

Plano Municipal de Saúde

2022 - 2025

Prefeita Municipal de Ponta Grossa
Elizabeth Silveira Schmidt

Vice-Prefeito
Saulo Vinicius Hladyszwski

Fundação Municipal de Saúde
Rodrigo Daniel Manjabosco

Gerência de Atenção Primária à Saúde
Thiago Bueno Silva

Gerência de Atenção Secundária à Saúde
Renata Moraes

Gerência de Assistência Farmacêutica
Maria Aparecida da Costa Silva

Gerência de Saúde Mental
Elaine Peclat Bastos

Gerência de Vigilância em Saúde
Priscilla Vanessa Alves Santos

Gerência da Rede de Urgência e Emergência
Josemar Fontoura de Castro

Gerência do Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi
Alessandra De Fátima Ornat

Gerência Administrativa e Financeira
Marcos Paulo Ribeiro do Rosário

Gerência de Escola de Saúde Pública
Carlos Eduardo Coradassi

Gerência de Educação Permanente
Damaris Beraldi Godoy Leite

Gerência de Qualidade e Performance
José André Przybytovicz Andrade de Lima

Gerência de Controle e Avaliação
Taíssa Correa Fonseca

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BPMOA	Batalhão da Polícia Militar de Operações Aéreas
CAF	Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento
COE	Comitê de Operações de Emergência
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
E-Gestor	Plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIP	Fundação João Pinheiro
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituto de Ensino Superior
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIRAA	Levantamento do Índice Rápido do Aedes aegypti
LOA	Lei Orçamentária Anual
MIF	Mulher em Idade Fértil
MM	Mortalidade Materna
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programação Anual de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	População em Idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SISREG	Sistema de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TI	Tecnologia e Informação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Lista de Mapas

Mapa 01. Localização de Ponta Grossa – PR.
Mapa 02. Densidade Demográfica, Paraná-Brasil, 2010.
Mapa 03. Taxa de homicídios.

Lista de Figuras

Figura 01. Pirâmide Etária por sexo e grupos de idade. Ponta Grossa - PR
Figura 02. Tabela de Índice de Envelhecimento
Figura 03. Classificação do IDHM
Figura 04. Ranking do IDHM
Figura 05. Situação Ocupacional da População. Ponta Grossa - PR, 2010.
Figura 06. Distribuição de água, esgoto e coleta de lixo.
Figura 07. Tabela de adultos fumantes.
Figura 08. Relatório nutricional
Figura 09. Tabela de consumo
Figura 10. Tabela de consumo
Figura 11. Percentual de indivíduos que praticam atividades físicas.
Figura 12. Casos novos por mês de confirmação do diagnóstico. Ponta Grossa, 2020-2021.
Figura 13. Casos confirmados por faixa etária e sexo. Ponta Grossa, 2020-2021.
Figura 14. Número de óbitos por mês. Ponta Grossa, 2020-2021.
Figura 15. Vacinômetro, número de doses aplicadas. Ponta Grossa, 2020-2021.
Figura 16. Cadastros (Adscrição) na Atenção Primária à Saúde. Ponta Grossa, 2021.
Figura 17. Rede de Urgência e Emergência
Figura 18. Fluxo do Complexo Regulador.

Lista de Gráficos

Gráfico 01. Taxa de Natalidade (por 1000 NV) por local de residência. Ponta Grossa e Paraná, 2000-2019
Gráfico 02. Índice de Envelhecimento. Brasil - Paraná. 2010-2060.
Gráfico 03. Taxa de analfabetismo por sexo e ano. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.
Gráfico 04. Nascidos Vivos de mães residentes no município de Ponta Grossa-PR, 2000-2019
Gráfico 05. Proporção de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe. Ponta Grossa-PR, 2009-2019.
Gráfico 06. Nascidos Vivos, segundo tipo de parto Ponta Grossa-PR 2009-2019
Gráfico 07. Proporção de Nascidos Vivos de baixo peso, segundo local de residência. Ponta Grossa e Paraná, 2009-2019.
Gráfico 08. Taxa de Mortalidade Geral por 1000 habitantes, Ponta Grossa e Paraná, 2000-2019.
Gráfico 09. Taxa de Mortalidade Infantil. Ponta Grossa, 2000 a 2019.
Gráfico 10. Taxa de Mortalidade Perinatal (por 1000). Ponta Grossa - PR, 2000-2019.
Gráfico 11. Óbito fetal por município residência e ano. Ponta Grossa, 2000-2019.
Gráfico 12. Óbitos maternos por município e ano do óbito. Ponta Grossa, 2000-2018
Gráfico 13. Número absoluto de mortalidade por acidentes de trânsito em residentes de Ponta Grossa-PR, 2000 a 2019.
Gráfico 14. Número e proporção de notificações de violência Interpessoal/autoprovocada, segundo sexo em residente de Ponta Grossa, 2010-2019.
Gráfico 15. Casos confirmados por Ano Notificação segundo Município de residência. Ponta Grossa-PR, 2001 a 2020.

