



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Plano Municipal de Saúde**  
**Ponta Grossa 2014 / 2017**

**Ponta Grossa**  
**2013**

**Prefeito**

Marcelo Rangel Cruz de Oliveira

**Secretário Municipal de Saúde**

Erildo Vicente Muller

**Superintendente Municipal de Saúde**

Isaias Cantoia Luiz

**Supervisora de Gestão em Saúde**

Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

**Supervisor de Vigilância em Saúde**

Carlos Eduardo Coradassi

**Supervisor de Gestão Hospitalar**

Ângela Conceição de Oliveira Pompeu

**Ouidora**

Daniele Calixto

**GRUPO COLABORADOR**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Adalberto Kusdra

Alexandra Grando Moreira da Cunha

Alexandra Luise Lopes

Ana Paula A. Rocha Ohata

Ana Paula Garbuio Cavalheiro

Angela Sueli Raimundo Pauli

Augusto Carlos Francesco Garofani

Bibiani Polli Stanger

Caroliny Stocco

Diego Osmar Rodrigues

Doroty Izabel de Avila Pietrobeli

Edenilde Aparecida Bastos

Elaine Cristina L. Machado

Elaine Peclat Bastos

Elci Kamradt

Eliana Hauagge Cecatto

Eliane Fernandes

Enio Naves Pereira

Fábia Cristine Rocha

Fabricio José dos Santos Alves

Fernanda Bierhals Spinelli

Giselde Siqueira Carneiro

Helsinki Carrielo

Jacir da Silva Pinto  
Julita Simone Rentscher  
Karin Marian da Costa Agner  
Kelly Regina Durski Pinheiro  
Kely Cristina P. Hauser  
Leandro Monteiro Inglês  
Leia Regina Lopes  
Leidy Gonçalves da Silva  
Lilian Maria P. dos Santos  
Lucelia Kubaski  
Luciana Setim Criminácio  
Luiz Antônio Delgobo  
Marcos da Silva Rocha  
Maria Aparecida da Costa Silva  
Marivalda Zeny  
Michele de F. Moraes Rodrigues  
Miguel Moraes Martins  
Paola Renata Ferreira Horochoski Koloda  
Patrícia T. Macedo S. Lada  
Paula Gisele Rocha Cabral Braz  
Pedro Ricardo Souza Compasso  
Priscilla V. Alves Santos  
Regina Aparecida R. Simensati  
Renato Van Wilpe Bach  
Rosana Aparecida Barbosa  
Sílvia Dimbarre Inglês

Silvio César V. Tabora

Silvio Tozetto Kaveski

Sonia Aparecida Calixto

Sonia Weber Ribas

Teresa Cristina de Souza Prestes

Tereza Lopes Miranda

Ursula Kimmelmeier

Vilma Teresinha Zardo

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Presidente: Sergio Ferreira Doszanet  
Vice-Presidente: Carlos Eduardo Coradassi  
1º Secretário: Paulo Saincler Heusi  
2ª Secretária: Eliane de Freitas

### **TITULARES**

Anizia Harodenski  
Carlos Eduardo Coradassi  
Cássia Zweissel M. Gesuato  
Célio Leandro Rodrigues  
Charles Eduardo Marques  
Charles Renan Pinto Aurélio  
Elaine Cristina A. Rinaldi  
Elci Terezinha Veiga Costa  
Evelise Terumi Ogatta Yadomi  
Inez Rosemari Sifraide  
Jiovany do Rócio Kissilevicz  
João Carlos dos Santos Camargo  
João Sandro Fiúza  
José Timóteo Vasconcellos  
Marcia Aparecida Barboza  
Mauricio Alonço Garcia  
Oscar José Campagnoli  
Recson Eder M. Pelentil  
Regina Aparecida Rodrigues  
Regina Bittencourt  
Sergio Luiz F. de Andrade  
Tatiana Menezes G. Cordeiro

## **SUPLENTES**

Claudir Messias da Rosa

Ednamara Mariano Pereira

Edson Luiz Costa

Edson Luiz Ribeiro Ramos

Elisabete Aparecida Antunes do Nascimento

Elysangela Bernardo Moromisa

Fabiana Santos Dutra

Francisco Nestor Marochi

Gerson Alfredo de Paula

Gilmar de Oliveira

Jaime Menegoto Nogueira

João Torres Pereira Junior

Juliana de Jesus Maciel

Leandro Soares Machado

Maria Adelaide Wanke

Mauro Cesar Carvalho Pereira

Regina Bittencourt

Richard Wagner Zuge

Simone Schenfeld Monçalves

Sonia Ruiz Santana Gonçalves.

Vanda Maria Arcoverde da Silva

Vera Lucia Wosgerau

Vilma Terezinha Zardo

## **INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 3º Regional de Saúde – Ponta Grossa
- Associação Beneficente e Cultural dos Aposentados e Pensionistas Ferroviários de Ponta Grossa (ASFER).
- Associação Brasileira de Odontologia - ABO
- Associação dos Trabalhadores Rurais da Reforma Agrária (ATERRA).
- Associação Pontagrossense de Farmacêuticos – ASPONFAR.
- Central de Movimentos Populares (CMP).
- Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – Faculdades Integradas Cescage
- Centro de Equoterapia dos Campos Gerais
- Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN).
- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região - CREFITO
- Conselho Regional de Odontologia do Paraná – CRO.
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná
- Federação das Associações de Moradores de Estado do Paraná.
- Instituto Sul Paranaense de Oncologia – ISPON
- Movimento Popular do Estado do Paraná.
- Núcleo Regional de Serviço Social Ponta grossa e Região - NUCRESS.
- Pastoral da Criança (Diocese de Ponta Grossa).
- Sindicato dos Empregados de Empresas de Segurança, Vigilância, Transporte de Valores, e Trabalhadores em vigilância, Segurança Orgânica de Ponta Grossa e Região.
- Sindicato dos Empregados no comércio de Ponta Grossa



- Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos em Serviços de Saúde de Ponta Grossa.
- Sindicato dos Servidores Públicos Municipais - SINSERV
- Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas de Reparação de Veículos e Acessórios de Ponta Grossa.
- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Ponta Grossa e Região.
- Sindicato Estadual dos Servidores Públicos da Agricultura e Meio Ambiente,
- Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE .....</b>	<b>24</b>
<b>3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 REDE FÍSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2.1 ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2.3 ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>49</b>
<b>3.2.5 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2.6 ATENÇÃO HOSPITALAR .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL .....</b>	<b>54</b>
<b>4. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....</b>	<b>58</b>
<b>5. AÇÕES ESTRATÉGICAS .....</b>	<b>75</b>

<b>6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO II – MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA .....</b>	<b>87</b>

## **Apresentação**

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2014-2017, em consonância com o Plano de Governo para Ponta Grossa, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período, tendo como principal objetivo a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde / SUS no âmbito do município.

Construído e aprovado de forma democrática e participativa, contou com a participação dos diversos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde / CMS, conforme preconizado nas normas e nos princípios doutrinários do SUS.

O presente Plano parte de uma análise situacional dos aspectos demográficos e socioeconômicos, do perfil de morbimortalidade e das necessidades de saúde da população, e aponta para as intenções e os resultados a serem alcançados no período de 2014 a 2017, expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Ações Estratégicas, se configurando como um importante instrumento de gestão e de controle social.

O Plano orientará a elaboração do Plano Pluri Anual (PPA), estabelecendo coesão e integração com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), compatibilizando as necessidades do setor saúde com a disponibilidade orçamentária, de forma a reduzir as iniquidades e contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde de nossa população.

Boa leitura e bom trabalho.

Erildo Vicente Muller

**Secretário Municipal de Saúde**

Sergio Ferreira Doszanet

**Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

## **Introdução**

A elaboração deste documento está consubstanciada no que preconiza a Constituição Federal de 1988, e nas normas que aprovam as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento, em especial as Resoluções nº 4 e 5, de 19 de julho de 2012 e 19 de junho de 2013, respectivamente, no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2013 e na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2012.

Tais normas visam promover e consolidar uma cultura organizacional de responsabilização de cada um dos entes federativos, colocando o planejamento na centralidade da agenda da gestão, tendo como principal desafio a necessidade de sincronização dos modelos e instrumentos de gestão nos três níveis, de forma a trazer efetividade e resolutividade às ações de saúde. Preconizam que cada ente deve considerar em seu planejamento as especificidades do território, as necessidades de sua população, a conformação de redes de atenção à saúde, a programação de ações e serviços para a melhoria da qualidade do SUS local e o fortalecimento do controle social, de forma a impactar na melhoria das condições de vida e saúde de sua população.

Em linhas gerais, o Plano visa aperfeiçoar a gestão do SUS no município, de forma a garantir, por meio das Redes de Atenção à Saúde, o acesso integral da população a ações e serviços resolutivos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde.

O Plano expressa a responsabilidade da gestão municipal com a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das Redes, tendo a Atenção Primária como sua ordenadora e porta de entrada.

Em consonância com o Plano de Governo, com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2011 e da I Plenária do CSM em 2013, e com os Planos Nacional e Estadual de Saúde, visa aprimorar a Rede de Atenção às Urgências,

com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção; o fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; a garantia da assistência farmacêutica; a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho e relações do SUS, bem como, e, principalmente a implementação de um novo modelo de gestão, com centralidade na garantia do acesso, da gestão participativa, do controle social, e do financiamento estável.

Em duas Oficinas de Planejamento Estratégico, contando com a participação de cerca de 60 técnicos e o corpo diretivo da Secretaria Municipal de Saúde, e posterior apresentação e contribuição do Conselho Municipal de Saúde, o Plano foi estruturado a partir de uma Análise Situacional dividida em condições de saúde da população, determinantes e condicionantes e análise da gestão da saúde. Traça o perfil epidemiológico da população do município, com base nos diversos Sistemas de Informação, onde são identificados os indicadores de maior relevância e que serão alvo de intervenções. Em um segundo momento, apresenta a estrutura da rede de assistência existente no município, e as perspectivas da gestão, considerando seu Mapa Estratégico.

Após o levantamento e a análise situacional em suas diversas dimensões, foram identificados os principais problemas de saúde da população e do sistema de saúde do município, subsidiando a formulação das Diretrizes de intervenção, com seus respectivos objetivos, metas e ações para o período, considerando a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e a coerência com as políticas dos governos federal e estadual.

Apresentado na 24<sup>o</sup> Reunião do CMS, em 10 de dezembro de 2013, foi aprovado o Plano Municipal de Saúde, com sua formalização por meio da Resolução / , Portaria / XXXX, e posteriormente publicado no DO n<sup>o</sup> , do município de Ponta Grossa, aos xx de dezembro de 2013.

## **2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

### **2.1 Aspectos Demográficos e socioeconômicos.**

O município de Ponta Grossa, fundado em 15 de setembro de 1823, está localizado no centro do estado do Paraná. Possui uma população estimada em 331 084 habitantes (IBGE - 2013), e é um importante vetor de desenvolvimento para uma das regiões mais populosas do Estado, denominada Campos Gerais do Paraná, que hoje conta com uma população de mais de 1 100 000 habitantes (IBGE/2012). As perspectivas quanto ao desenvolvimento econômico do município são muito positivas.



Possui o maior parque industrial do interior do estado, a 4º maior população do Paraná e a 76ª do Brasil. Estudos apontam que nas próximas décadas, considerando sua dinâmica econômica e populacional, chegará próximo dos 500 mil habitantes, o que irá demandar da gestão ações estratégicas de longo prazo. Tem como municípios limítrofes as cidades de Campo Largo, Carambeí, Castro, Ipiranga, Palmeira, Teixeira Soares e Tibagi, e está distante 117 km da capital Curitiba.

**QUADRO 1 - Área Político-Administrativo**

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
Número de Eleitores	TSE	2012	225.984 Eleitores
Prefeito (a)	TRE	2013	Marcelo Rangel Cruz de Oliveira

**QUADRO 2 - Área Social**

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
População Censitária - Total	IBGE	2010	311.611 habitantes
População - Contagem (1)	IBGE	2007	306.351 habitantes
População - Estimada	IBGE	2013	331.084 habitantes
Número de Domicílios - Total	IBGE	2010	105.853 unid
Matrículas na Creche	SEED	2012	3.740 alunos
Matrículas na Pré-escola	SEED	2012	6.784 alunos
Matrículas no Ensino Fundamental	SEED	2012	51.163 alunos
Matrículas no Ensino Médio	SEED	2012	15.851 alunos
Matrículas na Educação Profissional	SEED	2012	2.256 alunos
Matrículas no Ensino Superior	MEC/INEP	2011	16.752 alunos

Fonte: IBGE (2010)

**QUADRO 3 - Infraestrutura**

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
Abastecimento de Água	Sanepar	2012	116.520 unid. atend. (2)
Atendimento de Esgoto	Sanepar	2012	98.530 unid. atend. (2)
Consumo de Energia Elétrica - Total	COPEL	2012	968.831 mwh
Consumidores de Energia Elétrica - Total	COPEL	2012	119.790

Fonte: IBGE (2010)

**QUADRO 4 - Economia**

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
População Economicamente Ativa (PEA)	IBGE	2010	149.288 pessoas
População Ocupada (PO)	IBGE	2010	139.096 pessoas



<b>Número de Estabelecimentos - RAIS</b>	MTE	2011	7.992	
<b>Número de Empregos - RAIS</b>	MTE	2011	81.097	
<b>Produção de Soja</b>	IBGE	2011	245.900	toneladas
<b>Produção de Milho</b>	IBGE	2011	97.580	toneladas
<b>Produção de Trigo</b>	IBGE	2011	33.250	toneladas
<b>Bovinos</b>	IBGE	2011	34.932	cabeças
<b>Equinos</b>	IBGE	2011	1.786	cabeças
<b>Galináceos</b>	IBGE	2011	188.000	cabeças
<b>Ovinos</b>	IBGE	2011	14.000	cabeças
<b>Suínos</b>	IBGE	2011	12.760	cabeças
<b>Valor Adicionado Bruto(VAB) a Preços Básicos - Total</b>	IBGE/lpades	2010	5.279.516	R\$ 1.000,00
<b>VAB a Preços Básicos - Agropecuária</b>	IBGE/lpades	2010	108.420	R\$ 1.000,00
<b>VAB a Preços Básicos - Indústria</b>	IBGE/lpades	2010	1.860.290	R\$ 1.000,00
<b>VAB a Preços Básicos - Serviços</b>	IBGE/lpades	2010	3.310.806	R\$ 1.000,00
<b>Valor Adicionado Fiscal (VAF) - Total</b>	SEFA	2011	5.331.943.664	R\$ 1,00 (P)
<b>VAF - Produção Primária</b>	SEFA	2011	263.788.526	R\$ 1,00 (P)
<b>VAF - Indústria - Total</b>	SEFA	2011	3.239.705.002	R\$ 1,00 (P)
<b>VAF - Comércio/Serviços - Total</b>	SEFA	2011	1.813.459.481	R\$ 1,00 (P)
<b>VAF - Recursos/Autos</b>	SEFA	2011	14.990.655	R\$ 1,00 (P)
<b>Receitas Municipais</b>	Prefeitura	2012	499.902.436,76	R\$ 1,00
<b>Despesas Municipais</b>	Prefeitura	2012	490.776.995,08	R\$ 1,00
<b>ICMS por Município de Origem do Contribuinte</b>	SEFA	2012	492.674.659,54	R\$ 1,00
<b>Fundo de Participação dos Municípios (FPM)</b>	MF/STN	2012	45.217.172,62	R\$ 1,00

Fonte: IBGE (2010)

<b>QUADRO 5 - Indicadores</b>				
<b>INFORMAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>	<b>DATA</b>	<b>ESTATÍSTICA</b>	
<b>Densidade Demográfica</b>	lpades	2012	156,66	hab/km2
<b>Grau de Urbanização</b>	IBGE	2010	97,79	%
<b>Taxa de Crescimento Geométrico</b>	IBGE	2010	1,31	%
<b>Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M</b>	PNUD/IPEA/FJP	2010	0,763	
<b>Índice lpades de Desempenho Municipal - IPDM</b>	lpades	2010	0,7357	
<b>PIB Per Capita</b>	IBGE/lpades	2010	19.012	R\$ 1,00

<b>Índice de Gini da Renda Domiciliar Per Capita</b>	IBGE	2010	0,5437	
<b>Índice de Idosos</b>	IBGE/Ipardes	2010	28,04	%

Fonte: IBGE (2010)

<b>QUADRO 6 - Distribuição Populacional, 2010</b>			
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Menor 1 ano</b>	2385	2184	4569
<b>1 a 4 anos</b>	9404	9234	18638
<b>5 a 9 anos</b>	12544	12324	24868
<b>10 a 14 anos</b>	14479	13994	28473
<b>15 a 19 anos</b>	14392	14078	27261
<b>20 a 29 anos</b>	26978	26594	53572
<b>30 a 39 anos</b>	23492	24915	48407
<b>40 a 49 anos</b>	19512	21639	41151
<b>50 a 59 anos</b>	14522	16621	31143
<b>60 a 69 anos</b>	8335	10204	18539
<b>70 a 79 anos</b>	3955	5717	9672
<b>80 anos e mais</b>	1364	2745	4109
<b>Total</b>	<b>151.362</b>	<b>160.249</b>	<b>311.611</b>

Fonte: IBGE (2010)

Dados da Pnad (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio 2012) mostram que o Brasil possuía 5,8 milhões de mulheres a mais do que homens. De uma população de 195,2 milhões de habitantes, 100,5 milhões --ou 51,5%-- eram mulheres e 94,7 milhões eram homens 48,5% do total.

