentuado pode estar relacionado à ampliação do acesso ao canal, ao aprimoramento dos mecanismos de divulgação e à maior conscientização da população sobre a importância de exercer seu direito de participação por meio do registro de sugestões, reclamações, denúncias, elogios e solicitações.

Nos períodos subsequentes, o ritmo de crescimento foi mais moderado: de 2022 para 2023, o aumento foi de cerca de 4,54%, e de 2023 para 2024, aproximadamente 4,25%. Esses percentuais indicam uma tendência de estabilização na utilização do canal, fenômeno comum em ciclos de amadurecimento de sistemas participativos, nos quais o



crescimento inicial tende a ser mais acentuado, seguido de uma fase de consolidação.

Em resumo, podemos perceber que o crescimento mais acentuado aconteceu em 2022, e depois houve uma estabilização, de forma geral. Os dados apontam para uma evolução positiva e sustentável do uso da Ouvidoria. Esse comportamento sinaliza que o canal tem se consolidado como instrumento legítimo de participação e controle social, refletindo o amadurecimento da cultura de escuta ativa e do diálogo entre gestão e população.

Tabela 126 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por forma de contato).

Formas de contato	2021	2022	2023	2024
WhatsApp	637	1292	1413	1663
Telefone	413	353	352	283
Pessoalmente	215	329	292	237
E-mail	70	326	346	315
Carta/Fax	38	03	02	08
Internet (Portal)	08	12	15	16

FONTE: Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias (SIGO), (2025).

Entre os anos de 2021 e 2022, observou-se um crescimento expressivo de 102,8% no número de manifestações registradas por meio do canal WhatsApp da Ouvidoria. Esse aumento significativo revela uma mudança de comportamento da população, que passou a utilizar com maior frequência plataformas digitais mais acessíveis, ágeis e alinhadas ao cotidiano das pessoas. A preferência pelo WhatsApp pode ser atribuída à sua facilidade de uso, à ampla popularização do aplicativo e à possibilidade de comunicação em tempo real.



Além disso, houve também um crescimento nas manifestações realizadas via e-mail institucional (e-Ouve), o que reforça a tendência de digitalização da escuta pública, com os cidadãos buscando cada vez mais canais eletrônicos em detrimento dos meios tradicionais.

Em contrapartida, verificou-se uma redução progressiva nas manifestações registradas por outras formas de contato, como atendimentos presenciais, formulários físicos e telefone. Tal comportamento evidencia uma migração natural da população para meios digitais, refletindo não apenas maior familiaridade tecnológica.

Nos anos seguintes, o crescimento das manifestações via WhatsApp apresentou um ritmo mais moderado: 8,6% entre 2022 e 2023, e 17,6% entre 2023 e 2024. Esses dados indicam que, após o salto inicial, o canal entrou em uma fase de estabilização, característica comum em processos de adoção tecnológica, nos quais a fase inicial é marcada por expansão acelerada, seguida de um período de consolidação.

Ainda assim, o crescimento sustentado, mesmo que em menor proporção, demonstra que o WhatsApp segue em ascensão como canal preferencial, consolidando-se como uma ferramenta estratégica para o fortalecimento do diálogo entre população e gestão pública.

Em síntese, os dados apontam para uma transformação no perfil de acesso da população à Ouvidoria, com ênfase nos meios digitais como principais ferramentas de participação cidadã. Essa tendência reforça a importância de manter e aprimorar a infraestrutura digital e a qualificação das equipes responsáveis, garantindo atendimento eficiente, inclusivo e responsivo às necessidades da comunidade.



Tabela 127 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por setor).

Setor	2021	2022	2023	2024
Vigilância em Saúde	497	381	369	571
Atenção Primária à Saúde	317	468	443	531
Rede Especializada	179	463	495	634
Externos	143	337	532	251
Gestão em Saúde	124	122	79	65
Urgência e Emergência	82	191	150	184
Assistência Farmacêutica	13	266	249	218
Saúde Mental	13	37	47	51
Administrativo/Financeiro	13	40	32	07

FONTE: Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias (SIGO), (2025).

Após uma queda de cerca de 23% de 2021 para 2022, os números de manifestações ao Setor de Vigilância em Saúde se estabilizaram com uma pequena redução de aproximadamente 3% de 2022 para 2023. Em 2024, houve um grande aumento de cerca de 54,7%, chegando a um pico. Cabe aqui ressaltar as epidemias e números muito elevados de casos de dengue, com várias manifestações frente a residências e lotes com potenciais de risco e focos de dengue.

Em relação às manifestações direcionadas a APS, observa-se crescimento entre 2021 e 2022, o número de registros aumentou 47,6%, refletindo uma maior utilização dos serviços da atenção básica e, conseqüentemente, uma maior demanda por respostas por parte da

gestão. Em 2023, houve uma leve retração de 5,3%, possivelmente associada a ajustes nos fluxos de atendimento ou sazonalidades específicas. No entanto, em 2024, os registros voltaram a crescer, com um aumento de 19,8% em relação ao ano anterior. Essa oscilação confirma um cenário de expansão da cobertura e do acesso, influenciado também pela migração crescente de usuários para a rede pública, o que amplia as manifestações por resolatividade.

Na Rede Especializada, o comportamento dos dados revela um crescimento expressivo e contínuo. O salto mais significativo ocorreu entre 2021 e 2022, com um aumento de 158,8% nas manifestações registradas, o que pode estar relacionado à retomada dos atendimentos eletivos no pós-pandemia e à sobrecarga dos serviços especializados. Entre 2022 e 2023, o crescimento foi mais moderado, de 6,9%, indicando uma fase de consolidação. Já entre 2023 e 2024, observou-se nova aceleração, com 28,1% de aumento, demonstrando que a demanda por atenção especializada segue em ascensão e que o sistema ainda precisa absorver parte da demanda reprimida dos últimos anos. Essa tendência evidencia a necessidade de revisão da oferta, qualificação dos fluxos de regulação e ampliação da rede de referência.

As solicitações externas também apresentaram variações importantes. Entre 2021 e 2022, houve um crescimento significativo de 135,6%, seguido de um novo aumento de 57,8% entre 2022 e 2023. No entanto, em 2024, houve uma queda acentuada de 52,9%. Esse padrão sugere um pico de crescimento nos primeiros anos, possivelmente impulsionado por maior divulgação dos canais de participação e ampliação da escuta ativa por parte das instituições. A queda em 2024 pode indicar uma saturação temporária, ajustes na triagem das demandas ou mesmo resolatividade mais efetiva nas instâncias locais, o que reduziu a necessidade de encaminhamentos externos.



No Departamento de Gestão de 2021 para 2022 o número de manifestações teve uma redução de aproximadamente 38,3%. De 2022 para 2023 houve uma diminuição de cerca de 36,3%. De 2023 para 2024 houve uma redução de aproximadamente 17,7%, em resumo ao longo desses anos, houve uma queda contínua nos números com reduções de cerca de 38,3%, 36,3% e 17,7% respectivamente. Isso indica uma tendência de diminuição nesse setor ao longo do tempo.

Entre 2021 e 2022, o setor de Urgência e Emergência registrou um crescimento expressivo de aproximadamente 133% no número de manifestações, possivelmente impulsionado pela maior demanda assistencial no contexto pandêmico e pós-pandêmico, com a retomada dos atendimentos e reorganização dos fluxos assistenciais. No ano seguinte (2022 a 2023), houve uma queda de 21%, o que pode refletir uma normalização da demanda após o pico anterior ou maior resolutividade na porta de entrada. Por fim, entre 2023 e 2024, verificou-se novo aumento de cerca de 23%, indicando uma retomada no volume de manifestações, possivelmente associada ao crescimento da procura por serviços de urgência ou à percepção de fragilidades assistenciais.

O Departamento da Assistência Farmacêutica apresentou um crescimento extraordinário entre 2021 e 2022, com aumento de aproximadamente 1.946% nas manifestações, o que pode estar relacionado à implantação de novos fluxos, reorganização da rede de distribuição de medicamentos e maior exposição pública do serviço. Nos anos seguintes, os registros passaram por uma redução gradual, com queda de 6,4% em 2023 e 12,4% em 2024, sugerindo uma fase de acomodação após o forte pico inicial. Esses dados indicam que, apesar da redução, o setor segue com alta demanda por informações, esclarecimentos e ajustes operacionais, o que reforça a importância de fortalecer a comunicação com os usuários, revisar protocolos e qualificar continuamente o atendimento.



O Departamento de Saúde Mental apresentou crescimento expressivo de 185% entre 2021 e 2022, seguido de aumentos mais moderados de 27% em 2023 e 8,5% em 2024. Esse padrão demonstra uma tendência consistente de crescimento, evidenciando aumento da demanda da população por serviços de saúde mental, possivelmente intensificado pelas consequências psicossociais da pandemia e pela ampliação da oferta de serviços no município. O crescimento contínuo, ainda que com menor intensidade nos últimos anos, destaca a importância estratégica de consolidar a rede de atenção psicossocial, com ampliação da oferta, fortalecimento das equipes e integração dos serviços com a atenção primária.

No Departamento Administrativo/Financeiro de 2021 para 2022 o aumento foi de aproximadamente 208%, isto se reflete o período de pandemia e pós-pandemia. De 2022 para 2023 houve uma redução de cerca de 20%. De 2023 para 2024 verificou-se uma diminuição de aproximadamente 78%. Em resumo houve um grande aumento de 2021 para 2022, seguido de uma redução em 2023 e uma queda bastante acentuada em 2024. Isso pode indicar uma mudança significativa na atividade ou na necessidade de recursos nessa área ao longo dos anos.

Em síntese, os dados demonstram que o número de manifestações — especialmente nos setores de APS, Rede de Urgência e Emergência e Rede Especializada — reflete não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também uma maior conscientização da população quanto ao uso dos canais de escuta e ao exercício de seus direitos. Esse cenário reforça a importância de continuar investindo na estruturação das ouvidorias, qualificação das equipes e análise estratégica das manifestações como instrumentos fundamentais para o aprimoramento da gestão e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.



Tabela 128 - Comparativo de Números de Atendimentos da Ouvidorias de 2021/2024 (por tipo de manifestação).

Tipo Manifestação	de 2021	2022	2023	2024
Solicitação	699	1606	1703	1454
Denúncia	354	129	168	426
Reclamação	284	513	430	522
Elogio	23	54	107	96
Sugestão	21	13	12	14

FONTE: Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias (SIGO), (2025).

Entre 2021 e 2022, o número de solicitações aumentou bastante, passando de 699 para 1.606, o que representa um crescimento de aproximadamente 129%. De 2022 para 2023, houve um pequeno aumento, chegando a 1.703 solicitações, um crescimento de cerca de 6%. Porém, de 2023 para 2024, o número caiu para 1.454, uma redução de aproximadamente 14,6%. Esse movimento indica que, após um grande crescimento em 2022, o número de solicitações começou a se estabilizar e até a diminuir um pouco em 2024. Pode ser que o sistema tenha atingido um ponto de equilíbrio, ou que as pessoas estejam usando outros canais também. No geral, esses números mostram uma fase de crescimento forte inicialmente, seguida por uma estabilização e uma leve redução. Isso é bastante comum em processos de adoção de novos canais, onde o uso cresce rapidamente no começo e depois se ajusta ao que é mais sustentável a longo prazo.

Em 2021, foram registradas 354 denúncias. No ano seguinte, 2022, esse número apresentou uma queda expressiva, totalizando 129 registros — uma redução de aproximadamente 63,6%. Essa diminuição pode estar relacionada a diversos fatores, como mudanças na forma de registro, menor divulgação dos canais de denúncia ou até mesmo à percepção de resolutividade do sistema. Em 2023, observou-se uma retomada, com um aumento de 30,2% em relação ao ano anterior, atingindo 168 denúncias. Esse

crescimento pode indicar uma maior disposição da população em formalizar suas manifestações, reforçando a importância da Ouvidoria como canal de escuta ativa e de garantia de direitos. Já em 2024, o número de denúncias subiu de forma significativa, chegando a 426 registros — um aumento de aproximadamente 153,6% em comparação a 2023. Essa elevação pode ser reflexo de maior divulgação dos canais de Ouvidoria, intensificação de campanhas institucionais, aumento da confiança da população na resposta às demandas ou, ainda, crescimento na percepção ou ocorrência de situações irregulares.