Gráfico 16. Frequência por Município de residência e Ano Notificação. Ponta Grossa-PR, 2001 a 2019.
Gráfico 17. Número Internações por Sexo e Ano atendimento, Capítulo CID-10: XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas em Ponta Grossa, 2007-2021.
Gráfico 18. Número de Internações por Faixa Etária 1 e Ano atendimento por Capítulo CID-10: XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas em Ponta Grossa-PR, 2007-2021.
Gráfico 19. Dados detalhados das AIH - por local internação - Quantidade aprovada por Grupo procedimento e Ano atendimento. Ponta Grossa, Jan/2010-Ago/2021.
Gráfico 20. Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família. Ponta Grossa, 2007-2020.
Gráfico 21. Cobertura da Atenção Primária à Saúde. Ponta Grossa, 2007-2020.
Gráfico 22. Estimativa de população coberta na Atenção Primária à Saúde. Ponta Grossa, 2007-2019.
Gráfico 23. Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, segundo tipo de serviço. Ponta Grossa, 2017 a 2020.
Gráfico 24. Número de atendimentos por ano, UPA Santana. Ponta Grossa, 2021.
Gráfico 25. Número de atendimentos e Ano atendimento. Ponta Grossa, 2017 – 2021.
Gráfico 26. Número de atendimentos e Ano atendimento. Ponta Grossa, 2017 – 2021.
Gráfico 27. Número de medicamentos distribuídos. Ponta Grossa, 2015-2020.
Gráfico 28 – Manifestações acolhidas pela ouvidoria municipal de saúde

Lista de Tabelas

Tabela 01. População total, por gênero, rural e urbana. Ponta Grossa-PR, 2000 e 2010.
Tabela 02. Densidade demográfica.
Tabela 03. Índice de Envelhecimento. Paraná e Ponta Grossa.
Tabela 04. Taxa de analfabetismo por Faixa etária e Ano. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.
Tabela 05. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por Indicadores. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.
Tabela 06. Distribuição da População em Idade Ativa e Economicamente Ativa. Ponta Grossa.
Tabela 07. Renda Média Domiciliar Per Capita segundo ano – Ponta Grossa – Paraná
Tabela 08. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência segundo a experimentação de cigarros, drogas e álcool, por dependência administrativa da escola, 2015.
Tabela 09. Proporção de nascidos vivos de mães por consulta de Pré-natal, segundo local de residência e ano. Ponta Grossa, 2009-2019.
Tabela 10. Número de óbitos por residência por capítulos CID 10, Ponta Grossa- PR, 2000 a 2019.
Tabela 11. Mortalidade geral por capítulos CID 10 e faixa etária, Ponta Grossa-PR, 2000-2015.
Tabela 12. Óbitos infantis por Capítulo CID-10. Ponta Grossa - PR, 2000-2019.
Tabela 13. Principais causas de mortalidade fetal classificadas no CID 10*. Ponta Grossa-PR, 2000-2019.
Tabela 14. Óbitos maternos. Ponta Grossa, 2000 a 2019.
Tabela 15. Número de óbitos por causas externas e residência por Grande Grupo CID10 e sexo, Ponta Grossa-PR, 2000-2019.
Tabela 16. Frequência de notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência de Ponta Grossa-PR, 2010-2019.
Tabela 17. Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Ponta Grossa-PR, 2009-2020.