Em Ponta Grossa, segundo dados do IBGE 2010, 51,4% eram do sexo feminino e 48,6 eram do sexo masculino. Até os 30 anos de idade o quantitativo da população masculina era maior, decrescendo ao longo do ciclo de vida e, conseqüentemente, o quantitativo populacional feminino torna-se maior. Tais fatores estão associados aos registros de casos de morte por causas externas e a um maior cuidado por parte das mulheres com a saúde, fazendo com que sejam focalizadas ações para determinados grupos populacionais, em especial os idosos, que perfazem cerca de 10,37% da população do município.

**QUADRO 7 – População estimada residente por ano**

<b>ANO</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>MÉTODO</b>
<b>2013</b>	331 084	Estimativa
<b>2012</b>	311.611	Estimativa

Fonte: IBGE (2012)

Segundo projeções oficiais, a população de Ponta Grossa poderá atingir o número de 500.000 habitantes em 20 anos, considerando o desenvolvimento econômico da região. Isso demandará uma maior gama de serviços sociais e a ampliação da infraestrutura existente, em especial os equipamentos e unidades de saúde e de educação.

O crescimento populacional decorre dos fluxos migratórios e do crescimento vegetativo, sendo o último a relação entre as taxas de natalidade e as de mortalidade. Quando a taxa de natalidade é maior que a de mortalidade, tem-se um crescimento vegetativo positivo; caso contrário, o crescimento é negativo; e quando as duas taxas são equivalentes, o crescimento vegetativo é nulo. No município, no período de 2008 a 2012, não se observa uma variação expressiva nas taxas de natalidade e mortalidade, denotando que o crescimento populacional se dará em maior parte em virtude dos fluxos migratórios, considerando o crescimento econômico do município e da região.

O município apresentou um crescimento médio geométrico na ordem de 1,31% no período compreendido entre 2000 e 2010, na média dos grandes municípios do Estado.

**QUADRO 8 – Distribuição da população segundo raça / cor, 2010**

<b>RAÇA / COR</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
<b>Branca</b>	244813
<b>Preta</b>	8629
<b>Amarela</b>	1514
<b>Parda</b>	56099
<b>Indígena</b>	555
<b>Sem declaração</b>	01
<b>Total</b>	<b>311.611</b>

FONTE: IBGE - Censo Demográfico (2010)

Segundo dados do IBGE, em Ponta Grossa (2010), 21,4% da população se autodeclarava não branca e 78,6% branca. Desde 1991, observa-se um aumento percentual de pessoas que se autodeclararam negras, pardas, amarelas e indígenas. No

ultimo Censo Nacional a população branca totalizava 47,7%, enquanto pretos e pardos totalizavam 50,7%.

Na saúde, essas desigualdades se refletem nos dados epidemiológicos que evidenciam diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e infantil como pela violência vivenciada de forma mais intensa por esse grupo populacional.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional Integral de Saúde da População Negra, tendo como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Em especial, compete aos municípios também o aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.

<b>Quadro 9 – População, segundo tipo de domicílio e sexo</b>			
<b>TIPO DE DOMICÍLIO</b>	<b>MASCULINA</b>	<b>FEMININA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Rural</b>	3.631	3.247	<b>6.878</b>
<b>Urbana</b>	147.731	157.002	<b>304.733</b>
<b>Total</b>	151.362	160.249	<b>311.611</b>

Fonte: IBGE (2010)

Há uma grande concentração populacional na área urbana, proporcional as dimensões territoriais de cada um dos espaços. Deve-se destacar que a participação econômica das atividades das famílias ligadas à agropecuária e agricultura familiar tem uma participação importante na economia do município, conforme Quadro 2.

Os indicadores apontam para uma melhoria na qualidade de vida da população brasileira residente nas áreas urbanas e rurais. Em Ponta Grossa, onde o IDH é o 320º melhor do país, essa melhoria, associada ao crescimento da população do município, demandará maiores investimentos na assistência médica e na distribuição de medicamentos.

A taxa de urbanização no Estado é cerca de 85,33%, próxima a da média nacional que é de 84,36%. O município possui uma das mais altas concentrações urbanas de todo o estado e país, cerca de 97,9%.

## QUADRO 10 – Dados Educacionais, segundo o número de matrículas

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
Matrículas na Creche	SEED	2013	2.962	alunos
Matrículas na Pré-escola	SEED	2013	5.562	alunos
Matrículas no Ensino Fundamental	SEED	2013	25.581	alunos
Matrículas no Ensino Médio	SEED	2013	15.851	alunos
Matrículas no Ensino Superior	MEC/INEP	2011	16.752	alunos

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação (2013), 34.105 alunos estão matriculados no Ensino Básico e Fundamental, totalizando cerca de 10,7% da população estimada para o município no ano de 2013 que é de 317.339 (IBGE).

Essa população escolar deve ser beneficiada com ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

## Quadro 11 – Taxa de analfabetismo, segundo faixa etária, 2010

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	TAXA (%)
De 15 a 19	4,40%
De 20 a 24	0,67
De 25 a 29	1,01
De 30 a 39	1,69
De 40 a 49	3,03
Mais de 50	9,39

Fonte: IBGE (Censo Demográfico)

São consideradas analfabetas as pessoas maiores de 15 anos que declararam não serem capazes de ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinam o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram.

A taxa de analfabetismo no município é de 20,19%, segundo dados 2010 do IBGE. Além de ações a serem desenvolvidas no setor educação, analisar tais dados e propor ações intersetoriais para melhoria desse indicador faz-se necessário.

O Estado brasileiro está comprometido com as Metas dos Objetivos do Milênio pactuado com a Organização das Nações Unidas (ONU). Esse indicador aponta para a

situação de desenvolvimento de um grupo social em seu aspecto educacional, e a realizações de intervenções, sobretudo junto às mulheres, impacta positivamente na saúde das crianças e na redução das taxas de mortalidade infantil e materna, conforme atestam estudos da OMS.

Deve-se destacar a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para a importância de se adotar formas diferenciadas de abordagem para com as pessoas não alfabetizadas em todos os pontos onde se desenvolvam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

<b>Quadro 12 – Consumo e número de consumidores de energia elétrica, 2012</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>CONSUMO (Mwh)</b>	<b>CONSUMIDORES</b>
<b>Residencial</b>	199.851	104.339
<b>Setor Secundário</b>	338.280	3.106
<b>Setor Comercial</b>	148.514	8.974
<b>Rural</b>	12.949	2.205
<b>Outras Classes</b>	69.309	1.160
<b>Consumo livre (indústria)*</b>	199.907	06
<b>TOTAL</b>	<b>968.831</b>	<b>119.790</b>

\*Consumo de energia elétrica da autoprodução da indústria.

Fonte: COPEL

O consumo de energia no país cresceu exponencialmente. Tal crescimento está associado à expansão do parque industrial, do maior número de unidades habitacionais, do aumento da renda e da aquisição de mais equipamentos eletrodomésticos e eletroeletrônicos por parte das famílias. Embora tal expansão do consumo de energia possa refletir o aquecimento econômico e a melhoria da qualidade de vida, apresenta também aspectos negativos, tais como o esgotamento e uso irregular dos recursos utilizados para a produção de energia, o impacto ao meio ambiente, bem como, indiretamente, ao maior consumo de alimentos industrializados e ao sedentarismo.

<b>Quadro 13 – Atendimento de esgoto, pela SANEPAR, segundo categorias</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES ATENDIDAS*</b>	<b>LIGAÇÕES</b>
<b>Residencial</b>	90.565	74.856
<b>Comercial</b>	6.715	4.842
<b>Industrial</b>	186	186

<b>Utilidade Pública</b>	608	600
<b>Poder Público</b>	456	456
<b>TOTAL</b>	<b>98.530</b>	<b>80940</b>

\*Todo imóvel, perfeitamente identificável, como unidade autônoma, para efeito de cadastramento e cobrança da tarifa.

Fonte: SANEPAR (2012)

<b>Quadro 14 – Atendimento de água, pela SANEPAR, segundo categorias</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES ATENDIDAS*</b>	<b>LIGAÇÕES</b>
<b>Residencial</b>	107.129	89.400
<b>Comercial</b>	7.672	5.675
<b>Industrial</b>	376	372
<b>Utilidade Pública</b>	777	762
<b>Poder Público</b>	566	566
<b>TOTAL</b>	<b>116.520</b>	<b>96.775</b>

Fonte: SANEPAR (2012)

Com a Lei Complementar 141, que dentre outras coisas regulamentou os investimentos em saúde, os gestores não podem mais considerar as ações de saneamento como investimentos no setor. A melhoria de diversos indicadores em saúde está associada ao desenvolvimento da infraestrutura em saneamento com ações de Água e Abastecimento, Melhorias Sanitárias Domiciliares e Esgotamento Sanitário, que compreendem a implementação, ampliação e estruturação de sistemas públicos de abastecimento de água; do controle de evitáveis mediante medidas de saneamento nos domicílios, envolvendo a construção de banheiros, privadas, fossas sépticas, vasos sanitários, pias de cozinha, lavatórios, tanques, reservatórios de água e filtros, bem como do controle de doenças parasitárias transmissíveis pelos dejetos humanos e para a melhoria da qualidade de vida das populações, mediante a construção, a ampliação e a estruturação de serviços de coleta e tratamento de esgotos sanitários.

Nesse sentido, para beneficiar os municípios brasileiro, o Governo Federal aprovou o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), que prevê investimentos na ordem de R\$ 508,5 bilhões, para abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto e lixo e ações de drenagem. A previsão é investir de R\$ 10 bilhões a R\$ 12 bilhões por ano, até 2030.

## 2.2 Perfil de Morbimortalidade

Segundo projeções das Organizações das Nações Unidas (2003), a estrutura etária da população brasileira em 2050 será semelhante à atual estrutura etária dos países desenvolvidos. Observa-se globalmente uma queda na taxa de natalidade, fato que também acontece no Brasil que, embora continue crescendo, tal crescimento tem sido com taxas cada vez menores, seguido de um período de transição epidemiológica em que doenças infecto-parasitárias coexistem com a crescente prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Em 1998, 68% dos óbitos no país foram registrados entre pessoas de 45 anos e mais de idade. Com a queda da taxa de natalidade, o Brasil está passando por um processo de envelhecimento de sua população. As pessoas a partir dos 45 anos respondem atualmente por mais de mais de 70% dos casos de artrite/reumatismo, câncer, diabetes, hipertensão e doenças de coração.

No que tange aos gastos com saúde, o envelhecimento da população deverá acarretar um aumento do gasto com saúde em relação ao PIB de aproximadamente 30% até 2050, dos atuais 8,2% para 10,7%, requerendo cada vez mais uma maior destinação de investimentos para melhor adequar os escassos recursos às crescentes necessidades em saúde no país.

<b>QUADRO 15 - Frequência de nascimentos, segundo a idade da mãe no período de 2008 - 2012</b>					
<b>IDADE DA MÃE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>10 a 14 anos</b>	43 (0,87)	39 (0,79)	32 (0,63)	32 (0,62)	49 (0,93)
<b>15 a 19 anos</b>	998 (20,09)	1007 (20,27)	959 (18,73)	960 (18,63)	1.004 (19,10)
<b>20 a 29 anos</b>	2.459 (49,50)	2.504 (50,41)	2.617 (51,11)	2.582 (50,10)	2.586 (49,20)
<b>30 a 39 anos</b>	1330 (26,77)	1302 (26,21)	1378 (26,91)	1.457 (28,27)	1.486 (28,27)
<b>40 a 49 anos</b>	138 (2,78)	115 (2,32)	134 (2,62)	123 (2,39)	130 (2,47)



<b>50 anos e mais</b>	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
<b>Total</b>	4.968 (100,00)	4.967 (100,00)	5.120 (100,00)	5.154 (100,00)	5.256 (100,00)

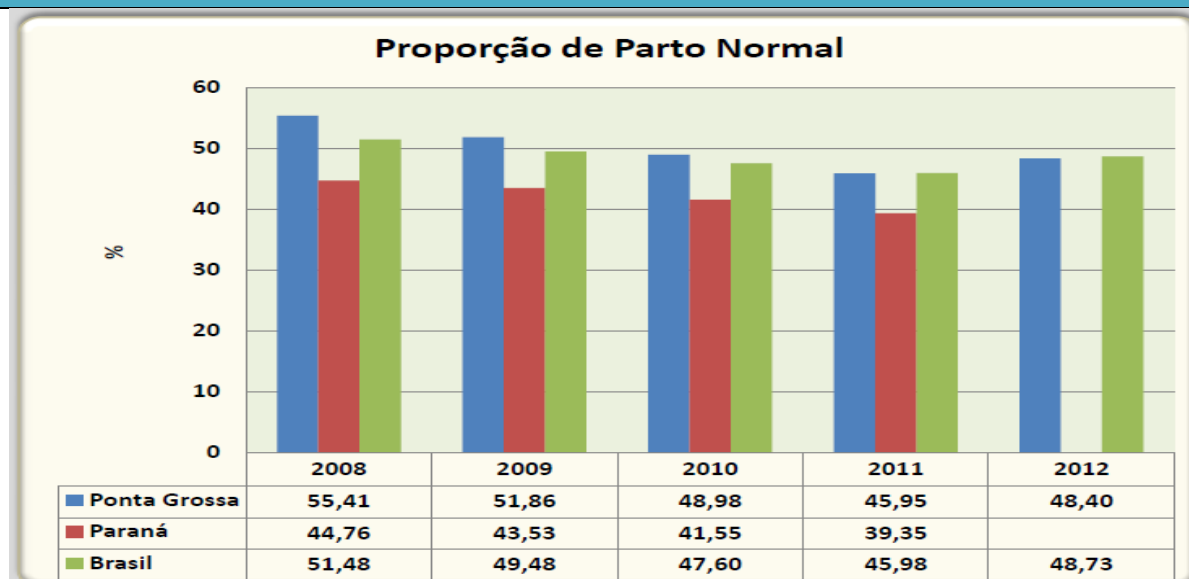
Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS (2013)

Calcula-se esse indicador tendo o número absoluto de nascidos vivos informados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em relação ao número estimado pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Quando comparado o percentual de mães adolescentes (mais de 19%), com o percentual de mães entre 20 a 24 anos (mais de 24%) e de mães entre 25 a 29 anos (mais de 22%), conclui-se que esse percentual de mães adolescentes quase se equivale com as demais faixas etárias.

Com relação ao indicador baixo peso ao nascer, observou-se maior percentual em 2010 (10,08%). No entanto, mesmo com a redução da taxa de mortalidade infantil entre 2011 e 2012, esse indicador não sofreu redução significativa quando comparado com os anos anteriores em que a taxa de mortalidade infantil se mantinha elevada.