De maneira geral, o panorama revela uma tendência de queda após um pico inicial, seguida por uma curva de recuperação e forte crescimento em 2024. Esse comportamento aponta tanto para o amadurecimento do uso da Ouvidoria quanto para o fortalecimento do controle social e do exercício da cidadania por meio dos canais institucionais disponíveis.

Entre 2021 e 2022, o número de reclamações aumentou bastante, passando de 284 para 513, o que representa um crescimento de aproximadamente 80,6%. De 2022 para 2023, houve uma redução, chegando a 430 reclamações, uma diminuição de cerca de 16,2%. Porém, de 2023 para 2024, o número voltou a subir, atingindo 522 reclamações, um aumento de aproximadamente 21,4%.

Esse movimento indica que, após um grande crescimento em 2022, as reclamações diminuíram um pouco em 2023, mas voltaram a subir em 2024, chegando ao maior número nesse período. Pode ser que fatores sazonais ou mudanças no serviço tenham influenciado esses números, ou que a percepção das pessoas sobre o que reclamar tenha se alterado ao longo do tempo.

Entre os anos de 2021 e 2022, observou-se um aumento no número de elogios registrados na Ouvidoria, passando de 23 para 54 manifestações positivas — o que representa um crescimento de aproximadamente 135%.

Esse avanço pode estar associado à implementação de melhorias nos serviços, à ampliação do acesso ou ainda ao fortalecimento dos canais de escuta ativa com os usuários. De 2022 para 2023, esse movimento de crescimento se intensificou, atingindo 107 elogios, um incremento de 97,2% em relação ao ano anterior. Essa tendência reforça a hipótese de que houve avanços qualitativos na percepção dos usuários sobre os serviços prestados. Entretanto, entre 2023 e 2024, foi registrada uma leve retração, com o número de elogios caindo para 96, o que corresponde a uma redução de aproximadamente 10,3%. Apesar da pequena queda, o volume de manifestações positivas manteve-se elevado em comparação com os anos iniciais, sugerindo que o nível de satisfação geral é alto.

No que se refere às sugestões, o movimento foi distinto. Entre 2021 e 2022, houve uma redução significativa, de 21 para 13 registros (queda de 38,1%), o que pode indicar uma menor participação dos usuários no processo de contribuição propositiva ou, ainda, uma percepção de menor necessidade de apontar melhorias. De 2022 para 2023, o número de sugestões manteve-se praticamente estável (12 registros), representando uma pequena queda de 7,7%. Já no ano de 2024, houve uma ligeira retomada, com 14 sugestões registradas (crescimento de 16,7%), o que pode sinalizar o início de um novo ciclo de engajamento ou o estímulo a práticas participativas em determinadas áreas da rede.

De forma geral, o comportamento das manifestações analisadas demonstra um cenário de maturação do canal de Ouvidoria. Os elogios refletem reconhecimento e confiança por parte da população, enquanto as sugestões, mesmo em menor volume, representam um canal importante de escuta qualificada e potencial aprimoramento dos serviços prestados.

Em resumo, a Ouvidora-geral do SUS segue cumprindo seu papel como instrumento de gestão democrática, valorizando a participação do cidadão e fortalecendo o controle social. A consolidação desses canais de



diálogo é essencial para o aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços públicos ofertados à população.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Tendo em vista a elaboração da análise situacional e epidemiológica do município de Toledo, passamos a apresentar as Diretrizes, objetivos, metas e indicadores que farão parte deste Plano e base para o desenvolvimento da política de saúde para o quadriênio 2026-2029. Importante destacar os significados destes termos, que farão parte do dia a dia da execução do presente plano.

- **Diretrizes** — Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.
- **Objetivos** — Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.
- **Metas** — Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressam os desafios a serem enfrentados.
- **Indicadores** — Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.



DIRETRIZ N.º 1: IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo n.º 1: Proporcionar saúde individual e coletiva à população, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ampliando e fortalecendo as equipes que atuam na atenção primária à saúde e sua articulação com os demais serviços da rede de saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
1.1.1 - Capacitar, anualmente, pelo menos 20% dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde sobre os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Atenção Primária à Saúde (APS).	1.1.1 - Percentual de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde capacitados sobre os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Atenção Primária à Saúde (APS).	2024	-	20	Percentual	Maior melhor	2026	20
							2027	20
							2028	20
							2029	20
1.1.2 - Manter o índice de resolutividade em consultas médicas na Atenção Primária à Saúde igual ou superior a 85%.	1.1.2 - Índice de resolutividade em consultas médicas na APS.	2024	87	85	Percentual	Maior melhor	2026	85
							2027	85
							2028	85
							2029	85
1.1.3 - Alcançar, até 2029, taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças do aparelho circulatório, câncer,	1.1.3 - Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis por 100 mil habitantes.	2024	252	299,3	Taxa	Menor melhor	2026	318
							2027	311,7



diabetes e doenças respiratórias) doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), menor que 300.							2028	305,4
							2029	299,3
1.1.4 - Manter a Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde em 100%.	1.1.4 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde.	2024	100	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100
1.1.5 - Alcançar, até 2029, pelo menos 80% das unidades (ESF ou EAP), com no mínimo seis registros de atividades coletivas voltadas para os seguintes públicos: gestantes, idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários de tabaco e indivíduos com transtorno mental.	1.1.5 - Percentual de unidades (ESF ou EAP) com no mínimo seis registros de atividades coletivas, ao ano, realizadas para pelo menos um dos seguintes públicos alvos: gestantes, idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários de tabaco ou pessoas com transtorno mental.	2024	46	80	Percentual	Maior melhor	2026	60
							2027	70
							2028	80
							2029	80
1.1.6 – Manter, no mínimo, 80% de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	1.1.6 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	2024	83,44	80	Percentual	Maior melhor	2026	80
							2027	80
							2028	80
							2029	80
1.1.7 - Acompanhar, pelo menos, 84% dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Atenção Primária à Saúde (APS), anualmente.	1.1.7 - Percentual de pacientes, HAS, que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, tendo no primeiro ano o registro diagnóstico (CIAP e CID).	2024	87,46	84	Percentual	Maior melhor	2026	84
							2027	84
							2028	84
							2029	84



1.1.8 - Acompanhar, pelo menos, 84% dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS), anualmente.	1.1.8 - Percentual de pacientes, DM, que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, tendo no primeiro ano o registro diagnóstico (CIAP e CID).	2024	87,21	84	Percentual	Maior melhor	2026	84
							2027	84
							2028	84
							2029	84
1.1.9 - Realizar pelo menos 12 ações coletivas de educação alimentar e nutricional, voltadas à população com temática da Alimentação Saudável, anualmente.	1.1.9 - Número de ações coletivas de educação alimentar e nutricional realizadas.	2024	10	48	Número absoluto	Maior melhor	2026	12
							2027	12
							2028	12
							2029	12



DIRETRIZ N.º 2: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Objetivo n.º 1: Fortalecer a organização e qualificação do cuidado integral à saúde da mulher e da gestante, assegurando acesso humanizado, resolutivo e contínuo em todas as fases da vida

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
2.1.1 – Manter, no mínimo, 93% a Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	2.1.1 - Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	2024	94	93	Percentual	Maior melhor	2026	93
							2027	93
							2028	93
							2029	93
2.1.2 - Realizar visita domiciliar em no mínimo 50% das puérperas até o 5º dia pós parto, até 2029.	2.1.2 - Percentual de visitas realizadas à puérpera, até o 5º dia pós parto.	2024	24	50	Percentual	Maior melhor	2026	30
							2027	35
							2028	40
							2029	50
2.1.3 - Atingir 0,56 de razão na realização de exames citopatológico em população feminina de 25 a 64 anos.	2.1.3 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em população feminina de 25 a 64 anos.	2024	0,50	0,56	Razão	Maior melhor	2026	0,56
							2027	0,56
							2028	0,56
							2029	0,56
2.1.4 - Aumentar a razão de exames de mamografia em população feminina de 50 a 69 anos a cada 2 anos.	2.1.4 - Razão de exames de mamografia em população feminina de 50 a 69 anos a cada 2 anos.	2024	0,33	0,49	Razão	Maior melhor	2026	0,36
							2027	0,40
							2028	0,44
							2029	0,49



2.1.5 - Diminuir o número de óbitos maternos, até 2029.	2.1.5 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	2024	2	1	Número absoluto	Menor melhor	2026	2
							2027	1
							2028	1
							2029	1



DIRETRIZ N.º 3: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Objetivo n.º 1: Fortalecer e qualificar de forma contínua o cuidado integral à saúde da criança e do adolescente, promovendo ações articuladas que assegurem desenvolvimento saudável e acesso equitativo aos serviços de saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
3.1.1 - Manter abaixo de 10 a taxa de mortalidade infantil.	3.1.1 - Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos.	2024	6	9,99	Taxa	Menor melhor	2026	9,99
							2027	9,99
							2028	9,99
							2029	9,99
3.1.2 - Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência.	3.1.2 - Proporção de Gravidez na Adolescência: 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.	2024	7	9,99	Percentual	Menor melhor	2026	9,99
							2027	9,99
							2028	9,99
							2029	9,99
3.1.3 - Realizar visita domiciliar em no mínimo 50% dos recém-nascidos até o 5º dia após o nascimento.	3.1.3 - Percentual de recém-nascidos com visita realizada até o 5º dia após o nascimento.	2024	42	50	Percentual	Maior melhor	2026	50
							2027	50
							2028	50
							2029	50
3.1.4 - Reduzir progressivamente o número de crianças em fila de espera para acolhimento no CAPS i, visando atingir até 2029 um quantitativo igual ou inferior a 137 pacientes em fila.	3.1.4 - Número de crianças, aguardando em fila de espera para acolhimento no CAPS i.	2024	197	137	Número absoluto	Menor melhor	2026	182
							2027	167
							2028	152
							2029	137



3.1.5 - Reduzir gradualmente a fila de espera para atendimento em Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, alcançando até 2029 um quantitativo igual ou inferior a 145 crianças e adolescentes, aguardando em fila de espera para atendimento.	3.1.5 - Número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia ou Psiquiatria.	2024	243	145	Número absoluto	Menor melhor	2026	218
							2027	193
							2028	169
							2029	145
3.1.6 - Alcançar, até 2029, pelo menos 50% das crianças, com o mínimo de 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	3.1.6 - Percentual de crianças com o mínimo de 7 consultas de puericultura realizadas até completar o primeiro ano de vida.	2024	50	50	Percentual	Maior melhor	2026	48
							2027	48
							2028	50
							2029	50



DIRETRIZ N.º 4: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Objetivo n.º 1: Promover e implementar ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população idosa, visando a integralidade do cuidado

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
4.1.1 - Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, por fratura de fêmur.	4.1.1 - Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, por fratura de fêmur.	2024	20,26	22,99	Taxa	Menor melhor	2026	22,99
							2027	22,99
							2028	22,99
							2029	22,99
4.1.2 - Atender com 1 consulta, no mínimo, 80% da população idosa, anualmente.	4.1.2 - Percentual de idosos com no mínimo 1 consulta ao ano.	2024	86	80	Percentual	Maior melhor	2026	80
							2027	80
							2028	80
							2029	80
4.1.3 - Garantir que, até 2029, pelo menos 80% da população idosa do município, estimada pelo IBGE, receba ao menos uma visita domiciliar por ano, fortalecendo o acompanhamento e a promoção da saúde desse público.	4.1.3 - Percentual de idosos que receberam ao menos uma visita domiciliar no ano.	2024	63	80	Percentual	Maior melhor	2026	65
							2027	70
							2028	75
							2029	80