Tabela 18. Frequência por Tipo de Saída e Ano Notificação. Ponta Grossa-PR, 2009-2019.
Tabela 19. Coberturas Vacinais por Ano segundo Município. Ponta Grossa, 2010-2020.
Tabela 20. Casos confirmados por Município de residência, Ano 1º Sintoma(s) e Evolução. Ponta Grossa, 2009 a 2019.
Tabela 21. Incidência de infestação de dengue, Ponta Grossa-PR, 2017 a 2021.
Tabela 22. Casos autóctones e importados de dengue, Ponta Grossa-PR, 2016 a 2020.
Tabela 23. Número de casos confirmados por Município, CaracLocInf Área e Ano Notificação. Ponta Grossa, 2007-2019.
Tabela 24. Notificações por Tipo de Acidente e Ano acidente. Ponta Grossa-PR, 2007-2017.
Tabela 25. Casos de hepatites virais por tipo e ano de diagnóstico, 1999-2020. Ponta Grossa.
Tabela 26. Casos, taxa de detecção (por 100.000 habitantes) e por sexo de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2010-2021.
Tabela 27. Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2005-2020. Caso de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2007-2021.
Tabela 28. Casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 1998-2020.
Tabela 29. Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 1980-2020.
Tabela 30. Número de Internações por Lista MorbCID-10 e ano atendimento. Ponta Grossa, 2007-2021.
Tabela 31. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde cadastrados por tipo de estabelecimento, Ponta Grossa, Junho-2021.
Tabela 32. Distribuição de Leitos conforme CNES, novembro 2021.
Tabela 33. Número de pacientes por categoria SISREG. Ponta Grossa, Out-2021.
Tabela 34. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento. Ponta Grossa - Jan/2008-Jun/2021.
Tabela 35. Internações por Subgrupo procedimento. e Ano atendimento. Ponta Grossa, Jan/2008-Ago/2021.
Tabela 36. Número de atendimentos por ano, UPA Santa Paula. Ponta Grossa, 2014-2020.
Tabela 37. Grade de Referência Regional.
Tabela 38. Número de Inspeções Sanitárias. Ponta Grossa, 2017 – 2021.
Tabela 39. Valor e percentual de recursos financeiros, segundo tipo de fonte de financiamento. Ponta Grossa, 2013-2020.
Tabela 40. Série histórica de Conferências de Saúde em Ponta Grossa – 1995 a 2019.

SUMÁRIO

Apresentação	10
1. INTRODUÇÃO	12
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	15
2.1. Perfil Demográfico	15
2.1.1. Densidade Demográfica	17
2.1.2. Taxa de Natalidade	18
2.1.3. Índice de Envelhecimento	18
2.2. Perfil Socioeconômico	20
2.2.1. Alfabetização	20
2.2.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	21
2.2.3 População Economicamente Ativa – PEA	22
2.2.4. Produto Interno Bruto – PIB	24
2.3. Perfil Ambiental	24
2.3.1 Geomorfologia	25
2.3.2. Recursos Hídricos	25
2.3.3. Áreas Verdes	26
2.3.4. Saneamento Básico	27
2.4. Perfil Epidemiológico	28
2.4.1. Hábitos e Estilos de Vida	28
2.4.1.1. Tabagismo	28
2.4.1.2. Excesso de Peso e Obesidade	29
2.4.1.3. Consumo alimentar	30
2.4.1.4. Consumo de Bebidas Alcoólicas	31
2.4.1.5. Violências	34
2.4.2. Perfil de Natalidade	35
2.4.3. Perfil de Mortalidade	38
2.4.3.1. Mortalidade Geral	38
2.4.3.2. Mortalidade Infantil	41
2.4.3.2.1 Mortalidade Perinatal	42
2.4.3.3. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Materna	44
2.4.3.4. Mortalidade por Causas Externas	46
2.4.4. Perfil de Morbidade	48
2.4.4.1 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)	48
2.4.4.2 Doenças Transmissíveis	49
2.4.4.3. Doenças Imunopreveníveis	52
2.4.4.4. Doenças associadas a Vetores, Artrópodes e Roedores de relevância para a saúde pública	56
2.4.4.4.1. Arboviroses	56
2.4.4.4.2. Leptospirose	57
2.4.4.4.3. Acidente por animais peçonhentos	57
2.4.4.5. Doenças Infectocontagiosas e/ou Sexualmente Transmissíveis	58