#### Quadro 16



Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

Quanto ao tipo de parto, observou-se inversão de percentual de parto normal para parto cesáreo a partir de 2010, perfazendo mais de 51% entre 2010 e 2012. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2012, foram realizados 1.123.739 partos normais e 753.766 cesáreas pelo SUS.

O fortalecimento do protagonismo e da autonomia da mulher deve ser observado para uma boa qualidade do processo de gestação. Segundo a Política Nacional de Humanização, esse modelo de parto incentiva a participação da gestante nas decisões referentes às condutas, protege a mulher contra violência ou negligência, reconhece os direitos fundamentais de mulheres e crianças a tecnologias apropriadas de atenção em Saúde, em especial com a adoção de práticas baseadas em evidências.

#### QUADRO 17 - Percentual de Crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais de 2008 a 2012

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Nenhuma</b>	16 (0,32)	17 (0,34)	31 (0,61)	20 (0,39)	25 (0,48)
<b>1 a 3 consultas</b>	89 (1,79)	64 (1,29)	109 (2,13)	63 (1,22)	144 (2,74)
<b>4 a 6 consultas</b>	429 (8,64)	471 (9,48)	423 (8,26)	317 (6,15)	846 (16,10)
<b>7 ou mais consultas</b>	4433 (89,23)	4414 (88,97)	4555 (88,96)	4744 (92,05)	4205 (80,00)
<b>Ignorado</b>	1 (0,02)	1 (0,02)	2 (0,04)	10 (0,19)	36 (0,68)
<b>Total</b>	4968 (100,00)	4967 (100,00)	5120 (100,00)	5154 (100,00)	5256 (100,00)

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas de pré-natal, maior a garantia de uma gestação e parto seguro, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê, impactando positivamente na redução da mortalidade materna e infantil.

Na média, conforme preconizado, a proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal, de 2008 a 2012, em Ponta Grossa 2009, foi superior a 96%.

**QUADRO 18 – Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos**

<b>MORTALIDADE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Óbito infantil (número absoluto)</b>	65	81	81	42	53
<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	13,08	16,31	15,82	8,15	10,08
<b>Taxa de mortalidade perinatal</b>	38 (7,65)	47 (9,46)	50 (9,77)	23 (4,46)	27 (5,14)

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

A taxa de mortalidade infantil (número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos/NV) está reduzindo a cada ano no Brasil. Comprometidos com as Metas de Desenvolvimento do Milênio, desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e com o Programa Brasil sem Miséria, estamos abaixo do pactuado que é de 15 crianças. Observa-se que à medida que se promove o acesso das mulheres às consultas de pré-natal, contribui-se para a diminuição das taxas de mortalidade infantil.

**QUADRO 19 – Percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação**

<b>INÍCIO DO PRÉ-NATAL</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Até 12 semanas</b>	60,6%	64,9%	61,9%	56,6%

Fonte: SISPRENATAL

Segundo dados do SIAB, 90% das mulheres iniciam o pré-natal no primeiro trimestre. Há uma variação entre os Estados, sendo que 66% das gestantes do DF e 96% das gestantes do MT estariam com o pré-natal em dia. E determinante para a saúde da mulher que o início do pré-natal seja no primeiro trimestre, e que se tenha uma regularidade nas consultas, conforme os protocolos clínicos preconizam.

Para melhoria desse indicador, a gestão da Atenção Primária deve planejar as suas ações na perspectiva de promover captação precoce das mulheres com suspeita de gravidez para início oportuno do pré-natal, facilitar o acesso e adesão ao atendimento de pré-natal, monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados,

negociação, bem como capacitar os profissionais por meio da implantação de protocolo de atenção pré-natal.

### QUADRO 20 - Óbitos infantis, segundo causas no período de 2007 - 2011

CAUSAS EVITÁVEIS (0 a 1 ano)	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>1. Causas evitáveis</b>	44 (59,45)	38 (58,46)	60 (74,07)	52 (64,20)	27 (64,29)	<b>221 (64,43)</b>
<b>2. Causas mal definidas</b>	5 (6,75)	11 (16,92)	5 (6,17)	5 (6,17)	1 (2,38)	27 (7,87)
<b>3. Demais causas (não claramente evitáveis)</b>	25 (33,78)	16 (24,62)	16 (19,75)	24 (29,63)	14 (33,33)	95 (27,70)
<b>Total</b>	74 (100,00)	65 (100,00)	81 (100,00)	81 (100,00)	42 (100,00)	343 (100,00)

### QUADRO 21 – Óbitos Infantis, segundo causas evitáveis no períodos de 2007 - 2011

1. CAUSAS EVITÁVEIS	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>1.1. Reduzível pelas ações de imunização</b>	0 (0,00)	1 (2,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	<b>1 (0,45)</b>
<b>1.2. Reduz.atenção gestação parto feto recém-nascido</b>	35 (79,54)	34 (89,47)	49 (81,67)	47 (81,67)	24 (88,89)	<b>189 (85,52)</b>
<i>1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação</i>	16 (45,71)	21 (61,76)	27 (55,10)	27 (55,10)	18 (75,00)	109 (57,67)
<i>1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto</i>	8 (22,86)	1 (2,94)	8 (16,33)	8 (17,02)	2 (8,33)	27 (14,29)
<i>1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido</i>	11 (31,43)	12 (35,29)	14 (28,57)	12 (25,53)	4 (16,67)	53 (28,04)
<b>1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado</b>	6 (13,63)	3 (7,89)	10 (16,67)	2 (3,85)	1 (3,70)	<b>22 (9,95)</b>
<b>1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinculado a ações de atenção</b>	3 (6,81)	0 (0,00)	1 (1,67)	3 (5,77)	2 (7,41)	<b>9 (4,07)</b>
<b>Total de causas evitáveis</b>	44 (100,00)	38 (100,00)	60 (100,00)	52 (100,00)	27 (100,00)	<b>221 (100,00)</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. 2007 a 2011

Embora se verifique redução da taxa de mortalidade infantil a partir do ano de 2011, em todos os anos ainda predominam a ocorrência de causas evitáveis de mortalidade, com mais de 80% de causas reduzíveis por adequada atenção a gestação, parto e ao feto/recém-nascido. Desse percentual, a maior proporção era passível de redução mediante adequada atenção à mulher na gestação.

Observou-se também maior proporção de óbitos no período neonatal precoce ou perinatal, que também indica problemas na atenção a mulher na gestação. Esse indicador revela, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Considerando a distribuição geográfica da incidência e prevalência desses eventos, devem-se identificar tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos, tais como avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, com possíveis recortes étnicos raciais, bem como auxiliar nos processos de planejamento, gestão e avaliação das ações.

No mundo, a mortalidade infantil caiu pela metade desde 1990, embora 18 mil crianças de menos de cinco anos continuem morrendo a cada dia, segundo um relatório da ONU. Entre 1990 e 2012, o número de mortes de crianças passou de 12,6 a 6,6 milhões, ou seja, uma queda de 47,8%, (17% dos casos), são de pneumonia, seguida pelas complicações vinculadas aos nascimentos prematuros (15%), às associadas ao parto (10%) e às diarreias (9%). Em geral, 45% das mortes antes dos cinco anos se devem à desnutrição. Deve-se destacar que a maioria das crianças morre, principalmente, por doenças evitáveis e curáveis, apesar de tais evidências e da disponibilidade de tratamento adequado.

<b>QUADRO 22 – Razão de Mortalidade Materna (a cada 100 mil nascidos vivos)</b>					
<b>ÓBITO MATERNO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Número Absoluto</b>	3	5	3	1	1
<b>Razão de mortalidade materna</b>	60,39	100,66	58,59	19,40	19,03

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

O indicador tem como referência o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico. A existência e prevalência de taxas elevadas em um período demonstram a necessidade de adequação e melhoria dos serviços de saúde que são prestados às mulheres, que vai do planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério. Indicador apresentando alta oscilação entre os anos de 2008 a 2010, no entanto a partir de 2011 há uma redução expressiva. No ano de 2012, houve uma melhoria de 2% no indicador, de 19,40% para 19,03%. Tal melhoria está associada também a redução da mortalidade infantil no mesmo período.

A Rede Mãe Paranaense, que está vinculada ao Programa Rede Cegonha, do Governo Federal, propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações de pré-natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. O município fez sua adesão ao Programa em 2013.

<b>QUADRO 23 – Cobertura Vacinal</b>					
<b>Menores de 1 ano</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>BCG</b>	4849 (97,62)	4464 (89,87)	5026 (101,19)	5019 (101,05)	5061 (101,89)
<b>Hepatite B</b>	4672 (94,06)	4770 (96,92)	4814 (96,92)	5055 (101,77)	4928 (99,21)
<b>Rota Vírus Humano</b>	4283 (86,23)	4319 (86,95)	4438 (89,35)	4536 (91,32)	4575 (92,11)
<b>Poliomielite Oral</b>	4648 (93,58)	4615 (92,91)	4753 (95,69)	5045 (101,57)	4782 (96,28)
<b>Tetravalente</b>	4675 (94,12)	4490 (90,40)	4733 (95,29)	4932 (99,30)	4914 (98,93)
<b>Maiores de 60 anos Vacina contra Gripe</b>	21656 (72,53)	22302 (71,98)	24334 (78,54)	25254 (81,51)	26506 (82,01)

Fonte: PNI, Ministério da Saúde.

As coberturas vacinais informadas pelo Sistema API têm como população projetada, 4.967 crianças menores de um ano. No quadro acima números de nascidos vivos nos anos correspondentes.

Inquérito vacinal em menores de 05 anos, realizado em 2012 (2.500 çs) revela as seguintes coberturas vacinais: Hepatite B(3<sup>ad</sup>) 98,97; VOP (3<sup>ad</sup>) 98,79; Tetra/Penta (3<sup>ad</sup>) 98,79; VORH (2<sup>ad</sup>) 92,99; TV (d1) 96,98; TV (d2)100,00; DTP (R1) 86,30; DTP (R2) 56,96; FA (DU) 89,53.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) preconiza que 100% das crianças sejam vacinadas até 01 ano de vida. O indicador estima a proporção da população infantil menor de 01 ano imunizada conforme esquema das vacinas indicadas no calendário básico.

Dados do SIAB (Brasil 2010) apontam que 97% das crianças menores de 1 ano e acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde estão com a vacinação em dia. Deve-se atentar que a existência de coberturas elevadas podem encobrir áreas de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças imuno-preveníveis.

O resultado alcançado no município não é homogêneo, observa-se que nas localidades com maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família, bem como nas localidades onde o horário de atendimento é ampliado, as coberturas foram maiores.

As Equipes de Saúde da Família ao planejar as suas ações devem estar atentas e desagregar os dados por microáreas, onde poderão ser identificadas e propostas intervenções a essas variações em áreas específicas, bem como realizar busca ativa das crianças menores de 01 ano, com verificação das Cadernetas de Saúde da Criança, dentre outras ações.

<b>QUADRO 24 – Doenças de Notificação Compulsória, 2008 - 2012</b>					
<b>Doença de Notificação</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Hepatite Viral B</b>	22 (7,06)	15 (4,81)	15 (4,81)	22 (7,06)	27 (8,66)
<b>Hepatite Viral C</b>	42 (13,48)	24 (7,70)	32 (10,27)	58 (18,61)	43 (13,80)
<b>Outras Hepatites Virais</b>	10 (3,21)	19 (6,10)	30 (9,63)	1 (0,32)	0 (0,00)
<b>Intoxicações por agrotóxico</b>	2 (0,64)	1 (0,32)	5 (1,60)	7 (2,25)	5 (1,60)
<b>Intoxicações por Medicamentos</b>	88 (28,24)	49 (15,72)	84 (26,96)	150 (48,14)	93 (29,84)
<b>Intoxicação por Pesticidas Domésticos</b>	7 (2,25)	5 (1,60)	5 (1,60)	15 (4,81)	9 (2,89)
<b>Doença Meningocócica</b>	7 (2,25)	6 (1,93)	8 (2,57)	2 (0,64)	2 (0,64)

<b>Meningite Viral</b>	4 (1,28)	0 (0,00)	1 (0,32)	0 (0,00)	1 (0,32)
<b>Meningite Bacteriana</b>	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,96)	1 (0,32)	4 (1,28)
<b>Meningite não especificada</b>	34 (10,91)	31 (9,95)	36 (11,55)	26 (8,34)	17 (5,46)
<b>Sífilis em gestante*</b>	6 (1,93)	7 (1,41)	8 (0,03)	8 (1,55)	13 (2,47)
<b>Tétano Acidental</b>	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,32)	0 (0,00)	1 (0,32)
<b>Tuberculose</b>	91 (29,20)	94 (30,17)	82 (26,31)	67 (21,50)	81 (25,99)
<b>Varicela</b>	278 (89,21)	200 (64,18)	864 (277,27)	416 (133,50)	388 (124,51)
<b>Hanseníase</b>	45 (14,44)	48 (15,40)	37 (11,87)	35 (11,23)	37 (11,87)
<b>AIDS adulto (13 anos ou mais)**</b>	79 (25,35)	78 (31,64)	72 (29,20)	71 (28,80)	80 (32,45)
<b>AIDS criança (até 12 anos, 11 meses e 29 dias)***</b>	7 (2,25)	1 (1,54)	3 (4,61)	1 (1,54)	1 (1,54)

Fonte: SINAN (2013)

A vigilância epidemiológica tem como finalidade fornecer informações para execução de ações de controle de doenças e agravos, necessitando de informações atualizadas e consistentes sobre a ocorrência desses eventos, tendo como principal fonte de informações a notificação pelos profissionais de saúde.

A magnitude, o potencial de disseminação, a transcendência, a vulnerabilidade e a disponibilidade de medidas de controle são critérios de definição de quais doenças e agravos farão parte da relação de Doenças de Notificação Compulsória. Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

<b>QUADRO 25 – Sífilis Congênita</b>					
<b>NÚMERO ABSOLUTO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Crianças com sífilis congênita</b>	3	1	0	3	3

Fonte: SINAN

A partir de outubro de 2010, o município passou a realizar as investigações de óbitos fetais, conforme preconizado na Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece a vigilância do óbito infantil e fetal. Esse indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e também durante o parto. A Vigilância e a Atenção Primária devem realizar



monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados, aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal e destinar tratamento adequado para as gestantes com sífilis.

<b>QUADRO 26 – Mortalidade Geral no município de Ponta Grossa, no período de 2008 – 2012.</b>					
<b>CAPÍTULO CID 10</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	58	55	73	80	68
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	303	296	361	400	405
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	13	5	12	7	10
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	90	91	98	134	116
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	13	18	23	73	62
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	27	30	37	50	57
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	503	459	525	628	611
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	175	178	202	253	226
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	135	108	120	126	124
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	39	22	38	38	44
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	12	17	23	19	24
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	387	442	368	111	116
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	224	218	229	226	202
<b>Total</b>	<b>2.027</b>	<b>2.007</b>	<b>2.172</b>	<b>2.227</b>	<b>2.150</b>

FONTE: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade (2013)

No período se observou uma maior incidência de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e digestivo, respectivamente, para todos os anos. Observou-se também redução da incidência por causas mal definidas a partir de 2010, ano em que foi iniciada a investigação de óbitos por causa mal definida. Consequentemente houve a distribuição desses óbitos no grupo de causas definidas, principalmente por doenças crônicas não transmissíveis.

<b>QUADRO 27 – Outros indicadores de mortalidade proporcional, no município de Ponta Grossa, no período de 2008 – 2012.</b>					
<b>INDICADORES DE MORTALIDADE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Total de óbitos</b>	2.027	2.007	2.172	2.227	2.150
<b>Nº de óbitos por 1.000 habitantes</b>	6,5	6,44	6,97	7,15	6,9
<b>% óbitos por causas mal definidas</b>	387 (19,09)	442 (22,02)	368 (16,94)	111 (4,98)	114 (5,30)
<b>Taxa de mortalidade prematura (&lt;70anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas)</b>	480 (344,73/ 100.000)	433 (310,97/ 100.000)	496 (356,22/ 100.000)	608 (436,66/ 100.000)	591 (424,45/ 100.000)

FONTE: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade (2013)

Observa-se aumento da taxa de mortalidade prematura por (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas a partir de 2011. O indicador de 2008 foi de 344,73/100.000 e em 2011 passa para 436,66/100.000.