DIRETRIZ N.º 5: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Objetivo n.º 1: Promover e implementar ações de prevenção e promoção à saúde do Homem

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
5.1.1 - Atingir 50% pré-natal do parceiro conforme protocolo vigente na rede municipal, até 2029.	5.1.1 - Percentual de pré-natal do parceiro realizado.	2024	48	50	Percentual	Maior melhor	2026	48
							2027	49
							2028	49
							2029	50
5.1.2 - Realizar anualmente, no mínimo, 12 ações coletivas referente a Saúde do Homem.	5.1.2 - Número ações coletivas referente a Saúde do Homem.	2024	14	48	Número absoluto	Maior melhor	2026	12
							2027	12
							2028	12
							2029	12



DIRETRIZ N.º 6: IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Objetivo n.º 1: Organizar e qualificar os pontos de atenção à pessoa com deficiência, promovendo a sua articulação no desenvolvimento do cuidado e atenção integral dessa população, tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária à Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
6.1.1 - Manter no mínimo 60 atendimentos, ao ano, para o Centro Especializado Odontológico/CEO destinado as pessoas com deficiência.	6.1.1 - Número de atendimentos para o Centro Especializado Odontológico/CEO as pessoas com deficiência.	2024	103	240	Número absoluto	Maior melhor	2026	60
							2027	60
							2028	60
							2029	60



DIRETRIZ N.º 7: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL

Objetivo n.º 1: Promover a ampliação da atenção à saúde bucal, voltada a integralidade da atenção, à qualificação das práticas e à gestão do cuidado, de forma a promover a resolubilidade dos serviços prestados e o acesso com equidade

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
7.1.1 - Alcançar pelo menos 57% de Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica, até 2029.	7.1.1 - Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	2024	45	57	Percentual	Maior melhor	2026	46,35
							2027	48
							2028	53
							2029	57
7.1.2 - Realizar anualmente, pelo menos, 260 ações coletivas de escovação dental supervisionada (nas Escolas Municipais).	7.1.2 - Número de ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas.	2024	301	1.040	Número absoluto	Maior melhor	2026	260
							2027	260
							2028	260
							2029	260
7.1.3 - Manter abaixo de 3% o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	7.1.3 - Percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	2024	3	2,99	Percentual	Menor melhor	2026	2,99
							2027	2,99
							2028	2,99
							2029	2,99



DIRETRIZ N.º 8: INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo n.º 1: Fortalecer as ações integradas de prevenção e promoção da saúde por meio das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e controle de Endemias, com foco na recomendação e adoção de medidas eficazes para o controle de doenças e agravos, articuladas com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
8.1.1 - Implantar e manter o Comitê de Análise de Óbitos de investigação obrigatória e garantir seu funcionamento nos anos subsequentes.	8.1.1 - Número de comitê de análise de óbitos de investigação obrigatória implantado e em funcionamento.	2024	-	1	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	1
							2028	1
							2029	1
8.1.2 - Realizar 100% dos ciclos anuais do LIRAA conforme cronograma estabelecido, com análise e divulgação tempestiva dos resultados.	8.1.2 - Percentual de ciclos anuais do LIRAA realizados conforme cronograma estabelecido, com análise e divulgação tempestiva dos resultados.	2024	100	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100
8.1.3 - Reduzir gradativamente, até 2029, a média anual do Índice de Infestação Predial (IIP) detectado nos ciclos do LIRAA, alcançando o valor máximo de 2.	8.1.3 - Média anual do Índice de Infestação Predial (IIP) detectado nos ciclos do LIRAA.	2024	2,85	2	Média anual do Índice de Infestação Predial (IIP) do LIRAA.	Menor melhor	2026	2,64
							2027	2,43
							2028	2,21
							2029	2



8.1.4 - Realizar, no mínimo, 12 palestras por ano, para população com a temática de combate à dengue.	8.1.4 - Número de atividades coletivas, ao ano, realizadas para população com temática de combate ao Aedes aegypti .	2024	-	48	Número absoluto	Maior melhor	2026	12
							2027	12
							2028	12
							2029	12
8.1.5 - Manter em 75% a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	8.1.5 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	2024	100	75	Percentual	Maior melhor	2026	75
							2027	75
							2028	75
							2029	75
8.1.6 - Manter igual ou superior a 97% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	8.1.6 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	2024	99	97	Percentual	Maior melhor	2026	97
							2027	97
							2028	97
							2029	97
8.1.7 - Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.	8.1.7 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerrados em até 60 dias após notificação.	2024	89	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100



8.1.8 - Manter igual ou superior a 90%, a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	8.1.8 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	2024	100	90	Percentual	Maior melhor	2026	90
							2027	90
							2028	90
							2029	90
8.1.9 - Realizar 100% ao ano da proporção de análises programadas, das amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	8.1.9 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	2024	100	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100
8.1.10 - Manter em 0 a incidência de HIV/AIDS em menores de 5 anos.	8.1.10 - Número de casos novos de HIV/AIDS em menores de 5 anos.	2024	-	0	Número absoluto	Menor melhor	2026	0
							2027	0
							2028	0
							2029	0
8.1.11 - Manter em 0 o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	8.1.11 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	2024	-	0	Número absoluto	Menor melhor	2026	0
							2027	0
							2028	0
							2029	0
8.1.12 - Realizar, pelo menos, 20 ações coletivas, ao ano, com o tema saúde do trabalhador, para os profissionais, gestores e trabalhadores em geral.	8.1.12 - Número de ações coletivas, com o tema saúde do trabalhador, ao ano, para os profissionais, gestores e trabalhadores em geral.	2024	6	80	Número absoluto	Maior melhor	2026	20
							2027	20
							2028	20
							2029	20



8.1.13 - Inspeccionar 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas sob responsabilidade do município com Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI).	8.1.13 - Percentual de ILPIs inspecionadas com ROI.	2024	100	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100



DIRETRIZ N.º 9: PROMOÇÃO DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo n.º 1: Fortalecer a assistência farmacêutica, assegurando o acesso, o uso racional de medicamentos, com foco na promoção da saúde, na qualidade do cuidado e na efetividade das ações na rede de saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
9.1.1 - Realizar, no ano seguinte ao acompanhamento, consultas farmacêuticas para, no mínimo, 5% dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) identificados e acompanhados em unidades da APS.	9.1.1 - Percentual de pacientes com HAS acompanhados pela APS no ano anterior, com registro de consulta farmacêutica realizada.	2024	0,38	5	Percentual	Maior melhor	2026	5
							2027	5
							2028	5
							2029	5
9.1.2 - Realizar, no mínimo, 25% do total anual de consultas farmacêuticas destinadas a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM).	9.1.2 - Percentual de consultas farmacêuticas para pacientes com HAS e/ou DM.	2024	2	25	Percentual	Maior melhor	2026	25
							2027	25
							2028	25
							2029	25
9.1.3 - Realizar no ano seguinte ao acompanhamento, consultas farmacêuticas para, no mínimo, 5% dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) identificados e acompanhados em unidades da APS.	9.1.3 - Percentual de pacientes com DM acompanhados pela APS no ano anterior, com registro de consulta farmacêutica realizada.	2024	0,40	5	Percentual	Maior melhor	2026	5
							2027	5
							2028	5
							2029	5



9.1.4 - Manter no máximo 3% de percentual de perda de medicamento do estoque.	9.1.4 - Percentual de perda de medicamento do estoque devido ao vencimento.	2024	1	3	Percentual	Menor melhor	2026	3
							2027	3
							2028	3
							2029	3
9.1.5 - Realizar pelo menos 6 ações coletivas, voltadas a população para fins de divulgação/orientação sobre Assistência Farmacêutica, anualmente.	9.1.5 - Número de ações coletivas, voltadas a população para fins de divulgação/orientação sobre Assistência Farmacêutica.	2024	-	24	Número absoluto	Maior melhor	2026	6
							2027	6
							2028	6
							2029	6



DIRETRIZ N.º 10: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Objetivo n.º 1: Fortalecer, qualificar e ampliar o cuidado integral em Saúde Mental em toda a rede municipal de Atenção à Saúde, promovendo a articulação entre os níveis de atenção, rede intersetorial e assegurando o acesso humanizado, equitativo e contínuo aos serviços

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
10.1.1 - Implantar e publicizar 4 Protocolos/Fluxos entre Atenção Primária, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, serviços de emergência e atenção especializada, até 2029.	10.1.1 - Número de protocolos/fluxos implantados/atualizados, disponibilizados no site oficial do Município.	2024	-	4	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	1
							2028	1
							2029	1
10.1.2 - Realizar, anualmente, 48 Ações Coletivas Intersectoriais com unidades externas à Secretaria de Saúde, tais como: Justiça, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, entre outros.	10.1.2 - Número de Ações Coletivas Intersectoriais realizadas por unidades da Rede de Saúde Mental.	2024	43	192	Número absoluto	Maior melhor	2026	48
							2027	48
							2028	48
							2029	48
10.1.3 - Manter menor ou igual a 12, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes.	10.1.3 - Taxa de suicídio por 100.000 habitantes.	2024	11	12	Taxa	Menor melhor	2026	12
							2027	12
							2028	12
							2029	12



10.1.4 - Atingir 100% dos CAPS com no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por CAPS, com equipes de Atenção Primária à Saúde, anualmente.	10.1.4 - Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático realizados anualmente.	2024	83	100	Percentual	Maior melhor	2026	100
							2027	100
							2028	100
							2029	100



DIRETRIZ N.º 11: FORTALECIMENTO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Objetivo n.º 1: Qualificar, fortalecer e ampliar, principalmente de forma regulada e com equidade, o acesso da população aos serviços especializados de média e alta complexidade, assegurando integralidade no cuidado e eficiência na atenção à saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
11.1.1 - Reduzir para, no máximo, 254 pacientes em lista de espera para acolhimento do Centro Especializado de Reabilitação - CER II, até 2029.	11.1.1 - Número total de pacientes na lista de espera para acolhimento, no CER II.	jul-25	363	254	Número absoluto	Menor melhor	2026	336
							2027	309
							2028	282
							2029	254
11.1.2 - Diminuir para menor ou igual a 23.885 pacientes em Listas de Espera de Consultas Especializadas, até 2029.	11.1.2 - Número total de pacientes em listas de espera para consultas especializadas.	2024	25.965	23885	Número absoluto	Menor melhor	2026	25445
							2027	24925
							2028	24405
							2029	23885
11.1.3 - Implantar/atualizar e publicizar 8 Protocolos/Fluxos para acessos às Consultas Especializadas, até 2029.	11.1.3 - Número de protocolos/fluxos para acessos às Consultas Especializadas, implantados/atualizados, disponibilizados no site oficial do Município.	2024	1	8	Número absoluto	Maior melhor	2026	2
							2027	2
							2028	2
							2029	2



11.1.4 - Implantar/atualizar e publicizar 4 Protocolos/Fluxos para acesso à Exames/Procedimentos Especializados, até 2029.	11.1.4 - Número de protocolos/fluxos para Exames/procedimentos Especializados implantados/atualizados e disponibilizados no site oficial do Município.	2024	-	4	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	1
							2028	1
							2029	1
11.1.5 - Regular, pelo menos 30% dos encaminhamentos para consultas especializadas até 2029.	11.1.5 - Percentual de encaminhamentos para consultas especializadas regulados.	2024	9,64	30	Percentual	Maior melhor	2026	15
							2027	20
							2028	25
							2029	30



DIRETRIZ N.º 12: FORTALECIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivo n.º 1: Assegurar um atendimento eficiente, qualificado e tempestivo nas situações de urgência e emergência, em conformidade com as diretrizes do SUS