A explicação para este fato é que em meados de julho de 2010, a Vigilância Epidemiológica implantou a Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida, conforme solicitação via Ofício da 3ª Regional de Saúde. Assim, também diminuiu a proporção de óbitos por causa mal definida a partir de 2010. A proporção em 2008 foi de 19,09%, enquanto que em 2010, 2011 e 2012 o indicador sofreu redução para 16,94; 4,98 e 5,30, respectivamente. Consequentemente as causas mal definidas acabaram se distribuindo entre as causas definidas, o que justifica o aumento da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas.

<b>QUADRO 28 – Indicadores relativos à Atenção Básica</b>					
<b>INDICADORES</b>		<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1.	% de ação coletiva de escovação dental supervisionada	6,95	8,19	7,99	6,36
2.	% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	72,21	68,95	78,97	78,1
3.	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações (população acima de 30 anos)	8,31	10,46	10,52,	8,53
4.	Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	7,88	12,3	10,6	9,61
5.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,13	0,14	0,13	0,1
6.	Razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,07	0,07	0,07	0,08
7.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	21,77	19,04	27,54	33,11
8.	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	51,85	51,93	48,34	47,04
9.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	89,23	88,87	88,96	92,04
10.	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	15,53	16,45	16,61	15,5

Fonte: DATASUS

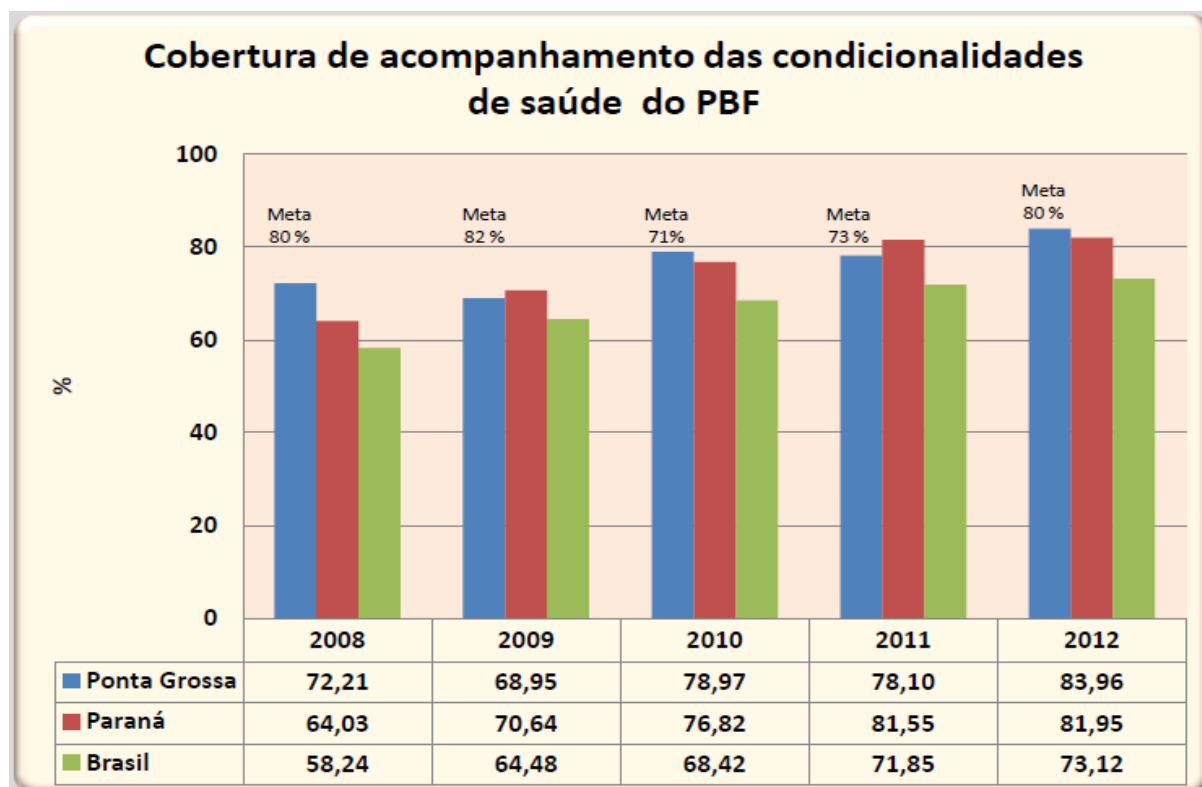
**28.1** O indicador de cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada estima a proporção de pessoas que podem ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

São 34.105 alunos, segundo dados da Secretaria Municipal de Educação (2013), estão matriculados no Ensino Básico e Fundamental. Essa população escolar deve ser beneficiada com ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais

especificamente cárie dentária e doença periodontal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Esse indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção, promoção e autocuidado realizadas pelas equipes de saúde bucal, subsidiando o processo de gestão e avaliação de políticas de saúde bucal.

**28.2** O indicador de Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica permite o registro e acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias com perfil saúde. A cada ano o município tem melhorado esse indicador, alcançando resultados acima da média dos Estados da Região Sul e a média nacional. No ano de 2011, o resultado foi de 78,10% das famílias acompanhadas. Os resultados alcançados em 2011 pelos estados da Região Sul foram: Santa Catarina 72,85%, Rio Grande do Sul 62,22 e Paraná 81,55.



O registro, o monitoramento adequado e a avaliação das informações relacionadas à vacinação, peso e altura de crianças menores de 7 anos, além da realização do pré-natal das gestantes, subsidia a gestão municipal e as equipes de Saúde da Família no planejamento de ações voltadas á esses grupos específicos.

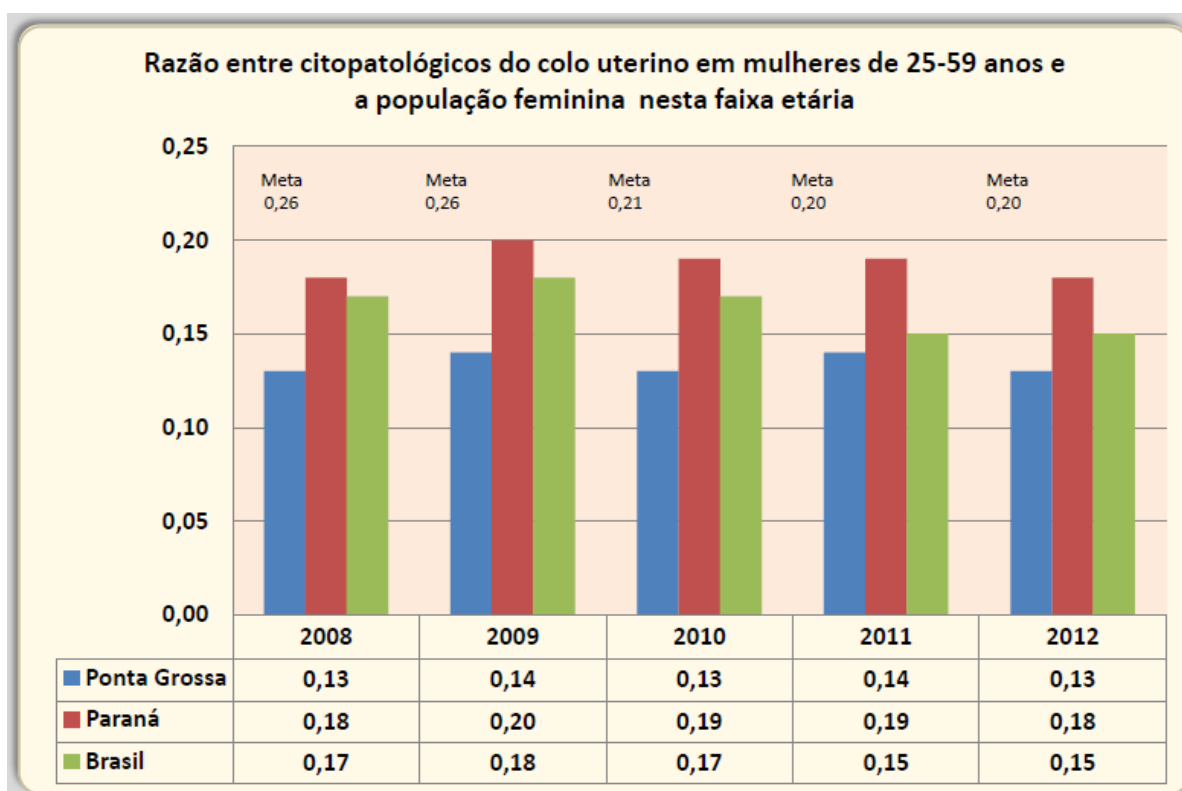
**28.3** Doença crônica de aparecimento precoce, que não é a causa principal da internação, mas sim uma das suas complicações, pode ser prevenida por intervenções da Atenção Básica/Saúde da Família, em especial na faixa etária de 30 a 59. Para o adequado tratamento do paciente, deve ser implementada uma política local de dispensação de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes, e a educação para o autocuidado. No ano de 2010, considerando a disponibilidade de dados, o resultado alcançado pelo município foi de 10,52% de internações. No Brasil, no mesmo período, o resultado foi de 4,42% e no Paraná 5,58%.

Além de promover ações na Atenção Primária que podem impactar positivamente na melhoria do indicador, deve-se estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 2.982/2009, bem como monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão e Diabetes como forma de garantir a melhoria da informação.

**28.4** Diferentemente do que ocorre em todo o Brasil, onde este indicador apresentou uma tendência constante de diminuição na faixa etária de 30 a 59 anos, no período de 2003 a 2008, as taxas alcançadas nos anos de 2008 a 20011, foram 7,88%, 12,30% 10,60% e 9,61, respectivamente.

Nessa faixa etária, o AVC se configura como agravo de aparecimento precoce e pode ser sensível às intervenções preventivas pela Atenção Básica/Saúde da Família, como a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes.

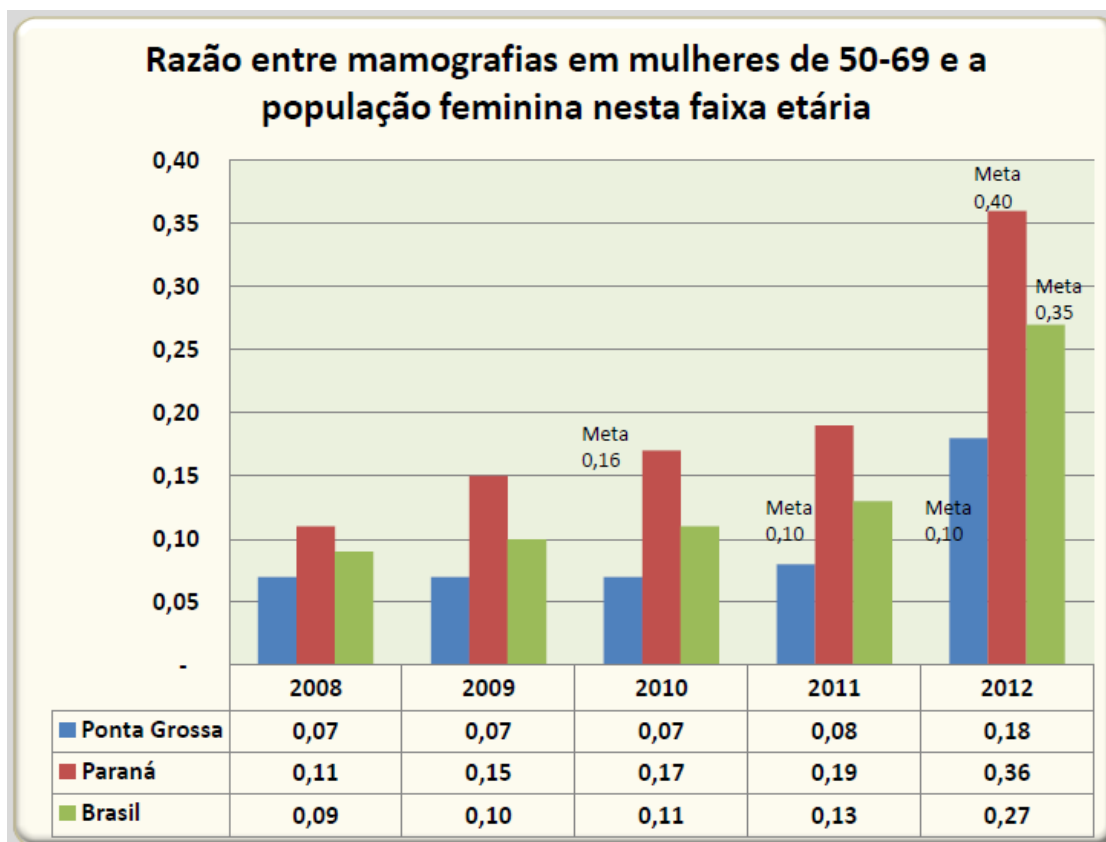
**28.5** O acesso ao exame citopatológico pelas mulheres na faixa etária entre os 25 a 64 anos aumentou significativamente no Brasil, bem como o diagnóstico precoce, o tratamento e a redução de óbitos. A razão entre exames citopatológicos nas mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nesta faixa etária tem se mantido estável desde 2004. O melhor resultado obtido em 2002 foi referente à intensificação nacional da oferta realizada nesse ano. A razão média no país em 2009 foi de 0,18 exames/mulher/ano. A razão de exames no município no ano de 2011 foi de 0,10.



Recomenda-se que as mulheres nessa faixa etária, que tem ou já teve vida sexual ativa, deve submeter-se ao exame preventivo periódico. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano), o resultado sendo normal, o preventivo pode ser realizado a cada três anos.

**28.6** O Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero. O estado do Paraná na mesma perspectiva, de forma a apoiar os municípios nas ações de atenção materno-infantil, instituiu a Rede Mãe

Paranaense. A Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a UEPG, está implementando o Projeto Pet Redes em Unidades Básicas de Saúde, em atenção à saúde da mulher gestante.



É a relação (razão) entre a produção de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, considerando ser este o subgrupo alvo de mulheres para o rastreamento mamográfico do câncer de mama. Entre os anos de 2010 e 2011, a razão foi de 0,07 e 0,08, respectivamente.

**28.7** O indicador verifica o número de ocorrências (internações hospitalares) de Fratura do Fêmur na população com 60 anos ou mais de idade. Considerando Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur, por ano, segundo região e unidade federada, por 10.000 hab, as taxas no município estão mais elevadas que a média nacional e estadual no período compreendido entre 2007 a 2011. Segundo dados do ano de 2011, a taxa municipal foi de 33,11%, a taxa nacional de 18,56%, e a estadual de 15,08%.

**28.8** Esse indicador expressa se a Saúde da Família constitui-se como estratégia prioritária e orientadora da atenção básica nos municípios. Mede-se com o Percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período. Baseia-se no cadastro da população da área de abrangência de atuação das Equipes de Saúde da Família no Sistema de Informação vigente da Atenção Básica.

No período 1994-2001, na Atenção Básica, o crescimento do PSF foi significativo, saltando de 328 Equipes de Saúde da Família em 1994 para 10.788 em 2001. Em dezembro de 2012 esse número saltou para 33.404 ESF, cobrindo 54,84% da população, e hoje, segundo a competência de agosto de 2013, temos 34.185 ESF atendendo 55,73% da população, prestando assistência integral á saúde de quase 110 milhões de brasileiros e brasileiras.

A Atenção Básica do município possui 24 Unidades de Saúde da Família que abrigam 41 ESF e 14 de Saúde Bucal, 04 Centros de Atenção à Saúde e 17 Unidades Básicas com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstétrica. A cobertura populacional do município pela Estratégia Saúde da Família é de 44,57%, segundo competência agosto de 2013, e tem como meta atingir 70% de cobertura até 2016.

Desde o final de 2011 a gestão municipal iniciou o processo de adesão das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). No início, 17 Equipes tiveram sua adesão, tendo sido realizada uma avaliação externa e os resultados apontado a necessidade de melhorias na infraestrutura, nos processos de trabalho e nos serviços. Atualmente, as 41 Equipes estão participando do PMAQ.

**28.9** O indicador mede o percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de pré-natal. Analisa variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que necessitem de intervenções da gestão. Contribui também na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita, por exemplo.



A melhoria desse indicador está associada à melhoria de outros indicadores. Para tanto, a expansão da Estratégia Saúde da Família e o estímulo a programação de metas da cobertura de consulta pré-natal com médicos e enfermeiros da Equipe de Atenção Básica, tem-se demonstrado eficiente para melhoria do indicador.

**28.10** A Atenção Básica do município possui 24 Unidades de Saúde da Família que abrigam 14 Equipes de Saúde Bucal e 03 Centros de Especialidades Odontológicas e 01 Laboratório de próteses Dentárias. A meta é de atingir 40% de cobertura até o final de 2016.

Desde o final de 2011 a gestão municipal iniciou o processo de adesão das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Todas as equipes de Saúde Bucal do município estão participando do PMAQ.

### **3- Estrutura Organizacional e Funcional da Gestão Municipal**

A Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar, e é também de sua responsabilidade planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica afetas à sua competência.

#### **3.1 Estrutura Organizacional**

A atual gestão tem como premissa organizacional o fortalecimento e a priorização da Atenção Primária como a porta de entrada do sistema municipal de saúde e ordenadora das redes de Atenção à Saúde, sendo necessário, portanto, a atualização e adequação de sua estrutura física, administrativa e processual para o alcance desse objetivo.

Em fase de reestruturação de seu organograma, para posterior aprovação do legislativo municipal, a SMS realizou Oficinas de Planejamento Estratégico e diversas reuniões setoriais, onde foi construído de forma democrática e participativa o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde (anexo I). Tal processo contou com a participação de 60 servidores dos níveis diretivos e estratégicos da SMS, definindo a missão institucional, a visão norteadora estratégica, os valores organizacionais, os resultados a serem perseguidos para o conjunto da sociedade, bem como as perspectivas de processo, de gestão e financeira da instituição.

A SMS tem como missão formular, implantar e regular a política municipal de saúde, conforme princípios do SUS, com ações e serviços de saúde resolutivos e de qualidade para toda a população. A visão de futuro é constituir-se até o ano de 2023 como referência em gestão municipal da saúde no Paraná, em especial na Região dos Campos Gerais, tendo como valores fundamentais a serem incorporados em todos os níveis da gestão e em cada um dos pontos de atenção a competência, o comprometimento, a ética, o senso democrático, a transparência e a valorização profissional.

A partir de sua visão e com base no diagnóstico situacional, onde os principais problemas de saúde da população foram identificados, foram estabelecidos como marcos da gestão e como resultados esperados para a sociedade:

- 1- Reduzir a Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis
- 2- Reduzir a Mortalidade por Causas Externas
- 3- Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas
- 4- Reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas

Para o alcance de tais resultados, considerando as competências e as atribuições da SMS, foram definidos 3 perspectivas estratégicas de intervenção, quais sejam a de processos, de gestão e financeira, que traduzem as principais propostas do Governo, das deliberações da Conferencia Municipal de Saúde, da I Plenária de Saúde do ano de 2013, quais sejam:

### **1) Perspectiva dos Processos**

- a) Instituir Política Municipal de Saúde
- b) Instituir Política Municipal de Atenção Primária
- c) Instituir as Redes de Atenção à Saúde prioritárias (Saúde Mental, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, Doenças crônico degenerativas e Saúde Materna e Infantil)
- d) Fortalecer o papel estratégico da Vigilância em Saúde
- e) Fortalecer o papel regulador

### **2) Perspectiva de Gestão**

- a) Implantar processo de descentralização da gestão, de forma a garantir a autonomia das ações institucionais.
- b) Desenvolver e sustentar cultura institucional voltada para resultados.
- c) Implantar Plano de Qualificação dos Pontos de Atenção da SMS.

- d) Desenvolver e incorporar tecnologias de informação para o aperfeiçoamento da gestão em saúde.
- e) Ampliar e fortalecer as instâncias de controle social.
- f) Reestruturar e institucionalizar a SMS, para cumprimento de seu papel de gestor municipal do SUS.
- g) Desenvolver uma política de gestão do trabalho, com foco na valorização profissional.

### **Perspectiva Financeira**

- a) Gerenciar de forma autônoma, racional e otimizada os recursos orçamentários e financeiros da SMS, garantindo sua alocação conforme planejamento estratégico.
- b) Prestar contas de forma transparente da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros.
- c) Garantir a aplicação dos recursos da saúde, de acordo com a Lei Complementar 141\2012.
- d) Ampliar a captação de recursos governamentais e não governamental.

De forma transversal às perspectivas de processos, de gestão e financeira, visando otimizar recursos, trazer celeridade e transparência, de fortalecer os processos de aquisição de insumos, bem como de implementar um modelo operacional de logística e armazenamento, a partir de 2013, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou sua estrutura funcional de forma a atingir tais resultados.

No decorrer do ano, por intermédio da Portaria 10.284 de 30/08/2013, foi implantada a Comissão Técnica Permanente de Licitação da Secretaria Municipal de Saúde, que trabalha em parceria junto ao Departamento de Compras da Prefeitura Municipal, com o objetivo de avaliar e analisar produtos e processos de aquisições diversas propostas no âmbito da SMS, conforme preceitua a Lei Federal 8.666/93, que garante a observância dos princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e dos que lhes são correlatos.

Um dos avanços importantes nessa área foi a implantação de aquisição dos insumos através da modalidade Licitação através do Sistema Registro de Preços. Neste ano foram elaborados aproximadamente 46 editais licitatórios exclusivamente para a SMS, onde, se levarmos em considerações outros editais da PMPG os quais são de uso comum com as demais secretarias, esse número ultrapassa a casa dos 70 editais.

### 3.2 Rede Física de Atenção à Saúde

<b>QUADRO 30 - TIPOS DE ESTABELECIMENTOS</b>	
<b>TIPO DE ESTABELECIMENTO</b>	<b>PÚBLICO</b>
<b>Unidade Básica de Saúde</b>	17
<b>Posto de Saúde</b>	22
<b>Clinica Especializada/Ambulatório Especializado</b>	07
<b>Centro de Atenção à Saúde</b>	04
<b>Rede Hospitalar</b>	09
<b>UPA*</b>	01
<b>SIATE/SAMU</b>	01
<b>Total</b>	61

\*Unidade funcionará a partir de março de 2014. Está em fase de implantação

Dados do CNES – 2012 / SMS

#### 3.2.1 Atenção Básica

Das 39 Unidades de Saúde Básica, 12 delas iniciarão processo de reforma e ampliação no último trimestre de 2013, com conclusão das obras no segundo semestre de 2014. Há previsão de construção de novas unidades e reforma e ampliação das demais nos próximos anos, considerando a meta de expansão das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os investimentos para as reformas e ampliações das Unidades somam cerca de R\$ 8.450.000,00 (oito milhões quatrocentos e cinquenta mil reais), sendo R\$ 2.900.000,00 (dois milhões e novecentos mil reais) de transferências do Ministério da Saúde, e cerca de R\$ 5.500.000,00 (cinco milhões e quinhentos mil reais) de investimentos municipais.

### **3.2.2 Atenção Especializada**

A Atenção Especializada em seu escopo compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorpora a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses.

Com o intuito de facilitar o acesso da população a esses procedimentos, a SMS está reestruturando a Atenção Ambulatorial Especializada. Para isso, estão sendo levados em consideração os parâmetros de cobertura assistencial propostos pelo Ministério da Saúde, a disponibilidade de especialistas e a viabilidade técnica e econômica para a alocação racional dos recursos, além da condição viária para acesso da população e o quadro epidemiológico e social do município.

Está organizada com a seguinte estrutura:

1. Centro Municipal da Mulher
2. Centro Municipal de Especialidades (Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas e Exames/Tratamento Fora de Domicílio)
3. Central de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte Via TFD)
4. Laboratório Geral
5. Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral, fraldas, oxigênio)
6. Ambulatório de Pediatria de Alto Risco
7. Programa Saúde Escolar

Segundo a Portaria Ministerial nº 1,101, de 12 de junho de 2006, estima-se de 2 a 3 consultas médicas nas especialidades básicas / ano por habitante. A Secretaria Municipal de Saúde adotou como parâmetro a realização de 2 (duas) consultas sendo,

63% nas especialidades básicas, 22% com consultas especializadas, 12 % em consultas básicas de urgência e 3% de urgência, pré-hospitalar e trauma. Considerando a população de 317.339 hab (IBGE 2012) calcula-se que seriam realizadas 634.678 consultas/ano. No ano de 2012, foram realizadas 669.994 consultas, alcançando 105,56% do previsto.

<b>QUADRO 31 - Número de Consultas Especializadas, comparativo entre o previsto e o realizado no ano de 2012</b>			
<b>CONSULTAS</b>	<b>META 2012</b>	<b>PRODUÇÃO 2012</b>	<b>% ALCANÇADO</b>
<b>Básicas</b>	399.847	491.604	122,95%
<b>Especializada</b>	139.629	80.984	58%
<b>Urgência</b>	76.161	92.672	121,68%
<b>Pré-hospitalar e trauma</b>	19.040	4.734	24,86%
<b>Total</b>	634.677	669.994	105,56

**CNES 2012**

### **3.2.3 Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o usuário do SUS. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social.

Analisando a realidade da Assistência Farmacêutica no município, verificamos a necessidade de planejar a inserção do profissional farmacêutico em todos os pontos de distribuição de medicamentos, tendo como proposta iniciar pelas Unidades com Estratégia Saúde da Família, partindo do pressuposto que o território é definido e a responsabilidade do profissional fica atrelada a uma clientela fixa, mantendo o vínculo e proporcionando: adesão ao tratamento, gestão do caso, dispensação, orientação farmacêutica aos grupos e à demanda espontânea, seguimento farmacoterapêutico e grupos operativo-educativos.

Há em curso Plano de Expansão, considerando a necessidade de proporcionar a assistência em todos os pontos de distribuição de medicamentos da Atenção Básica, que atualmente conta com a presença do Farmacêutico em somente 07 Unidades de Saúde, beneficiando aproximadamente 54.000 pessoas.

Atualmente a Assistência Farmacêutica conta com a seguinte estrutura

- **Central de Abastecimento Farmacêutico** - Responsável pelo recebimento, guarda e distribuição para 24 Unidades com Estratégia Saúde da Família, 17 Unidades Básicas de Saúde, Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidades, 04 Centros de Atenção à Saúde (CAS), Hospital da Criança e Hospital Municipal Amadeu Puppi.
- **Farmácia Central** - Responsável pela Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos, Medicamentos Especiais não disponíveis nas Unidades de Saúde, Mandados Judiciais, Insulinas e insumos para diabéticos, Vacina Anti-RH+, Tamiflu.
- **Farmácia Popular:** Atende Convênio do Município com a FIOCRUZ – fornecimento de medicamentos a preço de custo e de distribuição gratuita de acordo com o Programa (Lista Específica)
- **Farmácia Especializada:** É responsável pelo fornecimento de Medicamentos Anti-Retrovirais, Paraná sem Dor, Tuberculose, Hanseníase e Doenças Auto-imunes (Lupus) para Ponta Grossa e Região. Medicamentos Repassados pelos Governos Federal e Estadual (Componente Estratégico).
- **Farmácia Hospital Amadeu Puppi:**
- **Farmácia Hospital da Criança:**
- **Farmácia Unidade Básica de Saúde Egon Roskamp**, atendendo aproximadamente 12.000 pessoas; **Farmácia Unidade Básica de Saúde – Lauro Müller:** atendendo aproximadamente 9.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Adilson Baggio**, atendendo aproximadamente 6.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Nilton Luiz de Castro**, atendendo aproximadamente 9.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Parteira Caetana Pierri**, atendendo aproximadamente 6000 pessoas, **Farmácia Unidade Saúde da Família – Roberto de Jesus Portela**, atendendo aproximadamente 6.000 pessoas.



### 3.2.4 Redes de Atenção

Na perspectiva de institucionalização de políticas em consonância com as políticas nacional e estadual, torna-se imperativo estimular a criação das Redes de Atenção à Saúde. O município aderiu à Rede Mãe Paranaense e estão sendo realizadas as Oficinas do APSUS nas Unidades Básicas de Saúde com e sem PSF, bem como as mesmas estão passando pela avaliação do PMAQ, que visa auxiliar a gestão municipal e as Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal na avaliação e monitoramento periódico de padrões de acesso e qualidade comparáveis em níveis nacional, regional e local, que servem de parâmetro para o estabelecimento de transferências de recursos federais adicionais para os municípios participantes, como incentivo ao alcance dos padrões propostos. Possui quatro fases que compreendem um ciclo contínuo de adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Esse processo contribuirá para o fortalecimento da Atenção Primária e de seu papel de porta de entrada do sistema, contribuindo para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do município.

### 3.2.5 Atenção Psicossocial

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, está sendo discutida a implementação da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Conforme preconizado na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, Decreto 7.179 de 20 de maio 2010.

Constituindo como **diretriz** para o funcionamento da Rede Municipal de Atenção Psicossocial;

- I – Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II – Combate a estigmas e preconceitos;
- III – Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

IV – Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organizando os serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento das ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

São objetivos da rede de atenção psicossocial:

I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II – promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

III – prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

IV – promover reabilitação e a reinserção social das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidaria.

V – promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.

VI – regular e organizar os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

VII – Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Atualmente o município de Ponta Grossa dispõe dos seguintes componentes para atendimento das pessoas com sofrimento mental:

- I) CAPS-AD: Destinado á atenção aos adultos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Acesso ao serviço “portas abertas”.
- II) CAPS – II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”.
- III) Unidade de Acolhimento Masculino: UA tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

IV) CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”, não necessitando de encaminhamento.

V) Ambulatório de saúde mental: Consulta eletiva via guia de referência emitida pela UBS ou USF. Atendimentos psiquiátrico e psicológico de transtornos leves e moderados.

É previsto para o ano de 2014 e 2015 a implantação da Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, Unidade de Acolhimento Feminina, e um CAPS-AD 24 horas, com a seguinte previsão orçamentária:

**QUADRO 32 – Previsão orçamentária para implantação da unidade de acolhimento infanto-juvenil, unidade de acolhimento feminina, e um CAPS-AD 24 horas**

TIPO DE SERVIÇO	RECURSO FINANCEIRO FIXO MENSAL	VALOR ANUAL
CAPS ad	R\$ 39.780,00	R\$ 477.360,00
CAPS II	R\$ 33.086,25	R\$ 397.035,00
UA*	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
CAPS i*	R\$ 32.130,00	R\$ 385.560,00

\*Em processo de credenciamento

FONTE: SMS

### 3.2.6 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar no município está dividida entre os estabelecimentos próprios e os da rede credenciada.

**QUADRO 32 – Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador, segundo especialidades**

ESPECIALIDADE	EXISTENTES	SUS
Cirúrgicos	326	226
Clínicos	270	184
Obstétrico	111	72
Pediátrico	82	70

<b>Outras Especialidades</b>	71	63
<b>Hospital/DIA</b>	7	0
<b>Total</b>	827	615

FONTE: Dados do CNES – 2012 / SMS

Segundo a Portaria Ministerial nº 1,101, de 12 de junho de 2006, estima-se em 8% da população o número de internações/ano, distribuídos nas respectivas especialidades. Considerando a população de 317.339 hab (IBGE 2012) calcula-se que seriam realizadas 23.292 internações /ano. No ano de 2012, foram realizadas 25.854 internações, segundo quadro abaixo:

<b>QUADRO 33 – Internações por Especialidades</b>		
<b>INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE</b>	<b>PREVISÃO 2012</b>	<b>REALIZADO 2012</b>
<b>Cirúrgica (20%)</b>	5077	9312
<b>Clinica Médica (33%)</b>	8378	9415
<b>Obstétrica (20,25 %)</b>	5141	4528
<b>Pediátrica (15%)</b>	3808	1925
<b>Psiquiatria (3,5%)</b>	888	668
<b>Total</b>	<b>23.292</b>	<b>25.848</b>

Fonte : CNES 2012

<b>QUADRO 34 – Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos</b>			
<b>CATEGORIA</b>	<b>EXISTENTES</b>	<b>EM USO</b>	<b>DISPONÍVEIS AO SUS</b>
<b>Equipamentos de diagnóstico por imagem</b>	288	280	109
<b>Outros equipamentos</b>	2459	2266	1510

Fonte: CNES

<b>QUADRO 35 – Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS, por 100.000 habitantes, segundos categorias do equipamento</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>EXISTENTES</b>	<b>DISPONÍVEIS AO SUS</b>
<b>Mamógrafo</b>	8	7
<b>Raio X</b>	202	49
<b>Tomógrafo Computadorizado</b>	10	7
<b>Ressonância Magnética</b>	6	5
<b>Ultrassom</b>	55	34
<b>Equipo Odontológico Completo</b>	432	171

Fonte: CNES

### **3.3 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) requer dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização se apresentam como um dos principais desafios, considerando as dinâmicas da sociedade.