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
12.1.1 - Atingir 100% dos registros em sistema de informação, nas unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE), referente às situações de pacientes em observação, até 2029.	12.1.1 - Percentual de registros no sistema de informação sobre pacientes em observação nas unidades da RUE.	2024	-	100	Percentual	Maior melhor	2026	20
							2027	40
							2028	70
							2029	100
12.1.2 - Manter abaixo de 1, o Coeficiente de Mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal.	12.1.2 - Taxa de Mortalidade nas unidades de Urgência e Emergência Municipal.	2024	0,79	0,99	Taxa	Menor melhor	2026	0,99
							2027	0,99
							2028	0,99
							2029	0,99



Diretriz N° 13: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivo n° 1: Promover processos contínuos de educação permanente em saúde na rede municipal, por meio da articulação entre trabalhadores, gestores e instituições formadoras, fortalecendo competências técnicas, humanização no cuidado e alinhamento das práticas aos princípios do SUS, visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde e à valorização dos profissionais, principalmente através do NEPS

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
13.1.1 - Realizar e divulgar, anualmente, dois documentos: 1) Pesquisa junto aos profissionais da rede municipal de saúde para identificar necessidades de capacitação; 2) Plano de Educação em Saúde, elaborado com base nos resultados da pesquisa, direcionado aos profissionais da rede municipal.	13.1.1 - Número de documentos (pesquisa e plano de educação em saúde) realizados e publicados no site oficial do Município.	2024	0	8	Número absoluto	Maior melhor	2026	2
							2027	2
							2028	2
							2029	2



13.1.2 - Assegurar a participação de, no mínimo, 40% de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em ações de educação permanente e/ou continuada anualmente.	13.1.2 - Percentual de servidores da Secretaria Municipal de Saúde que participaram de ações de educação permanente e/ou continuada no ano.	2024	33	40	Percentual	Maior melhor	2026	40
							2027	40
							2028	40
							2029	40



Objetivo n.º 2: Fortalecer e ampliar a articulação intersetorial com outras instituições, aproveitando instâncias como COAPES, COREME, COREMU e congêneres, como catalisadores dessa integração, para promoção efetiva de ações integradas que potencializem o impacto das políticas públicas na saúde e bem-estar da população

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
13.2.1 - Implantar 02 programas de residências multiprofissionais e/ou médica, até 2029.	13.2.1 - Número de programas de residências multiprofissionais e/ou médica implantados.	2024	-	2	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	0
							2028	1
							2029	0

Objetivo n.º 3: Garantir a continuidade, ampliação e evolução dos serviços públicos da secretaria da saúde no âmbito municipal por meio da valorização, capacitação e fortalecimento da atuação de servidores efetivos, promovendo aprimoramento técnico e sustentabilidade das políticas de saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
13.3.1 - Ampliar, anualmente, em 2% o número de servidores efetivos em relação a dezembro do ano anterior.	13.3.1 - Percentual de crescimento do número de servidores efetivos em relação a dezembro do ano anterior.	2024	9,45	2	Percentual	Maior melhor	2026	2
							2027	2
							2028	2
							2029	2



DIRETRIZ N.º 14: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

Objetivo n.º 1: Intensificar ações voltadas à ampliação do acesso e da qualidade dos atendimentos, promovendo a participação social e desenvolvendo estratégias que fortaleçam os canais institucionais

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
14.1.1 - Diminuir o percentual de Ouvidorias de Reclamações na rede para 15%, até 2029.	14.1.1 - Percentual de Ouvidorias de Reclamação registradas.	2024	20,78	15	Percentual	Menor melhor	2026	19,34
							2027	17,89
							2028	16,45
							2029	15
14.1.2 - Alcançar e manter em, no mínimo 80%, a satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria do SUS.	14.1.2 - Percentual de satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS.	2024	78,5	80	Percentual	Maior melhor	2026	80
							2027	80
							2028	80
							2029	80
14.1.3 - Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos juntamente com o Conselho Municipal de Saúde.	14.1.3 - Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas.	2024	-	1	Número absoluto	Maior melhor	2026	0
							2027	1
							2028	0
							2029	0



DIRETRIZ N.º 15: FORTALECIMENTO DA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Objetivo n.º 1: Assegurar o funcionamento das ações e serviços de saúde. Promover continuamente a melhoria das estruturas físicas, equipamentos, tecnologias e veículos, com foco na manutenção, evolução e ampliação da infraestrutura e na qualificação da rede de atenção à saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
15.1.1 - Adquirir 08 veículos para renovação e/ou ampliação da frota, até 2029.	15.1.1 - N.º de veículos adquiridos no período.	2024	23	8	Número absoluto	Maior melhor	2026	2
							2027	2
							2028	2
							2029	2
15.1.2 - Aplicar no mínimo 15% da receita de impostos em ações e serviços públicos de saúde, por exercício.	15.1.2 - Percentual da receita de impostos aplicado em ações e serviços públicos de saúde.	2024	32,43	15	Percentual	Maior melhor	2026	15
							2027	15
							2028	15
							2029	15
15.1.3 - Construir e/ou ampliar 6 unidades de saúde, incluindo polos do Programa Academia da Saúde e outros equipamentos de apoio à promoção da saúde, até 2029.	15.1.3 - Número de unidades de saúde construídas e/ou ampliadas, incluindo polos do Programa Academia da Saúde e outros equipamentos de promoção da saúde.	2024	2	6	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	2
							2028	1
							2029	2



15.1.4 - Reformar 2 unidades de saúde e/ou outros equipamentos de apoio à promoção da saúde, incluindo polos do Programa Academia da Saúde, até 2029.	15.1.4 - Número de unidades de saúde e/ou outros equipamentos de apoio à promoção da saúde reformados, incluindo polos do Programa Academia da Saúde.	2024	2	2	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	1
							2028	0
							2029	0
15.1.5 - Implantar e estruturar uma Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ) para fortalecer a vigilância, prevenção e controles das zoonoses e agravos relacionados no município, com equipe multiprofissional, estrutura física adequada e plano de ação anual instituído.	15.1.5 - Número de unidade de Vigilância de Zoonoses implantada.	2024	-	1	Número absoluto	Maior melhor	2026	0
							2027	0
							2028	0
							2029	1



DIRETRIZ N.º 16: FORTALECIMENTO DA SAÚDE DIGITAL NA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Objetivo n.º 1: Promover a transformação digital no cuidado à saúde, integrando tecnologias inovadoras para otimizar a jornada do paciente, ampliar o acesso a serviços de qualidade, fortalecer a gestão preventiva e personalizada, e melhorar a eficiência operacional da rede de saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de medida	Sentido da Meta	Meta Prevista	
		Ano	Valor				Ano	Valor
16.1.1 - Garantir que 100% dos indicadores da listagem publicada estejam contemplados em painéis de informação, até 2029.	16.1.1 - Percentual de indicadores da listagem publicada da Secretaria de Saúde, disponíveis em Painel de Informações.	2024	-	100	Percentual	Maior melhor	2026	70
							2027	80
							2028	90
							2029	100
16.1.2 - Ampliar, até 2029, as ações de Telessaúde (teleconsulta, teleconsultoria, telerregulação, entre outros) para pelo menos 2 novas especialidades e/ou exames.	16.1.2 - Número de especialidades e/ou exames ofertadas através de serviços de Telessaúde.	2024	2	2	Número absoluto	Maior melhor	2026	1
							2027	1
							2028	0
							2029	0
16.1.3 - Aumentar gradualmente, o percentual anual, de profissionais da rede de saúde capacitados em temas de Saúde Digital, incluindo sistemas de informação, novas tecnologias, softwares, atualizações entre outros.	16.1.3 - Percentual de profissionais da rede de saúde capacitados em temas de Saúde Digital, incluindo sistemas de informação, novas tecnologias, softwares, atualizações entre outros no ano.	2024	-	20	Percentual	Maior melhor	2026	10
							2027	14
							2028	18
							2029	20

19. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Por meio de indicadores, é possível monitorar tempestivamente as ações e os resultados preliminares de metas estabelecidas. Monitorar consiste em observar e avaliar continuamente esses resultados, permitindo que a gestão ajuste de maneira consciente a direção, a execução e as estratégias implementadas, com o objetivo de garantir o alcance das metas. O processo envolve observações, análises, coleta de dados, medições, uso de indicadores, tabulações e compilações, verificando se o desenvolvimento das ações está efetivamente contribuindo para o cumprimento dos objetivos e metas.

Quadrimestralmente, por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), os resultados são monitorados pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Câmara de Vereadores do Município.

O monitoramento e a avaliação são faces complementares de um mesmo processo. O monitoramento acompanha, ao longo do tempo, o desenvolvimento das atividades e formula hipóteses sobre seu andamento. A avaliação aprofunda a compreensão desse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento. Enquanto o monitoramento verifica, a avaliação amplia o entendimento sobre o que está sendo analisado, utilizando instrumentos qualitativos ou quantitativos, conforme a questão em análise. É importante destacar que avaliações também podem ser monitoradas e avaliadas, processo denominado metaavaliação.

Os artigos 15 e 17 da Lei 8.080/90 estabelecem que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população, e que é responsabilidade dos estados e dos municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.



O Capítulo IV da LC 141/12, que trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle menciona que os resultados do monitoramento e avaliação de cada ente serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado.

O Decreto 7.508/11 estabelece a necessidade de que sejam definidos critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente e o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria.



21. REFERÊNCIAS

11º SIMPÓSIO CIENTÍFICO INTERNACIONAL CEJAM, 2024, São Paulo. *Método Fast Track: otimização do atendimento em urgência e emergência de baixa complexidade*. São Paulo: CEJAM, 2024.

AGÊNCIA GOV. *População do país vai parar de crescer em 2041*. 2024.

Disponível

em:

<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041#:~:text=De%202000%20a%202023%2C%20propor%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs%20ser%C3%A3o%20idosos.&text=A%20idade%20m%C3%A9dia%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,48%2C4%20anos%20em%202070>. Acesso em: 8 jul. 2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. *Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil*. 2023. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 8 jul. 2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. *Censo 2022: Brasil tem 14,4 milhões de pessoas com deficiência*. 2023. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43463-censo-2022-brasil-tem-14-4-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 8 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Dados de cobertura de planos de saúde – Abril de 2025*. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Acesso em: 15 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Notas metodológicas – Taxa de cobertura de planos de saúde*. Brasília: ANS. Disponível em:



https://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_taxa_cobertura.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Perfil do Setor – Dados Gerais*. Brasília: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 17 jun. 2025.

ALVES, José Eustáquio Diniz. O bônus demográfico no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. *EcoDebate*, 26 jun. 2019. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2019/06/26/o-bonus-demografico-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves>. Acesso em: 8 jul. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

BANDEIRA, R. C.; BASTOS, R. R.; CAMPOS, E. M. S.; O'DWYER, G. *Unidade de pronto atendimento e atenção primária à saúde: uma integração possível*. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, art. e9543, abr./jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459543P>.

BEM PARANÁ. Paraná contabiliza 531 casos de suicídios em 2024. Disponível em: <https://www.bemparana.com.br/bem-estar/saude-e-beleza/parana-contabiliza-531-casos-de-suicidios-em-2024/>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.



BRASIL. *Código Penal*. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Art. 299. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. *Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013*. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Estabelece diretrizes para a regionalização da saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 mar. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 18 de set. 2025.



BRASIL. Decreto nº 78.231, de 13 de junho de 1976. Aprova o Regulamento do Sistema de Vigilância Epidemiológica. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 14 jun. 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm.

Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022*. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015*. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as



normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n°s 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei Complementar n° 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 maio 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. *Lei Complementar n° 200, de 30 de agosto de 2023*. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. *Lei Complementar n° 201, de 24 de outubro de 2023*. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp201.htm. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Lei Complementar n° 87, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp87.htm. Acesso em: 13 set. 2025.



BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745/1993 e nº 6.932/1981. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (*Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD*). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a instituição da carreira de médico federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Dispõe sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 jul. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.



BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 out. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Componentes da assistência farmacêutica*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/faq/aspectos-gerais-da-assistencia>. Acesso em: 25 jul. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica*. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Elastic CNES*. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/leitos>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Notifica. Plataforma de registro eletrônico. Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Financiamento da Atenção Primária tem aumento de 28% em 2024*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/financiamento-da-atencao-primaria-tem-aumento-de-28-em-2024>. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_basicos_saude_brasil_2ed.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha guia de atenção em saúde mental*. SESA, 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 99/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS. Diretrizes para composição de equipes da Atenção Primária. Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Novo modo de cuidar: SUS vai ampliar acesso da população a profissionais especialistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/novo-modo-de-cuidar-sus-vai-ampliar-acesso-da-populacao-a-profissionais-especialistas>. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2024–2027*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/W2jOMcLWqx1wLMZMqx7Y6MMVFCjxGgR1WzGlcOqC.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNCD: Programa Nacional de Controle da Dengue. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf. Acesso em: jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 1. ed. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011); atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.263-de-18-de-junho-de-2021-326809563>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.938, de 12 de agosto de 2021*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 ago. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1938_13_08_2021.html. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 219, p. 87–90, 13 nov. 2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024*. Institui o Programa SUS Digital. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/gerenciaaps/ines-cnes-homologados>. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124_04_08_2015.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Institui diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 27 de setembro de 2019. Estabelece diretrizes para credenciamento de Agentes Comunitários de Saúde em equipes da Atenção Primária. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 30 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.* Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.bvs.br/programa-nacional-telessaude-brasil-redes/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename 2024*. Brasília, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolucao-cit-n-13.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 403/SAS/MS, de 2000*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília: Ministério da



Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): dados de dengue em Toledo, Paraná. 2025. Disponível em: <https://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em: jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB*. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS*. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema RedCap, Power BI, Tabnet, Tabwin, EpiInfo, Excel. Ferramentas auxiliares à vigilância epidemiológica. Brasília: MS, 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação em Saúde (DATASUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). *Informe Cadastro Único nº 59 – Abril de 2024*. Brasília: MDS, 2024. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Cadastro_Unico/Informes/2024/Informe_Cadastro_Unico_N_59.pdf. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). *Painel do Cadastro Único*. CECAD – Consulta, Extração e Cruzamento de Dados. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php#>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Estabelece as diretrizes e orientações para execução do Programa Saúde na Escola. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 2 jun. 2025.

CARVALHO, Regina; FORTES, Paulo; GARRAFA, Volnei. A saúde suplementar em perspectiva bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.017>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CASSETARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. *Demanda e tipo de atenção realizada em unidades de emergência da municipalidade de Florianópolis, Brasil*. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. xx–yy, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). *Atlas da violência 2024: retrato dos municípios brasileiros*. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível



em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo: Elsevier, 2014.

CISCOPAR. *Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná*. Disponível em: <https://www.ciscopar.com.br/portal/index.php>. Acesso em: 15 abr. 2025.

COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ – SANEPAR. *Release de Resultados – 3T23*. Curitiba, 8 nov. 2023. Disponível em: <https://ri.sanepar.com.br/docs/Sanepar-2023-09-30-zFdbfLCL.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

CONASEMS. *E-book Raiva: vigilância, prevenção e controle*. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/ava/aulas/e-book-raiva-1698329015.pdf>. Acesso em: jul. 2025.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão de Apoio à Gestão Estadual do SUS*. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 28 maio 2025.

CONSAMU. *Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR*. Disponível em: <https://www.consamu.com.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Demografia Médica 2024*. Brasília: CFM, 2024. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Observatório do CFM – Demografia Médica*. Brasília: CFM. Disponível em:



<https://observatorio.cfm.org.br/demografia/dashboard/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Toledo, PR). *Anais do I Simpósio Municipal de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora Municipal de Toledo-PR*. Toledo, PR: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Toledo, PR). *Atas e resoluções da XVI Conferência Municipal de Saúde de Toledo*. Toledo, PR, 2025. Disponível em:

https://www.toledo.pr.gov.br/municipio/conselhos_municipais/saude/conferencias-municipais/2022. Acesso em: 2 jul. 2025.

DATASUS. *TabNet: População residente – Paraná*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>. Acesso em: 5 jul. 2025.

IDEAS. *Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde*. Disponível em: <https://www.ideas.med.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

INFOSANBAS. *Informações sobre Saneamento Básico no Município de Toledo – PR*. Disponível em: <https://infosanbas.org.br/municipio/toledo-pr>. Acesso em: 15 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2022 – Cidades e Estados: Paraná*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>. Acesso em: 5 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo demográfico 2024*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico. Séries históricas: população residente, 1872-2010*. Rio de



Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?=&t=series-historicas>. Acesso em: 5 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2022: resultados para os municípios – Toledo (PR)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em:
<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2022: Fecundidade e Migração – Resultados Preliminares da Amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia*. Agência de Notícias IBGE, Rio de Janeiro, 27 maio 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 18 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativas populacionais dos municípios para 2024*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *População por município – Estimativas populacionais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *População na data dos recenseamentos gerais – Resultados do censo*



demográfico 1970. Rio de Janeiro: IBGE, 1973. Disponível em: https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1973/populacao_m_1973aeb_061_a_063.pdf. Acesso em: 5 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do censo demográfico 2010: tabela 1.4 – População nos censos demográficos, segundo as grandes regiões e as unidades da federação – 1872/2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00>. Acesso em: 5 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Tabela de população ocupada e salário médio dos trabalhadores formais – Toledo/PR*. Cidades@, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/toledo/panorama>. Acesso em: 14 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Toledo (PR) – Panorama*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/toledo.html>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Índice IparDES de Desempenho Municipal – IPDM 2022*. Curitiba: IPARDES, 2022. Disponível em: https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2024-12/Texto_IPDM_2022.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Índice IparDES de Desempenho Municipal – IPDM*. Curitiba: IPARDES. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Indice-Ipardes-de-Desempenho-Municipal>. Acesso em: 8 jul. 2025.



INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Anuário Estatístico 2022*. Curitiba: IPARDES, 2023. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Noticia/IPARDES-divulga-o-Anuario-Estatistico-2022>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Índice IparDES de Desempenho Municipal*. Curitiba: IPARDES. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Indice-Ipardes-de-Desempenho-Municipal>. Acesso em: 8 jul. 2025.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Caderno estatístico municipal de Toledo*. Curitiba: IPARDES, 2022. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Caderno-Estatistico-Municipal>. Acesso em: 5 jul. 2025.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. *Indicadores ODS Municipais*. Curitiba: IPARDES.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. *Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 1–7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017042103414>.

MV SAÚDE. *Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde*. Disponível em: <https://saude.toledo.pr.gov.br/sigss/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Regulamento sanitário internacional (2005)*. 3. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diretrizes para o planejamento e operação de leitos hospitalares*. Genebra: OMS, 2022.



OUR WORLD IN DATA. *Hospital beds per 1,000 people*. Dados da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial. Oxford: Our World in Data, 2025. Disponível em:

<https://ourworldindata.org/grapher/hospital-beds-per-1000-people>.

Acesso em: 15 jul. 2025.

OUR WORLD IN DATA. *Medical doctors per 1,000 people*. Dados adaptados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), via Banco Mundial. Oxford: Our World in Data, 2025. Disponível em:

<https://ourworldindata.org/grapher/physicians-per-1000-people>. Acesso

em: 15 jul. 2025.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. *Deliberação nº 049, de 28 de abril de 2020*. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/049_incentivo_af.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

PARANÁ. Consórcio Paraná Saúde. Disponível em:

<https://www.consorcioparanasaude.com.br/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

PARANÁ. Controladoria-Geral do Estado. *Manual dos agentes da Lei de Acesso à Informação – LAI*. Curitiba: CGE-PR, 2020. Disponível em:

https://www.cge.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-12/manual_agentes_-_lai.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

PARANÁ. Governo do Estado. *Sistema Integrado de Gestão de Ouvidorias – SIGO*. Disponível em:

<https://www.sigo.pr.gov.br/atendimentos/filtros>. Acesso em: 4 jun. 2025.

PARANÁ. Secretaria da Saúde publica nota orientativa e manual para imprensa sobre prevenção. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Secretaria-da->



[Saude-publica-nota-orientativa-e-manual-para-imprensa-sobre-prevencao-do](#). Acesso em: 28 maio 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2024-2027*. Curitiba: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@39d1a6cb-649f-464a-ae63-7f321c0ef332&emPg=true>. Acesso em: 9 jun. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Saúde digital avança no Paraná em 2024 com novas plataformas de gestão de informações*. Curitiba: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Saude-digital-avanca-no-Parana-em-2024-cm-novas-plataformas-de-gestao-de-informacoes>. Acesso em: 4 jun. 2025.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Acesso em: 8 jul. 2025.

PLANO MUNICIPAL DE AÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS – 2024/2025. [S. l.: s. n.], 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 2.279, de 26 de fevereiro de 2019*. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município: Toledo, PR, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *51ª Festa Nacional do Porco no Rolete*. Toledo: Prefeitura, 2024. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/agenda/turismo/51a-festa-nacional-do-porco-no-rolete>. Acesso em: 11 jul. 2025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei Complementar nº 7, de 27 de junho de 2001. Órgão Oficial, 2001. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/274_texto_integral. Acesso em: 4 jul. 2025.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Lei Municipal nº 2.637, de 21 de julho de 2023. Institui o Programa Mãe Dedicada – Pré-Natal 100%. *Diário Oficial do Município de Toledo, 2023.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Lei Municipal nº 26, de 2022. Reconhece e normatiza a figura da Gerência nas unidades de saúde do município de Toledo. *Diário Oficial do Município de Toledo, 2022.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 1.642, de 06 de maio de 1991.* Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde do Município de Toledo. *Diário Oficial do Município: Toledo, PR, 1991.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 1.736, de 30 de novembro de 1993.* Institui o Fundo Municipal de Saúde do Município de Toledo. *Diário Oficial do Município: Toledo, PR, 1993.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 1.757, de 27 de dezembro de 1993.* Dispõe sobre normas e diretrizes da política municipal de saúde. *Diário Oficial do Município: Toledo, PR, 1993.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 2.094, de 11 de abril de 2012.* Altera dispositivos da Lei nº 1.642/1991. *Diário Oficial do Município: Toledo, PR, 2012.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 2.187, de 29 de dezembro de 2011.* Institui normas para o funcionamento do Poder Executivo do Município de Toledo. *Toledo, PR, 2011.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Lei nº 2.344, de 15 de julho de 2021.* Dispõe sobre a estrutura de órgãos e cargos em comissão da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo e define as respectivas atribuições específicas. *Diário Oficial do Município de Toledo*, Toledo, PR, 15 jul. 2021. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Parque Temático das Águas.* Toledo: Prefeitura, 2024. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/servicos/turismo/parque-tematico-das-aguas>. Acesso em: 11 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano da Rede de Atenção e Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência.* Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano de Convivência Familiar e Comunitária e de Acolhimento.* Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano de Governo 2025–2028: documento apresentado ao Tribunal Superior Eleitoral – TSE.* Toledo, PR: [s.n.], 2024. Disponível em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/candidato/SUL/PR/2045202024/160001977754/2024/79278>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo.* Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil.* Toledo, PR: Prefeitura Municipal de



Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional*. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa*. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Municipal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes*. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Plano Plurianual – PPA 2026–2029*. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo, 2025. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/secretarias/secretaria_fazenda_captacao_recursos/orcamento-municipal/ppa-plano-plurianual. Acesso em: 2 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Portal do Município de Toledo. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/>. Acesso em: 28 maio 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Audiência Pública da Saúde – 3º quadrimestre de 2024 e 2021: Relatório de Gestão*. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao/relatorio-de-gestao-prestacao-de-contas>. Acesso em: 15 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Protocolo de Regulação do CEO, 2025. Documento interno.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. *Revisão do Plano Diretor Municipal de Toledo – RPDM: Fase II – Diagnóstico Temático e Integrado*. Toledo: Prefeitura Municipal, 2019. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2022-08/rpdm_toledo_-_fase_ii_-_17-09-19_reduz.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria da Saúde. *Relatório anual de gestão 2024*. Toledo: Prefeitura Municipal de Toledo, 2024. 68 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal da Saúde. *Audiência Pública – Prestação de contas*. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao/prestacao-de-contas>. Acesso em: 28 maio 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Gestão em Saúde. *Gráfico do número de profissionais de saúde por mil habitantes*. Dados extraídos dos indicadores ODS – IPARDES. Curitiba: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Gráfico elaborado em 2025. Documento interno.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Gestão em Saúde. *Gráfico do número de profissionais de saúde por mil habitantes*. Elaborado com base nos dados do IPARDES (Indicadores ODS) e do Observatório do CFM. 2025. Documento interno.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal da Saúde. *Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar*. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/rede-de-atencao-urgencias-e-emergencias/emap>. Acesso em: 15 abr. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano municipal de ação para enfrentamento da dengue, chikungunya e zika vírus – 2024/2025*. Toledo, PR, 2024.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. *Contribuições técnico-setoriais para o Plano Municipal de Saúde 2026–2029*. Toledo, PR: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrumentos de Gestão/Relatórios de Gestão/Prestação de Contas*. Toledo: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao/relatorio-de-gestaoprestacao-de-contas>. Acesso em: jun. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrumentos de Gestão*. Toledo: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de atividades coletivas. Sistema de Gestão em Saúde (SIGSS). Toledo, 15 abr. 2025. Documento interno.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), anos de 2021 e 2024*. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/depto-de-gestao/instrumentos-de-gestao/relatorio-de-gestaoprestacao-de-contas>. Acesso em: 12 maio 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório final de transição da Secretaria de Saúde de Toledo 2024 – retificado*. Toledo: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2024-11/relatorio_final_de_transicao_sec._de_saude_de_toledo_2024_retificado.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.



SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TtG3vHtK7wSZcbZVHjHsGQH/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA. Linha Guia de Atenção em Saúde Mental. Curitiba: SESA, 2021.

SIGSS – Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde. Prefeitura Municipal de Toledo. Disponível em: https://saude.toledo.pr.gov.br/mvssso/login?service=https%3A%2F%2Fsaude.toledo.pr.gov.br%2Fsigss%2Fauthentication%2Fcallback%3Fclient_name%3DCasClient. Acesso em: 23 abr. 2025.

SOUZA, C. C.; ARAÚJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. *Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) protocol: an integrative literature review*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144–151, fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000100019>.

WIKIPÉDIA. *Ficheiro: Paraná Município Toledo*. Wikimedia Commons. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Parana_Municip_Toledo.svg. Acesso em: 15 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*.



Geneva: WHO, 2016. Disponível em:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO, 2016. Disponível em:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9241563176>. Acesso em: 15 jul. 2025.



22. LISTA DE SIGLAS

1ºQd. 1º Quadrimestre

2ºQd. 2º Quadrimestre

3ºQd. 3º Quadrimestre

3T23 - Terceiro Trimestre de 2023

AB - Atenção Básica

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AEQ-TR - Avaliação Externa da Qualidade de Testes Rápidos

AIFU - Ação Integrada de Fiscalização Urbana

AMI - Ambulatório Materno Infantil

AMS - Ambulatório de Saúde Mental

ANCEC - Associação Nacional de Cultura e Empreendedorismo
Cidadão

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APA - Associação Promocional e Assistencial

APAC - Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

APAC - Autorização para Procedimento de Alta Complexidade

APADA - Associação de Pais, Amigos, Deficientes Auditivos e Surdos

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS - Atenção Primária à Saúde



ART - Tratamento Restaurador Atraumático

ASA - Artes em Suportes Alternativos

ASB - Auxiliares de Saúde Bucal

ASM - Ambulatório de Saúde Mental

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

BCG - Vacina Bacilo de Calmette-Guerin

BI - Business Intelligence

BIPAP - Pressão Positiva em Dois Níveis nas Vias Aéreas

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais

CadWeb - Sistema de Informação de Cadastro do Sistema Único de Saúde

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial - Dr. Jorge Nisiide "Lugar Possível"

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CARE - Sistema Estadual de Regulação/Central de Acesso a Regulação do Paraná/Sistema de Controle de Agendamentos e Regulação de Exames?

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho não encontrei no documento



CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEAPAC - Centro de Apoio a Projetos de Ação Comunitária

CEAPAC - Centro de Atendimento Psicossocial de Assistência Comunitária

CEMEPAR - Centro de Medicamentos do Paraná

CENOR - Centro de Ortodontia (não encontrei no texto)

CENSE - Centro de Socioeducação

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEONC - Centro de Oncologia do Oeste do Paraná

CER II - Centro Especializado em Reabilitação - Físico e Intelectual

CERTI - Centro de Revitalização da Terceira Idade

CEU das Artes - Centro de Artes e Esportes Unificados

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

CGFAP - Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária

CGIAE - Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária

CIB - Comissão Intergestores Bipartite



CID-10 - Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão

CISCOPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIVP - Certificado Internacional de Vacinação

CLP - Centro de Liderança Pública

CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social

CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CMEIs - Centros Municipais de Educação Infantil

CMPC - Conselho Municipal de Políticas Culturais

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CMT - Caderno Estatístico de Toledo

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNS - Cartão Nacional de Saúde

COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde

COMAD - Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

CONSAMU - Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná

COPEL - Companhia Paranaense de Energia

COREME - Comissão de Residência Médica



COREMU - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

COSEMS (PR) - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CPTOLE - Cadeia Pública de Toledo

CRAS - Centro de Referência e Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRIE - Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais

CRL - Central de Regulação de Leitos

CRM - Conselho Regional de Medicina

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CTA/SAE - Centro de Testagem e Aconselhamento / Serviço de Atendimento Especializado

CVIA - Coordenação de Vigilância Ambiental

DAF - Direção de Assistência Farmacêutica

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DAV - Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDAs - Doenças Diarreicas Agudas

DEPEN - Departamento de Polícia Penal do Estado

DESF - Departamento de Saúde da Família



DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito

DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do IPEA

DML - Depósito de Material de Limpeza

DNC - Doenças de Notificação Compulsória

DNV - Declaração de Nascido Vivo

DO - Declaração de Óbito

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DTA - Doença Transmitida por Alimentos

DTP - Difteria, Tétano e Coqueluche

DVS - Departamento de Vigilância em Saúde

DVVZI - Divisão de Vigilância de Zoonoses e Intoxicações

EAP - Equipe de Atenção Primária

EAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional

EC - Emenda Constitucional

ECG - Exame de Eletrocardiograma

E-Gestor - Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde

EJA - Educação de Jovens e Adultos

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

EMULTI - Equipe Multiprofissional de Atenção Primária



EPI - Equipamento de Proteção Individual

EPS - Educação Permanente em Saúde

ERSM - Estratificação de Risco em Saúde Mental

ESB - Estratégia Saúde Bucal

ESBD - Estratégia Saúde Bucal Diferenciada

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESFB - Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

ESFB - Estratégia Saúde da Família

ESFSB - Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

FAF - Fundo a Fundo

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública

Festin - Festival de Inverno

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FOFA - Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FPO - Ficha de Programação Orçamentária

GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial

GBCR - Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

GM/MS - Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

G-SUS - Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS



GT - Grupo de Trabalho

GUT - Gravidade, Urgência e Tendência

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HB - Hepatite B

HGU - Hospital Geral Unimed

Hib - Haemophilus Influenzae tipo b

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HOESP - Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná

HRT - Hospital Regional de Toledo

HUOP - Hospital Universitário do Oeste do Paraná

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDEAS - Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Municipal

IDS - Informações de Saúde do Ciscopar

ILPIS - Instituições de Longa Permanência para Idosos

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico

IPDM - Índice IPARDES de Desempenho Municipal

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada



IPTU - Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotrices

IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

ITBI - Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis

ITCG - Instituto de Terras, Cartografia e Geociências

ITR - Imposto Territorial Rural

LACEN - Laboratório Central do Estado

LAI - Lei de Acesso à Informação

LC - Lei Complementar

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

LIRAA - Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti

LOA - Lei Orçamentária Anual

MAC - Média e Alta Complexidade

MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MDDA - Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas

MEC - Ministério da Educação

Mpox - Monkeypox (Varíola dos macacos)

MS - Ministério da Saúde



MVCIs - Mortes Violentas com Causa Indeterminada

MWh - Megawatt-hora

NACA - Núcleo de Atendimento à Criança e ao Adolescente

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOTIVISA - Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária

NR - Normas Regulamentadoras

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OCIs - Ofertas de Cuidado Integral

OCIs - Ofertas de Cuidados Integrados

ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAD - Programa de Atenção Domiciliar

PAM 24h - Pronto Atendimento Municipal 24h

PAP - Piso de Atenção Primária

PARA-PR - Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos

PAS - Programação Anual da Saúde



PBA - Projeto Básico Arquitetônico

PCD - Pessoa com Deficiência

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEP - Prevenção Combinada a Profilaxia Pós Exposição ao HIV

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMAE - Programa Mais Acesso a Especialistas

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAES - Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue

PNE - Pessoas com Necessidades Especiais

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde



PNS - Plano Nacional de Saúde

PNTD - Plataforma Nacional de Telediagnóstico

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POPs - Protocolo Operacional Padrão

PPA - Plano Plurianual

PPL - Pessoas Privadas de Liberdade

PR - Paraná

PreP - Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PRM MFC - Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

PROFITOO - Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PSE - Programa Saúde na Escola

PSR - Pessoas em Situação de Rua

PSS - Processo Seletivo Simplificado

PTS - Plano Terapêutico Singular

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PUC-PR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais



RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RASB - Rede de Atenção em Saúde Bucal

RAU - Rede Estadual de Atenção às Urgências

RCL - Receita Corrente Líquida

RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

RESP - Registro de Eventos em Saúde Pública

RH - Recursos Humanos

RNDS - Rede Nacional de Dados em Saúde

RS - Região de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

RSI - Regional de Saúde

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

RT - Responsável Técnico

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



SANEPAR - Companhia de Saneamento do Paraná

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SCP - Sistema de Contabilidade Pública

SCPA - Sistema de Cadastro e Permissão e Acesso

SEI - Sistema Eletrônico de Informações

SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENARC - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania

SERE - Sistema Estadual de Registro Escolar

SESA - Secretaria Estadual da Saúde

SGOP - Sistema de Gestão de Operadores

SGP - Sistema de Gerenciamento de Programas

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIB - Sistema de Informação de Beneficiários

SIES - Sistema de Gerenciamento de Insumos Estratégicos

SIGO - Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias

SIGSS - Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade



SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SISAVAIMUNO - Sistema de Avaliação de Imunobiológicos sob Suspeita da SESA/PR

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIVEP - Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica

SIVEP-Gripe - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

STT - Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde



SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Serviço de Verificação de Óbito

SVO - Serviços de Verificação de Óbitos

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (Análise de Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças - em português, conhecida como Matriz FOFA)

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TeleECG - TeleEletrocardiograma

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

TFT - Taxas de Fecundidade Total

TICs - Tecnologias da Informação e Comunicação

TSB - Técnicas de Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UF - Unidade Federativa

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UOPECCAN - Unidade de Oncologia do Paraná

UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento 24h

URT - Unidade Referência de Toledo



UTFPR - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UVZ - Unidade de Vigilância de Zoonoses

VBP - Valor Bruto da Produção Agropecuária

VIEP - Vigilância Epidemiológica

VISA - Vigilância Sanitária

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

XML - Extensible Markup Language

23. ANEXOS

ANEXO I - QUADRO DE RESPONSÁVEIS, CORRESPONSÁVEIS E FONTES DE APURAÇÃO DAS METAS DO PMS 2026-2029

O presente anexo apresenta a identificação dos responsáveis, corresponsáveis e fontes de apuração das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2026-2029. Seu objetivo é complementar o quadro de indicadores e metas, especificando os setores encarregados da execução, do apoio e do monitoramento, de modo a assegurar maior clareza, transparência e efetividade na gestão do plano.