Uma questão que tem merecido a devida atenção por parte dos gestores é a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais e políticos. A gestão do trabalho é estrutural para a organização dos serviços de saúde, pois significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma como são tratados os profissionais que atuam no setor.

Está em curso pela gestão municipal um conjunto de ações na área da gestão do trabalho e da educação, que visam valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como: a discussão e implementação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários; a desprecarização dos vínculos de trabalho com a realização de concursos públicos extensivos à todos os níveis; a instituição de gratificação por resultado e desempenho mediante o alcance indicadores prioritários para a gestão na área da saúde; o incentivo a educação permanente por meio de participação dos profissionais em seminários, simpósios e cursos de especialização dentre outras iniciativas.

Resultado de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade Estadual de Ponta Grossa e o Ministério da Saúde, está em curso no município o Programa “FORTALECENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PONTA GROSSA, COM FOCO NA GESTÃO CLÍNICA E O CUIDADO INTEGRAL NOS CICLOS DE VIDA”, com o objetivo de redirecionar a formação acadêmica em saúde para os serviços do SUS e inserir os acadêmicos nas Equipes de Saúde da Família que são parceiras dos grupos PET-saúde, PET-Vigilância em Saúde e PET-Redes de Atenção à Saúde, de modo a possibilitar sua vivência intensa, e por tempo prolongado, das dificuldades e possibilidades do trabalho em equipe executado pelos profissionais

de saúde da rede municipal de saúde, envolvendo os graduandos dos cursos de odontologia, enfermagem, medicina, farmácia, bacharelado em educação física e serviço social.

Participam do Programa 117 acadêmicos, 22 profissionais do SUS municipal, e todos os profissionais de 12 Unidades Básicas de Saúde, além do ambulatório do recém-nato, o Centro de Especialidades Odontológicas e o Centro Municipal da Mulher.

As atividades dos grupos PET envolvem: 1) Diagnóstico de condições de vida e saúde da população; 2) Fomento da criação dos conselhos locais de saúde (CLS); 3) Elaboração de linhas de cuidado na rede municipal de saúde para a atenção à Saúde da Mulher, da Criança, hipertensos e diabéticos; 4) Educação permanente (EP) com todos os atores do projeto; 5) Visita domiciliar; 6) Participação em reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS); 7) Criação de Conselhos Locais de Saúde; 8) Atividades educativas e assistenciais à saúde em Grupos de Hipertensão, Grupos de Caminhada, clubes de mães e serviços de atenção primária à saúde e de referência; 9) Capacitação dos profissionais em técnicas de alongamento e atividades físicas em todos os ciclos de vida; 10) Treinamento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), preceptores e acadêmicos em suporte avançado de vida em trauma e cardiologia, saúde da criança, aleitamento materno, novas metodologias de ensino e doenças crônicas não-transmissíveis.

Com todas estas atividades em curso e, considerando que cada equipe de saúde onde os grupos PET se inserem atendem cerca de 4000 pessoas, e ainda, que temos 12 unidades de saúde envolvidas e 22 equipes de saúde neste projeto, são beneficiados pelas ações dos grupos PET cerca de 88.000 pontagrossenses.

### **3.4 Participação e Controle Social**

A participação e o controle social representam a avaliação e o monitoramento da população sobre as políticas públicas implementadas pelo ente federativo. As mais diferentes formas de participação popular nas ações estatais são resultado do longo processo de lutas sociais que antecede a Constituição de 88. Este processo de lutas assegurou que a participação popular fosse incluída na Constituição de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na construção das políticas de saúde, visando garantir seu caráter universal e integral, é necessária a incorporação e

participação da população na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas que visam atender as necessidades de cada localidade. Neste sentido, foram pensados mecanismos institucionais, tais como os Conselhos, Conferências de Saúde e Ouvidorias para o exercício do democrático do controle social, elemento indispensável na conquista de melhores condições de saúde e qualidade de vida da população.

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa tem contribuído de forma singular para a consolidação do SUS no município, notadamente no que tange ao fortalecimento da participação dos vários segmentos na formulação e implementação da política de saúde municipal, com enfoque na valorização dos espaços de participação.

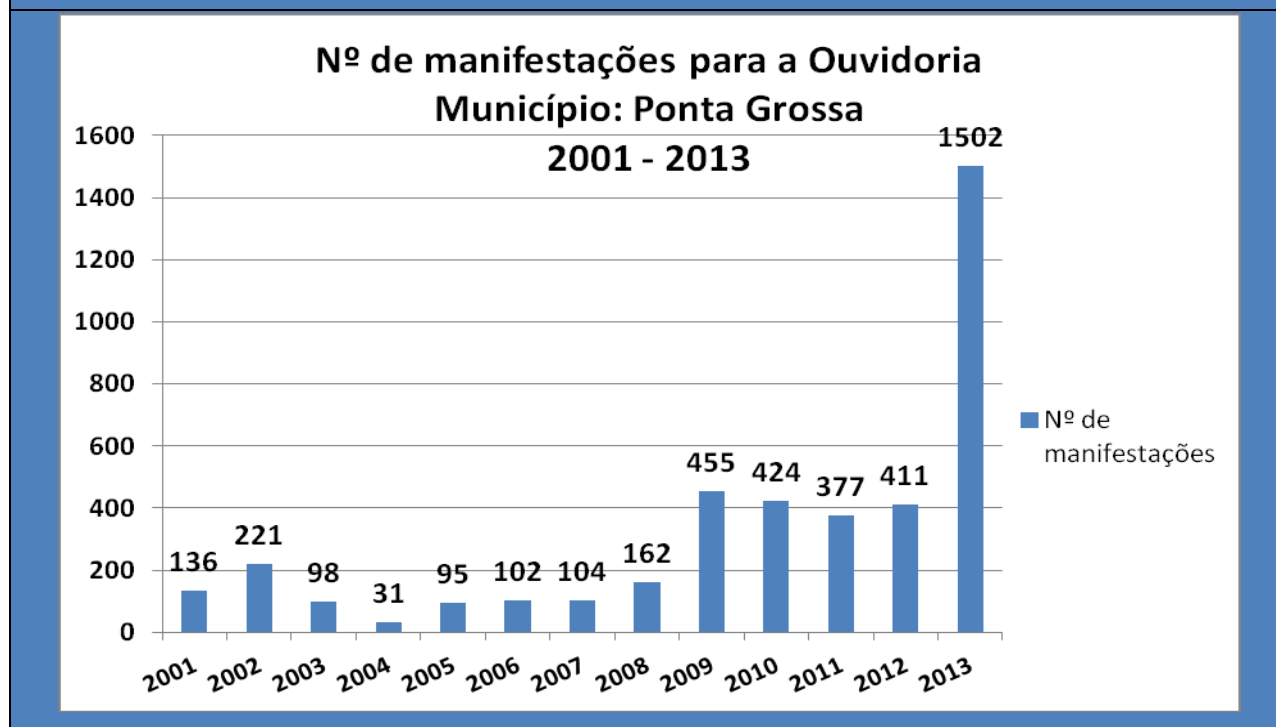
A Plenária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 2013, trouxe a tona as principais carências da população no setor. Na elaboração do presente documento fez-se constar todos os itens priorizados.

Outro aspecto importante a ser ressaltado foi o resgate dos conselhos locais de saúde que trarão inúmeras contribuições para o aperfeiçoamento da gestão com enfoque no território.

No dia 09 de maio de 2013, a Ouvidoria foi criada oficialmente a partir do decreto nº 7.227, sendo seu papel: *“Garantir espaço para o acolhimento das sugestões, denúncias, reclamações e elogios, estabelecendo um canal democrático e de fácil acesso aos cidadãos junto ao gestor e prestador de serviços de saúde do SUS”*.

Atualmente a Ouvidoria é considerada como um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS, ligada diretamente ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Dessa forma, por meio do fortalecimento da gestão participativa com a escuta aos usuários e aos profissionais vinculados ao sistema, a Ouvidoria poderá identificar os pontos-problema, bem como captar as reais necessidades da sociedade.

**Quadro 36**



Fonte: Ouvidoria –SMS (2013)

No mês de abril de 2013 foi reativado o endereço eletrônico da Ouvidoria, criado um instrumento normativo de serviço, bem como disponibilizada uma sala para atendimento sigiloso, aumentando assim as formas de recebimento das manifestações dos usuários. Foram realizadas várias divulgações nos meios de comunicação social e afixados nos serviços de saúde cartazes da Ouvidoria, bem como foram realizadas participações e apresentações no Conselho de Saúde. Deve-se destacar que, para os usuários que apresentam suas manifestações sem sigilo, estão sendo dados os devidos retornos aos seus questionamentos. No ano de 2013, até o mês de novembro, foram realizadas 1.181 orientações sobre os serviços de Saúde.

As perspectivas para os próximos quatro anos são a de receber investimentos para implantar as seguintes ações:

- Sistema de gravação das escutas telefônicas
- Informatizar a Ouvidoria com o Sistema SIGO do Estado
- Realização de pesquisa de satisfação dos serviços da Secretaria de Saúde
- Aumentar as ações de ouvidoria Itinerante



- Capacitar os profissionais da Secretaria de Saúde sobre o papel estratégico da Ouvidoria
- Possuir material de divulgação da Ouvidoria e da Rede Municipal de Serviços de Saúde

## **4. Objetivo, Diretrizes e Metas**

### **4.1 OBJETIVO**

O presente Plano tem como objetivo aperfeiçoar o SUS no Município de Ponta Grossa para reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão, levando a Saúde mais perto das pessoas por meio das Redes de Atenção à Saúde.

### **4.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.**

**DIRETRIZ 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada**

**OBJETIVO 1.1 – Utilizar de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção básica**

**OBJETIVO 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada**

<b>METAS</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Objetivo do Milênio)</b>	48%	57%	67%	76%
<b>Ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>	6,3%	6,4%	6,5%	6,6%
<b>Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (Objetivo do Milênio)</b>	83%	85%	87%	90%
<b>Ampliar a cobertura de equipes da Saúde Bucal</b>	39%	41%	45%	47%
<b>Implantar equipes de NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família)</b>	2 (5)	2	2	1

<b>Implantar EACS nas Unidades Básicas (nº de UBS com equipes implantadas)</b>	3	3	3	5
<b>Expandir o nº de Equipes Saúde da Família</b>	7	7	7	7
<b>Manter 2 técnicos em enfermagem por ESF (nº de equipes)</b>	7	7	7	7
<b>Realizar reforma de Unidades de Saúde</b>	3 unids	3 unids	3 unids	1 unids
<b>Ampliar a acessibilidade funcional das Unidades de Saúde para 10 horas/dia (nº de Unidades)</b>	4	4	4	5
<b>Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO III – unificando os 2 CEOs Municipais</b>	0	1	0	0
<b>Implantar Distritos Sanitários para descentralização das ações de coordenação, planejamento, avaliação e monitoramento da Atenção Básica</b>	5	1	0	0
<b>Realizar curso introdutório da estratégia Saúde da Família</b>	1	1	1	1
<b>Realizar capacitação com os profissionais da saúde conforme preconiza o Projeto de Humanização do Ministério da Saúde</b>	1	1	1	1
<b>Realizar capacitação do Protocolo de Classificação de Riscos (Manchester)</b>	2	2	2	2
<b>Manter o Atendimento de Consultas Especializadas do Centro Municipal de Especialidade</b>	29.268 / consultas	Manter	Manter	Manter

<b>Implantar Ambulatório para pacientes de Pé Diabético</b>	Elaborar projeto	Implantar	Manter	Manter
<b>Manter e otimizar o agendamento de Exames de média complexidade</b>	9.238/Procedimentos	Manter	Manter	Manter
<b>Manter o agendamento de consultas e exames via contratos, credenciamentos, convênios e Consórcio Intermunicipal de Saúde</b>	Exames: 9.238 Consultas: 22.385 Procedimentos	Manter	Manter	Manter
<b>Garantir o acolhimento e encaminhamento à pacientes triados ao Programa de Tratamento Fora do Domicílio, conforme legislação vigente</b>	Manter	Manter	Manter	Manter
<b>Manter atendimento para toda a demanda de exames laboratoriais via SUS</b>	61.000/mês	64.000/mês	70.000/mês	73.500/mês
<b>Realizar triagem visual em todos os alunos matriculados no 1º/1º ciclo de todas as escolas municipais</b>	4.415	4.856	5.341	5.857
<b>Realizar triagem auditiva em todos os alunos matriculados no 1º/1º ciclo de todas as escolas municipais</b>	4.415	4.856	5.341	5.857
<b>Dar continuidade as atividades do grupo de mães na Saúde Escolar</b>	3 grupos /Ano	Manter	Manter	Manter
<b>Promover reuniões com os alunos que frequentam a fonoterapia (terapia de fala)</b>	300 alunos	Manter	Manter	Manter
<b>Ampliar, a triagem auditiva/visual para o C.M.E.I (Centro Municipal de Educação Infantil) abrangendo crianças 5 anos de idade (Jardim II)</b>	1.834	2.017	2.218	2.439
<b>Atendimento ao paciente ostomizado e distribuição de material aos pacientes da 3ª Regional de Saúde. (Média de 240 pacientes ao mês. Obs: cada paciente recebe no mínimo 2</b>	100%	Manter	Manter	Manter

<b>atendimentos /mês, totalizando 5760 atendimentos ano)</b>				
<b>Atendimento a pacientes com indicação de dieta enteral/suplementação alimentar. (Média de 187 pacientes/mês. OBS: cada paciente recebe no mínimo 2 atendimentos / mês, totalizando 4488 atendimentos ano.)</b>	80%	85%	90%	90%
<b>Atendimento de pacientes do Município de Ponta Grossa que necessitam de fraldas. (Média de 225 pacientes cadastrados. OBS: cada paciente recebe no mínimo 2 atendimentos, totalizando 5400 atendimento ano)</b>	70%	75%	80%	90%
<b>Cadastro e encaminhamento de pacientes da 3ª Regional de Saúde para confecção de órteses / próteses/meios auxiliares de locomoção (APACD/APR) – ( Média de 50 cadastros /mês; Encaminhados para confecção 30 pacientes. Cada paciente recebe no mínimo 2 atendimentos, totalizando 1200 atendimento ano)</b>	70%	80%	90%	90%
<b>Cadastro e encaminhamento de pacientes do Município de Ponta Grossa para a confecção de próteses oculares e lentes esclerais. (Média de 2 pacientes /mês; Cada paciente recebe no mínimo 3 atendimentos, totalizando 72 atendimentos ano)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Atendimento e distribuição de materiais a pacientes com incontinência urinária do Município de Ponta grossa. (Média de 120 pacientes / mês; cada paciente recebe no mínimo 2 atendimentos, totalizando 2880 atendimentos ano)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Realizar cadastro, visita domiciliar e encaminhamento dos processos eletivos de Oxigenoterapia domiciliar para. 3ª. Regional de Saúde. (Média de 5 pacientes/mês;</b>	100%	100%	100%	100%

<b>Cada paciente recebe no mínimo 3 atendimentos, totalizando 180 atendimentos ano)</b>				
<b>Realizar a elaboração de Protocolo para Referência / Contra referência</b>	Elaborar protocolo	Capacitar à rede	Implantar	Manter
<b>Aquisição de um Sistema de Informação integral em software que produza relatórios e informações</b>	Elaborar projeto	Adquirir o sistema	Capacitar à rede	Implantar
<b>Implantar Consultório de Rua</b>	Elaborar projeto para o Governo Federal	Adequar o serviço para início das ações	Implantar	Manter
<b>Implantar Centro de Práticas Integrativas e Complementares, em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)</b>	Elaborar projeto para o Governo Federal	Implantar	Manter	Manter

**Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção**

<b>OBJETIVO 2.1 – Instituir rede de atenção às urgência</b>				
<b>METAS</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências.</b>	05	10	15	20
<b>Realizar a investigação dos casos notificados com suspeita de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.</b>	100 %	100%	100%	100%
<b>Nº de atendimentos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SIATE</b>	15.000 casos	15.500 casos	16.000 casos	16.500 casos
<b>Curso de capacitação médicos – ATLS</b>	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano

<b>Curso de capacitação de enfermeiros – APHTLS</b>	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
<b>Implantar Central de Regulação Regional dos Campos Gerais – SAMU</b>	Adequar projeto	Iniciar reforma	Implantação	Manter
<b>Realizar divulgação sobre forma de utilização da rede de urgência e emergência</b>	Divulgar	Divulgar	Divulgar	Divulgar

**Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha” e “Mãe Paranaense”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade**

**OBJETIVO 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero**

**OBJETIVO 3.2 – Organizar a rede de atenção a saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade**

<b>METAS</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.</b>	0,39	0,40	0,41	0,42
<b>Razão de exames de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.</b>	0,14	0,16	0,18	0,20
<b>Qualificar profissionais que atuam nos pontos de atuação da rede por meio de educação permanente e implantação de Protocolo de Ginecologia do Município</b>	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
<b>Proporção de parto normal. (Objetivo do Milênio)</b>	50%	51,5%	53%	54,6%
	82,4%	84,8%	87,3%	90%

<b>Proporção das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal. (Objetivo do Milênio)</b>				
<b>Aumentar o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".</b>	48%	57%	67%	76%
<b>Mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha.</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Redução da mortalidade materna em números absolutos.</b>	1	1	1	1
<b>Taxa de mortalidade infantil.</b>	13	12	11	10,5
<b>Proporção de óbitos infantil e fetal investigados (Objetivo do Milênio)</b>	60%	65%	70%	75%
<b>Iniciar a investigação dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna. (Objetivo do Milênio)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Garantir / manter os exames de ultrassom obstétricos de rotina das gestantes do município de Ponta Grossa, conforme Protocolo da Rede Mãe Paranaense</b>	9.844 exames	10.200 exames	10.500 exames	10.700 exames
<b>Manter o número de consultas Centro Municipal</b>	5.152/ consultas 65%	5.929 consultas 75%	6.720 consultas 85%	7.906/ consultas 90%



<b>da Mulher com 100% da demanda de Gestaç3o de Alto-Risco conforme Linha Guia da Mãe Paranaense.</b>				
<b>Manter o atendimento de refer4ncia 3a At4nç3o Prim3ria no Centro Municipal da Mulher em Ginecologia Especializada, conforme protocolo j3 implantado.</b>	4.465/ consultas/ ano 65%	5.152/ consultas 75%	5.839/ consultas 85%	6.870/ consultas 100%
<b>Manter o agendamento de exames via contratos. (obst3tricos, p3lvicos, transvaginal e mama )</b>	2.323/Exame s/Ano 65%	2680/Exame s/Ano 75%	3037/Exame s/Ano 85%	3.574 /Exames/ Ano 100%
<b>Estratificar e realizar atendimento em Rec4m-nascidos de alto risco, seguindo linha guia Mãe Paranaense. (15% n3 nascidos vivos)</b>	*400 nascidos vivos 60 consultas /mensal	*430 65 consultas/me nsal	*450 68 consultas/me nsal	*500 75 consultas/ mensal
<b>Estratificar e realizar atendimento em Rec4m-nascidos de risco intermedi3rio, seguindo linha guia Mãe Paranaense. (1 consulta)</b>	*400 nascidos vivos 60 consultas /mensal	*430 65 consultas/me nsal	*450 68 consultas/me nsal	*500 75 consultas/ mensal
<b>Ampliar a participaç3o do homem nas aç3es de planejamento familiar</b>	Elaborar nova proposta para o planejament o familiar	Divulgar junto 3a rede	Implantar	Manter
<b>Realizar divulgaç3o sobre a mortalidade materna e infantil</b>	Divulgar	Divulgar	Divulgar	Divulgar
<b>Implantar a atenç3o 3s mulheres no climat3rio</b>	Elaborar proposta	Capacitar 3 rede	Implantar	Manter
<b>Implantar Serviç3o de Pronto atendimento infantil, com estratificaç3o de risco (Hospital da Crianç3a)</b>	Implantar	Manter	Manter	Manter
	Implantar	Manter	Manter	Manter

Implantar Unidade de Apoio às gestantes em situação especial (em situações de risco, advindas de áreas rurais, bem como de outros municípios)

**Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.**

**OBJETIVO 4.1 – Ampliar o acesso a atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais**

**OBJETIVO 4.2 – Adequar à rede de saúde mental**

<b>METAS</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).</b>	1,05	1,35	1,35	1,81
<b>Contratação de Redutores de Danos para CAPS-AD</b>	0	2	2	2
<b>Viabilizar capacitação sobre Saúde Mental para os servidores que atuam nas Unidades de Saúde.</b>	1	1	1	1
<b>Capacitar às equipes de urgência e emergência em saúde mental</b>	1	1	1	1
<b>Implantar Unidade de Acolhimento de Adulto feminino</b>	1	0	0	0
<b>Implantar Unidade de Acolhimento infantil</b>	1	0	0	0
<b>Construção do Centro de Atenção Psicossocial AD III, pactuado junto ao Plano Crack. (quando da disponibilidade do recurso)</b>	Realizar projeto	Licitar e Iniciar Obra	Concluir Obra	Iniciar funcionamento

Realizar educação permanente dos profissionais dos CAPs, através de cursos, eventos, e oficinas	1	2	2	0
Elaborar protocolo de Saúde Mental na Atenção Básica	Elaborar Protocolo	Implantar	Avaliar	Manter
Elaborar protocolo de Saúde Mental na Urgência e Emergência	Elaborar Protocolo	Implantar	Avaliar	Manter
Implantar o serviço residencial terapêutico	Elaborar projeto para o Governo Federal	Adequar o serviço para início das ações	Implantar	Manter
Estabelecer plano de capacitação aos profissionais de saúde mental da SMS	1	1	1	1
Propiciar discussões sobre Saúde Mental, por meio de fóruns ou seminários	1	1	1	1
Elaborar protocolo para os serviços de Saúde Mental sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	Elaborar protocolo	Capacitar à rede	Implantar	Manter

**Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção**

**OBJETIVO 5.1 – Melhorar as condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção**

METAS	2014	2015	2016	2017
	85%	85%	85%	85%

<b>Cobertura vacinal contra gripe</b>				
<b>Redução da taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur</b>	30,38	30,08	29,78	29,48
<b>Manter a rede credenciada de Fisioterapia</b>	4 prestadores	4 prestadores	4 prestadores	4 prestadores
<b>Manter o agendamento de procedimentos de fisioterapia</b>	35.000	38.000	41.000	43.000

**Diretriz 6 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde**

<b>OBJETIVO 6.1 – Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde</b>				
<b>METAS</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança em menores de 1 ano de idade (Objetivo do Milênio)</b>	90%	92%	95%	95%
<b>Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. (Objetivo do Milênio)</b>	67%	70%	75%	80%
<b>Proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase</b>	70%	75%	80%	85%
<b>Proporção de registro de óbitos com causa básica definida</b>	90%	90%	90%	90%
<b>Proporção de amostras de água examinadas para</b>	50%	55%	60%	65%

<b>os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez</b>				
<b>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados em até 60 dias após notificação</b>	97%	97%	97%	97%
<b>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</b>	50%	51%	52%	53%
<b>Implantar Academia de Saúde com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis</b>	0	1	0	0
<b>Realizar a investigação dos casos notificados com suspeita de dengue</b>	100 %	100%	100%	100%
<b>Realizar a investigação dos casos notificados com suspeita de malária</b>	100 %	100%	100%	100%
<b>Alimentar e manter a regularidade de envio de lotes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano</b>	53 lotes	52 lotes	52 lotes	52 lotes
<b>Alimentar e manter a regularidade de envio de</b>	53 lotes	52 lotes	52 lotes	52 lotes

lotes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano					
Alimentar e manter a regularidade de envio de lotes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano	53 lotes	52 lotes	52 lotes	52 lotes	
Divulgar informes através do Boletim Epidemiológico	01 Boletim	01 Boletim	01 Boletim	01 Boletim	
Implantar a vigilância da Síndrome Gripal em Unidade Sentinela através da informação da proporção de atendimentos por síndrome gripal sobre o total de atendimentos realizados pela Unidade Sentinela	80% de notificação e coleta de material por (SE)	80% de notificação e coleta de material por (SE)	80% de notificação e coleta de material por (SE)	80% de notificação e coleta de material por (SE)	
Implantar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI vinculada ao SUS através da notificação e coleta de material	80% dos casos de SRAG	80% dos casos de SRAG	80% dos casos de SRAG	80% dos casos de SRAG	
Implantar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI não vinculada ao SUS através da informação de internações pelos CID J09 a J18, bem como o número total de internações (notificação agregada) no Hospital pelos CID J09 a J18	90% das SE	90% das SE	90% das SE	90% das SE	

<b>Alimentar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com dados de acompanhamento de gestante e crianças menores de 7 anos</b>	20 lotes	25 lotes	27 lotes	30 lotes
<b>Realizar educação nutricional para a população, através de oficinas de culinária, com utilização de alimentos saudáveis e/ou de baixo custo com elevado valor nutricional</b>	2 oficinas	2 oficinas	2 oficinas	2 oficinas
<b>Alcançar cobertura vacinal mínima na Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite</b>	95%	95%	95%	95%
<b>Índice de infestação predial, pela presença do vetor <i>Aedes aegypti</i></b>	Manter abaixo de 1%	Manter abaixo de 1%	Manter abaixo de 1%	Manter abaixo de 1%
<b>Número de coletas e esterilizações de animais</b>	1700	2500	3000	3600
<b>Inspeções Sanitárias realizadas em estabelecimentos comerciais, prestadores de serviços, indústrias, EAS e EIS</b>	33.880	34.896	35.943	37.021
<b>Adquirir 100.000 mil preservativos masculinos para população em geral</b>	100.000 unidades	100.000 unidades	100.000 unidades	100.000 unidades
<b>Adquirir 10.000 mil preservativos femininos visando atender as mulheres em situação vulnerável como as profissionais do sexo e mulheres vivendo com</b>	10.000 unidades	10.000 unidades	10.000 unidades	10.000 unidades

<b>HIV/AIDS</b>				
<b>Adquirir 30.000 mil sachês de gel lubrificante visando atender a população vulnerável de trabalhadoras do sexo, gays, outros HSH e travestis do município de Ponta Grossa</b>	30.000 unidades	30.000 unidades	30.000 unidades	30.000 unidades
<b>Realizar eventos ou parcerias. Como campanhas de massa e/ou oficinas e/ou encontros ligados à temática da feminilização da epidemia de Aids</b>	1 eventos	1 eventos	1 eventos	1 eventos
<b>Realizar ou firmar parceria na realização de eventos diversos como: campanhas de massa, ações, treinamentos, capacitações, oficinas e encontros ligados à temática DST/HIV/AIDS/HV, voltadas para população em geral, organizações da sociedade civil, como também aos profissionais do município</b>	3 eventos	3 eventos	3 eventos	3 eventos
<b>Realizar ações para diminuição das vulnerabilidades de adolescentes e jovens às DST/HIV/AIDS/HV</b>	1 ação	1 ação	1 ação	1 ação
<b>Realizar capacitações para ampliar a testagem rápida de HIV e Sífilis para a Atenção Primária em Saúde do município de Ponta Grossa, inclusive com aquisição de material permanente, capacitação e aquisição de material informativo, educativo e de comunicação</b>	2 capacitações	2 capacitações	2 capacitações	2 capacitações



Realizar capacitação ligada a temática das Hepatites Virais para os profissionais de saúde, no município de Ponta Grossa	01 capacitação	01 capacitação	01 capacitação	01 capacitação
Realizar pelo menos 1 (uma) campanha de prevenção a população em geral no município de Ponta Grossa em 2013	01 campanha	01 campanha	01 campanha	01 campanha

### Diretriz 7 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS

#### **OBJETIVO 7.1 – Ampliar a estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS**

METAS	2014	2015	2016	2017
Assistir a População com medicamentos básicos	90%	92%	93%	95%
Assistir população com Atenção Farmacêutica (cobertura)	20%	30%	40%	50%
Implantar Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (nº de profissionais contratados)	10	10	10	10

### Diretriz 8 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

#### **OBJETIVO 8.1 – Qualificar os instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS**

METAS	2014	2015	2016	2017
Implantar Plano de Cargos e Salários	Realizar estudo qualificado	Implantar	Manter	Manter
Implantar Itinerantes com Ouvidorias apoio	70 visitas	70 visitas	70 visitas	70 visitas

<b>acadêmico para o desenvolvimento das ações (total de visitas em Unidades)</b>					
<b>Orientação dos profissionais de saúde para conhecimento do papel estratégico da Ouvidoria Municipal</b>	41 unidades orientadas	41 unidades orientadas	41 unidades orientadas	41 unidades orientadas	41 unidades orientadas
<b>Implantar sistema de gravação e transcrição na Ouvidoria</b>	Implantar	Manter	Manter	Manter	Manter
<b>Encaminhar quadrimestralmente, relatório quantitativo da Ouvidoria para o CMS e 3ª Regional de Saúde</b>	3	3	3	3	3
<b>Implantar Conselhos Locais de Saúde</b>	20 Conselhos Locais	Manter	Manter	Manter	Manter
<b>Implantar Conselhos Distritais de Saúde</b>	06 Conselhos Distritais	Manter	Manter	Manter	Manter
<b>Atualizar o site oficial do Conselho Municipal de Saúde como ferramenta de divulgação do Controle Social</b>	Atualizar	Manter	Manter	Manter	Manter
<b>Orientação dos profissionais de saúde para conhecimento do papel estratégico do Conselho Municipal de Saúde</b>	Realizar no mínimo 50 orientações em serviços de saúde	Realizar no mínimo 50 orientações em serviços de saúde	Realizar no mínimo 50 orientações em serviços de saúde	Realizar no mínimo 50 orientações em serviços de saúde	Realizar no mínimo 50 orientações em serviços de saúde

## **5. AÇÕES ESTRATÉGICAS**

As ações estratégicas que nortearão o Plano Municipal de Saúde, com vigência de 2014 a 2017, também subsidiarão a elaboração do Plano Anual de Saúde, bem como contribuirão para a avaliação e monitoramento de todo o processo de planejamento no âmbito municipal.

Tais ações estratégicas foram estabelecidas tendo como base as deliberações da última Conferência Municipal de Saúde (2011), do Plano de Governo para o período de 2013 a 2016, da última Plenária da Saúde (2013), das discussões das Oficinas de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, bem como dos diversos instrumentos normativos que orientam o gestor nas suas competências de planejamento em saúde.