Descrição da Meta	Responsável	Corresponsáveis	Fonte de Apuração
1.1.1 - Capacitar, anualmente, pelo menos 20% dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde sobre os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Atenção Primária à Saúde (APS).	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Vigilância em Saúde e Departamento de Gestão em Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Relatório Estatístico
1.1.2 - Manter o índice de resolutividade em consultas médicas na Atenção Primária à Saúde igual ou superior a 85%.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Gestão em Saúde, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental e Departamento da Rede de Atenção Especializada	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Gerador de Relatório



1.1.3 - Alcançar, até 2029, taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), menor que 300.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada	da	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

1.1.4 - Manter a Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde em 100%.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento de Gestão em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Sistema e-Gestor (https://egestor.ab.saude.gov.br/)

1.1.5 - Alcançar, até 2029, pelo menos 80% das unidades (ESF ou EAP), com no mínimo seis registros de atividades coletivas voltadas para os seguintes públicos: gestantes, idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários de tabaco e indivíduos com transtorno mental.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)

1.1.6 - Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde		Sistema e-Gestor (https://egestor.ab.saude.gov.br/)



1.1.7 - Realizar 84%, de Departamento Departamento de Sistema
consultas para da Rede de Assistência Integrado de
acompanhamento de Atenção Farmacêutica Gestão de
pacientes com Hipertensão Primária à Serviços de
Arterial Sistêmica (HAS) na Saúde Saúde (SIGSS)
APS, anualmente.

1.1.8 - Realizar 84%, de Departamento Departamento de Sistema
consultas para da Rede de Assistência Integrado de
acompanhamento de Atenção Farmacêutica Gestão de
pacientes com Diabetes Primária à Serviços de
Mellitus (DM) na APS, Saúde Saúde (SIGSS)
anualmente.

1.1.9 - Realizar pelo menos 12 Departamento Sistema
ações coletivas de educação da Rede de Integrado de
alimentar e nutricional, Atenção Gestão de
voltadas à população com Primária à Serviços de
temática da Alimentação Saúde Saúde (SIGSS)
Saudável, anualmente.

2.1.1 - Manter acima 93% a Departamento Departamento da Sistema de
Proporção de nascidos vivos da Rede de Rede de Atenção Informações
de mães com sete ou mais Atenção Especializada Sistema de
consultas de pré-natal. Primária à Informações
Saúde sobre Nascidos
Vivos (SINASC)
site SESA -
TABNET

2.1.2 - Realizar visita domiciliar Departamento Sistema
em no mínimo 50% das da Rede de Integrado de
puérperas até o 5º dia pós Atenção Gestão de
parto, até 2029. Primária à Serviços de
Saúde Saúde (SIGSS)



2.1.3 - Atingir 0,56 de razão na realização de exames citopatológico em população feminina de 25 a 64 anos.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

2.1.4 - Aumentar a razão de exames de mamografia em população feminina de 50 a 69 anos a cada 2 anos.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

2.1.5 - Diminuir o número de óbitos maternos, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada e Departamento de Vigilância em Saúde	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) site SESA - TABNET

3.1.1 - Manter abaixo de 10 a taxa de mortalidade infantil.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Departamento da Rede de Atenção Especializada	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

3.1.2 - Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência.	Departamento da Rede de Atenção	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental,	Sistema de Informações



	Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada e Departamento de Assistência Farmacêutica	sobre Nascidos Vivos (SINASC)
3.1.3 - Realizar visita domiciliar em no mínimo 50% dos recém-nascidos até o 5º dia após o nascimento.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde		Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
3.1.4 - Reduzir progressivamente o número de crianças em fila de espera para acolhimento no CAPS i, visando atingir até 2029 um quantitativo igual ou inferior a 137 pacientes em fila.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Relatório bimestral da Criança e Adolescente (CMDCA)
3.1.5 - Reduzir gradualmente a fila de espera para atendimento em Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, alcançando até 2029 um quantitativo igual ou inferior a 145 crianças e adolescentes, aguardando em fila de espera para atendimento.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Relatório bimestral da Criança e Adolescente (CMDCA)
3.1.6 - Alcançar, até 2029, pelo menos 50% das crianças, com o mínimo de 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Gestão em Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Sistema de Informações



	sobre Nascidos Vivos (SINASC)				
4.1.1 - Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, por fratura de fêmur.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento da Rede de Atenção Especializada e Departamento da Rede de Atenção às Urgências Emergências	de em da	Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	
4.1.2 - Atender com 1 consulta, no mínimo, 80% da população idosa, anualmente.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental e Departamento de Assistência Farmacêutica	da	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	
4.1.3 - Garantir que, até 2029, pelo menos 90% da população idosa do município, estimada pelo IBGE, receba ao menos uma visita domiciliar por ano, fortalecendo o acompanhamento e a promoção da saúde desse público.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Departamento da	da e	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	



Rede de Atenção à Saúde Mental			
5.1.1 - Atingir 50% pré-natal do parceiro conforme protocolo vigente na rede municipal, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde		Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
5.1.2 - Realizar anualmente, no mínimo, 12 ações coletivas referente a Saúde do Homem.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento de Assistência Farmacêutica e Departamento de Vigilância em Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
6.1.1 - Manter no mínimo 60 atendimentos, ao ano, para o Centro Especializado Odontológico/CEO destinado às pessoas com deficiência.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Sistema IDS (CISCOPAR)
7.1.1 - Alcançar pelo menos 57% de Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Sistema e-Gestor (https://egestor.ab.saude.gov.br/)



7.1.2 - Realizar anualmente, pelo menos, 260 ações coletivas da escovação dental supervisionada (nas Escolas Municipais).	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)

7.1.3 - Manter abaixo de 3% o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)

8.1.1 - Implantar e manter o Comitê de Análise de Óbitos de investigação obrigatória e garantir seu funcionamento nos anos subsequentes.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Portaria/ato de instituição do comitê. Lista de presença das reuniões

8.1.2 - Realizar 100% dos ciclos anuais do LIRAA conforme cronograma estabelecido, com análise e divulgação tempestiva dos resultados.	Departamento de Vigilância em Saúde	Relatório da Vigilância, assinado pela direção com cronograma

8.1.3 - Reduzir gradativamente, até 2029, a média anual do Índice de Infestação Predial (IIP) detectado nos ciclos do LIRAA, alcançando o valor máximo de 2.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e	Relatório do LIRAA



		Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Gestão em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	
8.1.4 - Realizar, no mínimo, 12 palestras por ano, para população com a temática de combate à dengue.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
8.1.5 - Manter em 75% a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Departamento de Vigilância e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).
8.1.6 - Manter igual ou superior a 97% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção às Urgências e	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)



	Emergências, Departamento Administrativo e Financeiro	
8.1.7 - Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Departamento de Vigilância em Saúde	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e SIVEP-GRIPE
8.1.8 - Manter igual ou superior a 90%, a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção Especializada
8.1.9 - Realizar 100% ao ano da proporção de análises programadas, das amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Departamento de Vigilância em Saúde	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA)
8.1.10 - Manter em 0 a incidência de HIV/AIDS em menores de 5 anos.	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Dados (drive) da Vigilância em Saúde - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
8.1.11 - Manter em 0 o número de casos novos de sífilis	Departamento da Rede de Atenção	Dados (drive) da Vigilância em Saúde - Sistema



congenita em menores de 1 ano de idade.	Primária à Saúde	de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

8.1.12 - Realizar, pelo menos, 20 ações coletivas, ao ano, com o tema saúde do trabalhador, para os profissionais, gestores e trabalhadores em geral.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento Administrativo Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Gestão em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Cálculo para indicadores da Vigilância em Saúde (Drive) ou Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)

8.1.13 - Inspeccionar 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas sob responsabilidade do	Departamento de Vigilância em Saúde	Cálculo para indicadores da Vigilância em Saúde (Drive)



município com Roteiro
Objetivo de Inspeção (ROI).

9.1.1 - Realizar, no ano seguinte ao acompanhamento, consultas farmacêuticas para, no mínimo, 5% dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) identificados e acompanhados em unidades da APS.	Departamento de Assistência Farmacêutica	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

9.1.2 - Realizar, no mínimo, 25% do total anual de consultas farmacêuticas destinadas a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM).	Departamento de Assistência Farmacêutica	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

9.1.3 - Realizar no ano seguinte ao acompanhamento, consultas farmacêuticas para, no mínimo, 5% dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) identificados e acompanhados em unidades da APS.	Departamento de Assistência Farmacêutica	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

9.1.4 - Manter no máximo 3% de percentual de perda de medicamento do estoque.	Departamento de Assistência Farmacêutica	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)



9.1.5 - Realizar pelo menos 6 ações coletivas, voltadas a população para fins de divulgação/orientação sobre Assistência Farmacêutica, anualmente.	Departamento de Assistência Farmacêutica	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

10.1.1 - Implantar e publicizar 4 Protocolos/Fluxos entre Atenção Primária, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, serviços de emergência e atenção especializada, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento da Rede de Atenção Especializada e Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Site oficial da Prefeitura de Toledo-PR.

10.1.2 - Realizar, anualmente, 48 Ações Coletivas Intersetoriais com unidades externas à Secretaria de Saúde, tais como: Justiça, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, entre outros.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental		Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

10.1.3 – Manter menor ou igual a 12, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada,	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)



	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Gestão em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde		
10.1.4 - Atingir 100% dos CAPS com no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por CAPS, com equipes de Atenção Primária à Saúde, anualmente.	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental		Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
11.1.1 - Reduzir para, no máximo, 254 pacientes em lista de espera para acolhimento do Centro Especializado de Reabilitação - CER II, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental e Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
11.1.2 - Diminuir para menor ou igual a 23.885 pacientes em Listas de Espera de Consultas Especializadas, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)
11.1.3 - Implantar/atualizar e publicar 8 Protocolos/Fluxos para acessos às Consultas Especializadas, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde	Site oficial da Prefeitura de Toledo



11.1.4 - Implantar/atualizar e publicar 4 Protocolos/Fluxos para acessos às Exames/Procedimentos Especializados, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção Especializada	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão em Saúde e Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Site oficial da Prefeitura de Toledo

11.1.5 - Regular, pelo menos 30%, dos encaminhamentos para consultas especializados, até 2029.	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento da Rede de Atenção Especializada e Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório

12.1.1 - Atingir 100% dos registros em sistema de informação, nas unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE), referente as situações de pacientes em observação, até 2029.	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Departamento de Gestão em Saúde e Departamento Administrativo e Financeiro	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)

12.1.2 - Manter abaixo de 1, o Coeficiente de Mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal.	Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde e Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Relatório Estatístico mensal enviado pela UPA e PAM

13.1.1 - Realizar e divulgar, anualmente, dois documentos:	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da	Site oficial da Prefeitura de Toledo



1) Pesquisa junto aos profissionais da rede municipal de saúde para identificar necessidades de capacitação;

2) Plano de Educação em Saúde, elaborado com base nos resultados da pesquisa, direcionado aos profissionais da rede municipal.

Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde

13.1.2 - Assegurar a participação de, no mínimo, 40% de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em ações de educação permanente e/ou continuada anualmente.

Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) e Relatório Estatístico Mensal



			Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde
13.2.1	- Implantar programas de residências multiprofissionais e/ou médica, até 2029.	02 Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde
			Portaria ou documento equivalente publicado no site Oficial do município



13.3.1 - Ampliar, anualmente, em 2% o número de servidores efetivos em relação a dezembro do ano anterior.

Gabinete da
Secretaria
Municipal de
Saúde

da
Departamento Administrativo e Financeiro,
Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental,
Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências,
Departamento da Rede de Atenção Especializada,
Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde,
Departamento de Assistência Farmacêutica,
Departamento de Gestão em Saúde e
Departamento de Vigilância em Saúde

Relatório
estatístico
Mensal.