Assim, foram definidas 50 ações estratégicas, como segue:

- 1) *Reorientar o modelo de organização e assistência à saúde no âmbito do município, tendo como prioridade a expansão e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com a expansão e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.*
- 2) *Instituir a Política Municipal de Atenção Primária, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Estadual de Atenção Primária.*
- 3) *Estruturar a Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como ordenadora dos serviços.*
- 4) *Estruturar as Redes Cegonha (Mãe Paranaense), de Atenção às Urgências e Emergências, de Atenção Psicossocial, e dos Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.*
- 5) *Instituir Política de Educação Permanente, de forma a qualificar os profissionais de todos os níveis e pontos de atenção à saúde no âmbito do município, garantindo, conforme disponibilidade orçamentária, a participação dos servidores da saúde em eventos de formação e qualificação.*

- 6) *Dotar as Unidades de Saúde do município com a infraestrutura e ambiência necessária ao desenvolvimento das ações, conforme previsto na legislação, de forma a oferecer condições adequadas de trabalho e atendimento humanizado aos usuários.*
- 7) *Garantir a integralidade da assistência, qualificando os instrumentos de referência e contra-referência na rede de saúde.*
- 8) *Fortalecer as ações da Ouvidoria, de forma a estabelecer um canal de diálogo com a sociedade, subsidiando a gestão municipal no desenvolvimento, avaliação e monitoramento de suas ações.*
- 9) *Promover a intersetorialidade no desenvolvimento de pesquisas e de ações da gestão municipal e das Equipes da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de afetividade das ações e na otimização dos recursos públicos.*
- 10) *Assegurar a implementação do Protocolo de Manchester em todas as Unidades de Saúde do município.*
- 11) *Capacitar permanentemente os profissionais das Equipes de Saúde em todos os pontos, para utilização nos atendimentos de urgências e emergências, segundo o protocolo de Manchester.*
- 12) *Garantir a utilização de Protocolos Clínicos instituídos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, em todos os níveis de atenção.*
- 13) *Garantir a adequada utilização e auditoria dos leitos hospitalares.*
- 14) *Fomentar de forma participativa a modernização dos processos de trabalho no âmbito da Atenção Básica.*

- 15) *Instituir ações de humanização em todos os pontos de atenção á saúde, conforme preconizado na Política Nacional de Humanização.*
- 16) *Dotar as Unidades de Saúde de número adequado de profissionais, de forma a oferecer melhores serviços à população.*
- 17) *Garantir a execução do Plano Municipal de Enfrentamento às Violências contra Crianças e Adolescentes garantindo o cumprimento das ações de responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).*
- 18) *Instituir a Política Municipal de Promoção à Saúde, fomentando ações em seus 07 eixos prioritários (alimentação saudável, práticas corporais/atividade física, tabagismo, álcool e outras drogas, acidentes de trânsito, cultura de paz, desenvolvimento sustentável)*
- 19) *Constituir no âmbito da SMS, Grupo de Sistematização e Gerenciamento de Informações, com o objetivo de produzir relatórios e informações da vigilância em saúde, da atenção básica, da atenção especializada e hospitalar.*
- 20) *Assegurar assistência integral para pacientes com doenças crônicas, preferencialmente por equipe multidisciplinar, através dos protocolos no serviço público.*
- 21) *Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento às DST/HIV/AIDS e hepatites virais na atenção primária em saúde.*
- 22) *Garantir a participação e o controle social, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e dos demais Conselhos instituídos no âmbito do município.*
- 23) *Integralizar os diferentes sistemas de entrega/dispensação de medicamentos (farmacovigilância) buscando melhoria no atendimento/acompanhamento aos pacientes com doenças crônicas.*

- 24) *Instituir a Política Municipal de Saúde Mental, em consonância com as Políticas Nacional e Estadual.*
- 25) *Estruturar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme legislação vigente, de forma a oportunizar o acesso qualificado aos serviços de atenção à saúde mental.*
- 26) *Implantar e manter em funcionamento o serviço residencial terapêutico, com recursos suficientes de acordo com a previsão legal.*
- 27) *Desenvolver ações estratégicas de comunicação de campanhas educativas e campanhas informativas versando sobre a organização e estruturação dos serviços de saúde no âmbito do município.*
- 28) *Promover reestruturação do organograma da SMS, estabelecendo fluxos e atribuições das Superintendências, gerências e coordenações.*
- 29) *Incentivar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS nos serviços de Atenção Primária e Saúde Mental.*
- 30) *Garantir que os serviços prestados pela saúde por contratualizações (terceirizações) atendam às necessidades da população, de forma complementar, com efetividade e resolutividade.*
- 31) *Articular junto ao Governo Estadual que o Hospital Regional/Universitário assuma a condição de porta de entrada de urgência e emergência para região dos Campos Gerais.*
- 32) *Estimular a participação dos diversos grupos na construção e implementação de um programa de planejamento familiar no âmbito do município.*
- 33) *Contribuir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial com a redução da mortalidade infantil e materna e a cobertura vacinal.*

- 34) *Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal (Mãe Paranaense), garantindo atendimento à gestante conforme a estratificação de risco, incluindo mecanismos de referencia e contra-referência.*
- 35) *Dotar o SAMU/SIATE de melhores recursos de comunicação e equipamentos, de tal forma, a proporcionar mais agilidade nos atendimentos, quanto ao seu tempo resposta, bem como, oferecer mais segurança nos registros de comunicação, entre os profissionais médicos, paramédicos e administrativos.*
- 36) *Definir o fluxo e estabelecimento das responsabilidades para os atendimentos das crianças junto ao Hospital da Criança e a respectiva parceria com o Hospital Bom Jesus, dos casos graves que careçam da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.*
- 37) *Estabelecer, apoiar e/ou incentivar política de formação continuada para os profissionais do SAMU/SIATE, tanto para os profissionais médicos, quanto para os paramédicos, incluso os simulados de atendimentos dos acidentes com múltiplas vítimas.*
- 38) *Implementar o Plano Municipal de Urgências e Emergências.*
- 39) *Ampliar o número de pessoas atendidas pelo profissional farmacêutico, responsabilizando o mesmo a 01 ou 02 equipes de ESF (3.000 a 6.000 pessoas), com atendimento prioritário a grupos com doenças crônicas.*
- 40) *Capacitar de forma permanente os profissionais farmacêuticos da Atenção Básica no manejo das doenças crônicas, com a devida utilização dos protocolos clínicos.*

- 41) *Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de forma a ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica.*
- 42) *Implantar o Serviço de Atenção Domiciliar (EMAD Tipo 1), de forma a ofertar a humanização da atenção com atendimento qualificado, reduzindo o período de internação e a redução da demanda por atendimento hospitalar.*
- 43) *Reorganizar o trabalho assistencial com ênfase no modelo de atenção às condições crônicas.*
- 44) *Implantar e institucionalizar os Distritos Sanitários, de forma a descentralizar a gestão das ações da Atenção Primária no âmbito do município.*
- 45) *Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras formas de violências ao ano, bem como qualificar permanentemente as informações.*
- 46) *Vigiar a proporção de partos normais, a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, bem como realizar investigação de óbito de mulher em idade fértil e materno*
- 47) *Manter a proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação*
- 48) *Vigiar a Taxa de Incidência de AIDS em menores de 5 anos*
- 49) *Instituir Plano de Gratificação por Desempenho e Resultado para os profissionais que atuam na Atenção Primária, bem como instituir Plano de Carreira para todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.*



*50) Promover a intersetorialidade das ações no âmbito da SMS, de forma a garantir a otimização de escassos recursos, fortalecendo o protagonismo e dando visibilidade às ações da área com a construção de agenda positiva.*

## **6. Monitoramento e Avaliação**

No ano de 2011 a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde, que tem como objetivo geral induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão municipal, além das equipes de Atenção Básica, em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, de forma a institucionalizar a cultura de planejamento, avaliação e monitoramento da atenção básica (AB) no Sistema Único.

Inicialmente 17 Equipes de Saúde da Família foram avaliadas e propostas adequações nos seus processos de trabalho, bem como melhorias na infraestrutura das Unidades de Saúde, que estão sendo implementadas. Atualmente as 41 Equipes de Saúde da Família estão passando pelo processo de avaliação e certificação.

A perspectiva é de que o processo seja extensivo aos demais níveis de atenção à saúde no âmbito do município, e que seja constituído no ano de 2014 grupo de trabalho de avaliação e monitoramento das ações de saúde.

Tal grupo induzirá processos que busquem aumentar a capacidade da gestão municipal no processo de tomada de decisão, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços e ações que assegurem maior acesso e qualidade à população, por meio da construção de um padrão de qualidade.

A publicização dos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados. Tornar este processo transparente é fundamental para o fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pela Secretaria na busca da equidade e da qualidade em saúde. A perspectiva é de que se institua uma cultura de acompanhamento sistemático e contínuo não só dos indicadores de saúde, mas principalmente dos processos que compõem o campo da gestão, visando à obtenção de informações em tempo oportuno,

para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Será de competência do Grupo de Avaliação e monitoramento que será instituído no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde:

- a) Avaliar e monitorar as Políticas Municipais de Saúde e de Atenção Primária;
- b) Subsidiar os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento da gestão;
- c) Formular relatórios gerenciais para orientar a tomada de decisão da gestão conjuntamente com as áreas técnicas específicas da Secretaria;
- d) Promover o desenvolvimento de instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de avaliação da gestão estratégica e participativa;
- e) viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação da gestão do SUS;
- f) Apoiar os processos de acompanhamento dos pactos firmados pela Secretaria (COAP).
- g) Avaliar e monitorar a implementação do Plano Municipal de Saúde e dos Planos Anuais.

Outra importante estratégia de institucionalização de uma cultura de avaliação e monitoramento no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde é a implementação da Gratificação Financeira por Resultados e Desempenho (PGRD) das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, que tem como objetivo instituir gratificação a ser concedida mediante avaliação de resultado e desempenho através de monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual e coletiva aos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, onde, que, posteriormente, será estendido às Unidades Básicas de Saúde sem a Estratégia Saúde da Família.

O Plano de Gratificação Financeira por Resultados e Desempenho (PGRD) das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal do município de Ponta Grossa objetivará fundamentalmente qualificar e melhorar o desempenho e acesso da população aos serviços de Atenção Básica.

Sua formulação está baseada em intervenções de monitoramento e avaliação de indicadores selecionados dentre os constantes no Contrato de Organização da Ação Pública em Saúde (COAP) e indicadores pactuados no âmbito municipal, conforme as prioridades. Será acompanhado em suas metas e resultados pelas próprias equipes, pelo Comitê Gestor do Programa, bem como pela supervisão direta e indireta das Superintendências de Gestão em Saúde e de Vigilância em Saúde, com visitas mensais e aleatórias, por intermédio de suas Coordenações.

**O PGRD terá como diretrizes:**

- a) Valorização Profissional
- b) Livre e expressa adesão de todos os membros da equipe ao Plano
- c) Alcance integral das Metas
- d) Auto aplicação de monitoramento e avaliações periódicas
- e) Supervisão da Gestão Municipal
- f) Sistematização e divulgação dos resultados alcançados
- g) Replicabilidade
- h) Composição completa das Equipes conforme preconizado na PNAB, de 2.488, de 21 de setembro de 2011.
- i) Legalidade, considerando as normas que regem o funcionalismo público, as normatizações do Ministério da Saúde e a Constituição Federal.
- j) Territorialização e Estratificação de Risco
- k) Humanização

## **Referências Bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3a ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série Cadernos Técnicos CNS).

Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 257-281, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, 2005. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação Geral de Investimentos em Saúde. Critérios para Análise de Investimentos em Saúde: manual básico. Brasília, 2004. 58 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994. 239 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania. Brasília, 2002. 80p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Manual Técnico para Estruturação Física de Unidades de Saúde da Família. Brasília, 2004. 22p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia básico para a farmácia hospitalar. Brasília, 1994. 174p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência á Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 150p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil . 18.ed.Brasília, DF: Senado, 1988.

Lei 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, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

Lei 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 3, 2003, Brasília, DF. Relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 200

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

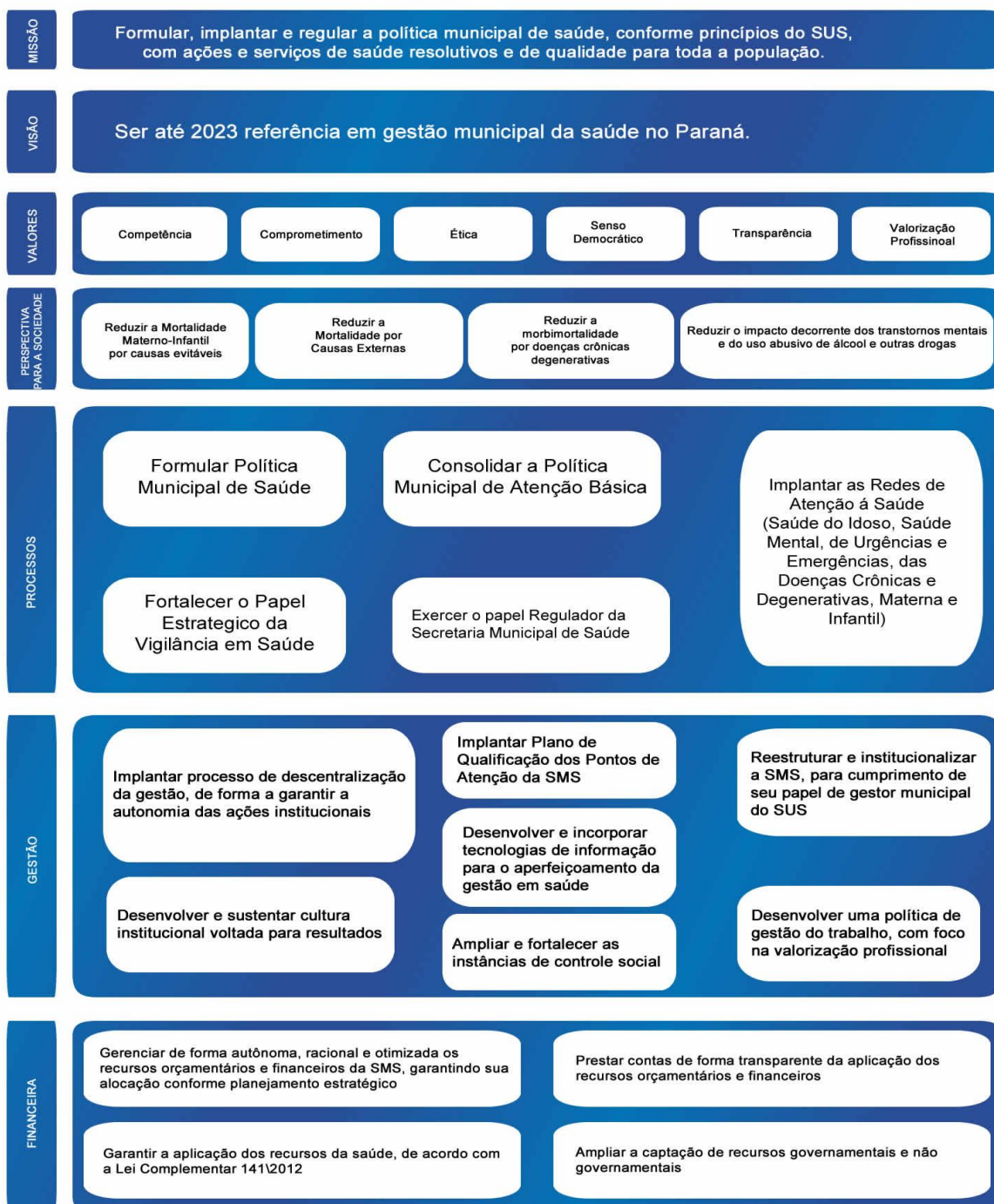
Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

## ANEXO



### PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MAPA ESTRATÉGICO








**Conselho Municipal de Saúde**  
Ponta Grossa - Paraná

**RESOLUÇÃO Nº 001 de 06 de fevereiro de 2014.**


O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa conforme disposto no inciso III do artigo 169 e artigo 1º das leis federais nº 8080, de dezoito de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelas leis estaduais nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, e nº 11.188, de 09 de novembro de 1995, no uso de sua competência Regional conferida pelo artigo 5º.

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, na Plenária do dia 10 de dezembro de 2013.

**RESOLVE:** Aprovar por treze votos favoráveis o **Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017.**

  
\_\_\_\_\_  
Jiovany do Rocio Kissilevicz  
Presidenta do CMS

Homologo a presente Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa nº 001/2014, nos termos do §2º, artigo 1º da lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

  
\_\_\_\_\_  
Erildo Vicente Muller  
Secretário Municipal de Saúde

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** Rua: XV de Novembro, 120 sala 03 – CEP 84010-020  
Ponta Grossa – Paraná  
Telefone: 3229 – 7407 Email: [conselhodesaudepg@hotmail.com](mailto:conselhodesaudepg@hotmail.com)