14.1.1 - Diminuir o percentual de Ouvidorias de Reclamações na rede para 15%, até 2029.

Gabinete da
Secretaria
Municipal de
Saúde

da
Departamento Administrativo e Financeiro,
Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental,
Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências,
Departamento da Rede de Atenção Especializada,

Sistema de
Gestão de
Ouvidoria
(SIGO).



			Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Gestão em Saúde e Departamento de Vigilância em Saúde	
14.1.2 - Alcançar e manter em, no mínimo 80%, a satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria do SUS.	Departamento de Gestão em Saúde		Sistema de Gestão de Ouvidoria (SIGO) e Relatório do Departamento de Gestão, com o resultado da pesquisa de satisfação baseado nos dados retirados do SIGO, assinado pelo diretor responsável.	
14.1.3 - Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos juntamente com o Conselho Municipal de Saúde.	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências,	Relatório do Departamento de Gestão, Atas e relatórios finais da Conferência Municipal de Saúde, publicações do Conselho	



		Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde
15.1.1 - Adquirir 08 veículos para renovação e/ou ampliação da frota, até 2029.	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro	Sistema de Frotas do Município e Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS).		
15.1.2 - Aplicar no mínimo 15% da receita de impostos em ações e serviços públicos de saúde, por exercício	Departamento Administrativo e Financeiro	Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão em Saúde e Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental	Dados utilizados para Audiência Pública da Saúde.		



15.1.3 - Construir e/ou ampliar 6 unidades de saúde, incluindo polos do Programa Academia da Saúde e outros equipamentos de apoio à promoção da saúde, até 2029.	Departamento Administrativo e Financeiro	Departamento de Gestão em Saúde	Relatório gerado pelo Departamento Financeiro da SMS, assinado pelo diretor responsável.

15.1.4 - Reformar 2 unidades de saúde e/ou outros equipamentos de apoio à promoção da saúde, incluindo polos do Programa Academia da Saúde, até 2029.	Departamento Administrativo e Financeiro	Departamento de Gestão em Saúde	Relatório gerado pelo Departamento Financeiro da SMS, assinado pelo diretor responsável.

15.1.5 - Implantar e estruturar uma Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ) para fortalecer a vigilância, prevenção e controles das zoonoses e agravos relacionados no município, com equipe multiprofissional, estrutura física adequada e plano de ação anual instituído.	Departamento de Vigilância em Saúde	Departamento Administrativo Financeiro	Relatório gerado pelo Departamento Financeiro da SMS, assinado pelo diretor responsável.

16.1.1 - Garantir que 100% dos indicadores da listagem publicada estejam contemplados em painéis de informação, até 2029.	Departamento de Gestão em Saúde		Relatório do Departamento de Gestão assinado pela direção.



16.1.2 - Ampliar, até 2029, as ações de Telessaúde (teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telerregulação, entre outros) para pelo menos 2 novas especialidades e/ou exames.	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Vigilância em Saúde e Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde	Relatório do Departamento de Gestão assinado pela direção.

16.1.3 - Aumentar gradualmente, o percentual anual, de profissionais da rede de saúde capacitados em temas de Saúde Digital, incluindo sistemas de informação, novas tecnologias, softwares, atualizações entre outros.	Departamento de Gestão em Saúde	Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Gerador de Relatório



Especializada,
Departamento da
Rede de Atenção
Primária à Saúde,
Departamento de
Assistência
Farmacêutica,
Departamento de
Vigilância em Saúde
e Gabinete da
Secretaria Municipal
de Saúde



ANEXO II – PROPOSTAS APROVADAS NA XVI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2022.

As 39 propostas aprovadas durante a XVI Conferência Municipal de Saúde de Toledo serão apresentadas a seguir:

Proposta n.º 1 Abertura imediata do hospital Regional com agência transfusional.

Proposta n.º 2 Implantação do piso nacional da enfermagem no município de acordo com a lei federal já sancionada. Revisão do piso das demais categorias.

Proposta n.º 3 Ampliação da equipe multiprofissional na atenção primária com: psicólogos, fisioterapia, farmacêutico, fonoaudióloga e educador físico.

Proposta n.º 4 Local para atendimentos do Ambulatório Materno Infantil com consultórios adequados para todos os atendimentos necessários: sala de reuniões e treinamentos, espaço verde com parquinho para avaliação motora e de estimulação das crianças, sala adaptada para atendimento de terapia ocupacional, sala com acústica para atendimento de Fonoaudiologia, sala de vacina, sala de procedimentos ginecológicos, sala de curativo, sala de inalação, farmácia, consultório odontológico e demais setores inerentes ao bem-estar da coletividade, de acordo com disponibilidade orçamentária municipal ou por meio de recursos estaduais e federais.

Proposta n.º 5 Ampliação de profissionais de odontologia nas unidades de saúde.

Proposta n.º 6 Ampliação da cobertura de Atenção Primária à Saúde no município, contemplando equipes de Estratégia Saúde da Família



proporcional à população do município, considerando ainda cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.

Proposta n.º 7 Implantação de um centro especializado em reabilitação para atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual com possibilidades de parcerias com universidades, entidades filantrópicas e associações não governamentais.

Proposta n.º 8 Garantir o fornecimento da REMUME para medicamentos da atenção básica (psicotrópicos, cardíacos, hipertensivos).

Proposta n.º 9 Sede nova para a Central de Especialidades, com local próprio e definitivo, já com a projeção de crescimento para os próximos 10 anos.

Proposta n.º 10 Ampliar, dentro das possibilidades do governo, a estrutura física das unidades de saúde que recebem alunos das instituições de ensino superior com cursos na área da saúde, as quais fazem parte do contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES).

Proposta n.º 11 Ampliação da assistência farmacêutica, com a ampliação de pontos de atendimento com a presença do profissional formado em farmácia em tempo integral.

Proposta n.º 12 Uso de sinalização por cores para orientar os usuários sobre fluxo de atendimento na UBS com painel explicativo.

Proposta n.º 13 Oferecer à população em geral, colaboradores de empresas e escolas, capacitações e treinamentos de primeiros socorros em parceria com servidores da UBS, instituições de Ensino Superior, entre outros.

Proposta n.º 14 Ampliação do Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais de alto risco (estrutura física e funcional).



Proposta n.º 15 Criação de ala na UPA destinada à permanência de pacientes de saúde mental que necessitem aguardar internamento para leito psiquiátrico através da Central de Regulação de Leitos da SESA-PR.

Proposta n.º 16 Garantir a execução do PSE (Programa Saúde na Escola) nas escolas municipais, estaduais e privadas, com ampla divulgação.

Proposta n.º 17 Pleitear habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde, nos bairros Jardim Coopagro e Vila Industrial.

Proposta n.º 18 Implantação do controle de acessos às unidades de urgência do município, com as adequações estruturais e contratação de recursos humanos que se façam necessários.

Proposta n.º 19 Manter estrutura física, interna e externa, que atenda às necessidades dos usuários nas unidades básicas de saúde.

Proposta n.º 20 Equipar todos os tipos de transportes sanitários de forma a garantir o atendimento de pessoas obesas.

Proposta n.º 21 Implantação do controle de acessos às unidades de urgência do município com as adequações estruturais e contratação de recursos humanos que se façam necessários (proposta repetida).

Proposta n.º 22 Ampliação de Unidades Básicas de Saúde com horário estendido das 07h00 às 19h00 em diferentes territórios, com número de profissionais adequados.

Proposta n.º 23 Manter os atendimentos de emergências odontológicas nas UBS.

Proposta n.º 24 Manter os agendamentos de consultas para idosos e deficientes por telefone, conforme lei municipal, e garantir os atendimentos de retorno dos pacientes com condições crônicas.



Proposta n.º 25 Implantar equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental para atendimento de transtornos mentais mais prevalentes e com risco moderado, e apoio à Atenção Primária à Saúde no acompanhamento dos pacientes de baixo risco em Saúde Mental.

Proposta n.º 26 Aquisição de equipamentos adequados (áudio e vídeo) para viabilizar a transmissão das reuniões do Conselho Municipal de Saúde pela internet, permitindo a participação da população nas reuniões do CMS.

Proposta n.º 27 Aumentar a cobertura de atendimento odontológico por meio de contratação de profissionais com horários estendidos, intensificando o tratamento preventivo.

Proposta n.º 28 Prioridade no agendamento de atendimentos para os diversos públicos prioritários, mediante melhorias do sistema de informação de agendamento.

Proposta n.º 29 Instituir programa completo de atendimento ao controle e combate à obesidade adulta e infantil, contemplando atendimento com médico clínico, nutricionista, assistência farmacêutica, psicólogo, educador físico e outros especialistas, podendo ser em parceria com a Secretaria de Esportes e Lazer para aplicação das atividades físicas regionalizadas (bairros).

Proposta n.º 30 Garantir acompanhamento e assistência cardiológica para pacientes em seguimento na especialidade de cardiologia mediante apresentação de contrarreferência.

Proposta n.º 31 Ter agentes comunitários de saúde para atender a população do bairro 10 de maio (atualmente vem sendo atendido por ACS do Concórdia do Oeste).



Proposta n.º 32 Manter agilidade no agendamento de exames de imagem, quando eletivos, mediante recursos e cotas extras, e garantir agilidade quando forem solicitados pela urgência e emergência.

Proposta n.º 33 Equipar a Unidade Básica de Saúde de Cerro da Lola com ar-condicionado, refrigerador e internet.

Proposta n.º 34 Ativar atendimento odontológico nas UBS dos interiores do município.

Proposta n.º 35 Garantir para pacientes acamados transporte sanitário aos que precisam se deslocar na cidade para tratamentos como fisioterapia, fonoaudiologia, tratamentos longos com periodicidade, e aumento da disponibilidade de veículos e motoristas.

Proposta n.º 36 Providenciar transporte coletivo de pacientes residentes nos distritos do interior para levá-los a consultas, procedimentos e exames na cidade de Toledo ou para fora do município, facilitando a acessibilidade.

Proposta n.º 37 Disponibilizar a dispensação da medicação controlada nas Unidades Básicas de Saúde do interior ao menos uma vez por semana.

Proposta n.º 38 Facilitar o acesso à coleta e realização de exames laboratoriais nos distritos do interior.

Proposta n.º 39 Manter a celeridade nas filas de espera nas especialidades mediante aumento de cotas mensais no contrato via CISCOPAR e/ou a liberação de recursos extras pela gestão municipal. Garantir a contratação de servidores conforme o aumento de demanda para agendamento.



ANEXO III – RESOLUÇÃO Nº 031, DE 08 DE OUTUBRO DE 2025.



ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

LEI Nº 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010

ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE

O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

Ano XV

Toledo, 06 de novembro de 2025

Edição nº 4533

Página 169 de 170



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Município de Toledo

Estado do Paraná

RESOLUÇÃO Nº 031, de 08 de outubro de 2025,

Dispõe sobre a Aprovação do Plano Municipal de Saúde de
Toledo (PMS) 2026 – 2029.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Toledo, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pelas Leis Nacionais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal 1.642 de 06 de maio de 1991, e alterações posteriores, atendendo ao princípio da participação e do controle social, vem tornar público que, em Reunião Extraordinária do dia 07 de outubro de 2025 às 18h15min, no Conselho Municipal de Saúde, sito à Rua Santo Campagnolo, 1216, Vila Industrial;

RESOLVE:

Art. 1º APROVAR o Plano Municipal de Saúde de Toledo (PMS) 2026 – 2029.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.


JAIRO MARCOS ZSCHORNACK
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Conselho Municipal de Saúde, Rua Santo Campagnolo, 1216, Edifício Alberto Santos Dumont, sala 101 – Centro – Toledo/Pr 85.905-010.
Fone (45) 99105-0265 E-mail cms00@gmail.com