a) Hepatites Virais	58
b) Sífilis Adquirida	59
c) Sífilis em Gestante	59
d) Sífilis Congênita	60
e) HIV/AIDS	60
2.4.4.6. Causas Externas	61
2.5. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Ponta Grossa	63
2.5.1. Infraestrutura do setor saúde	63
2.5.2. Oferta de Serviços e Organização do SUS Municipal	68
2.5.2.1. Atenção Primária à Saúde	68
2.5.2.2. Rede de Atenção Psicossocial	70
2.5.2.3. Atenção a Urgência e Emergência	71
a) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)	72
b) Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192)	73
c) Grade de referência por Especialidade	75
2.5.2.4. Atenção Secundária	76
a) Centro Municipal da Mulher:	76
b) Centro Municipal de Especialidades:	76
c) Fisioterapia:	76
d) Atendimento Domiciliar:	76
e) Ambulatório de Nutrição: Consultas.	76
f) Centro Municipal de Órteses e Próteses:	77
g) Centro Especializado em Odontologia:	77
h) Laboratório:	77
2.5.2.5. Vigilância em Saúde	77
2.5.2.6. Assistência Farmacêutica	78
2.5.2.7. Controle e Avaliação	81
2.5.2.8. Gerência de Qualidade e Performance	83
2.5.2.9. Gerência Administrativa e Financeira	84
2.5.2.10. Ouvidoria em Saúde	86
2.5.2.11. Educação Permanente em Saúde	87
a) Gerência da Escola de Saúde Pública (GESP)	87
b) Gerência de Educação Permanente em Saúde (GEPS)	88
2.5.2.12. Controle Social	88
3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	91

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Ponta Grossa, documento que explicita os compromissos do governo municipal para a área da saúde no período de 2022-2025. O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Fundação Municipal de Saúde para o próximo quadriênio, 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.

O Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025 é uma ferramenta de apoio à tomada de decisões e para direcionar os processos de educação permanente necessários à qualificação do sistema público de saúde. Serve também para o controle social de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários sobre os serviços de saúde ofertados em Ponta Grossa. Pretendemos, com ele, avançar na organização da rede de serviços e entregar mais saúde para os cidadãos de Ponta Grossa.

O presente Plano parte de uma análise situacional dos aspectos demográficos e socioeconômicos, do perfil de morbimortalidade e as características da rede de serviços, e aponta para as intenções e os resultados a serem alcançados no período de 2022 a 2025, expressos em Diretrizes, Objetivos e Metas, se configurando como um importante instrumento de gestão e de controle social.

O Plano orienta a elaboração do Plano Plurianual (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.

Rodrigo Daniel Manjabosco
Presidente
Fundação Municipal de Saúde



1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 é a peça chave de planejamento para o período e tem por tarefa orientar a gestão da saúde no município de Ponta Grossa. Representa uma oportunidade de verificar as expectativas na saúde pública municipal e também de avaliar os avanços alcançados desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das principais políticas públicas do Brasil. O Plano Municipal de Saúde (PMS), norteia os rumos da política pública de saúde a ser implementada e monitorada pela Fundação Municipal da Saúde (FMS) nos próximos anos.

Este planejamento compõe o modo como a FMS irá expandir e sistematizar sua capacidade organizacional, integrando e otimizando recursos, evitando desperdício, além de melhorar a eficiência e qualidade das ações e serviços de responsabilidade da saúde municipal. O planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde e, conseqüentemente, ampliar o acesso aos serviços e melhorando o perfil de saúde da população.

A obrigatoriedade do Plano Municipal de Saúde está prevista nos principais dispositivos legais que norteiam o processo de gestão do SUS. O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e no processo de monitoramento e avaliação da gestão.

Para o processo de planejamento destaca-se importantes documentos pertencentes a legislação do SUS:

- Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, lei orgânica da saúde que estabelece os princípios do SUS e as atribuições dos entes da federação, estabelece o planejamento ascendente
- O Decreto nº 7.508, de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento. Por fim, o decreto também trata de aspectos da assistência e da articulação interfederativa;
- A Lei Complementar nº141, de janeiro de 2012 (LC 141/2012) regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com o SUS dos três entes federativos; a determinação do planejamento ascendente, e do rateio como mecanismo de financiamento do SUS;
- O Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017 (que substitui a Portaria nº 2135, de setembro de 2013), que estabelece

diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e orienta os pressupostos para o planejamento.

O PMS deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disto, o PMS é elemento fundamental a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi organizado de forma a permitir uma direção clara para a gestão, para os trabalhadores da saúde e para a população acerca do caminho que o setor saúde irá percorrer. Sendo assim, o Plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social.

Este documento apresenta no segundo capítulo um panorama da situação de saúde da população, com a descrição do perfil demográfico, socioeconômico, ambiental e epidemiológico, além da caracterização da rede de serviços de saúde do município e da gestão do SUS municipal. O Plano Municipal de Saúde traz no terceiro capítulo, as diretrizes, objetivo e metas, como ações estratégicas a ampliação e a qualificação da oferta de serviços na atenção primária, a qualificação dos serviços da atenção especializada, saúde mental, aperfeiçoamento do serviço de urgência e emergência, bem como o fortalecimento do sistema de vigilância em saúde, da gestão do SUS e da participação popular, considerando a viabilidade política, econômica, técnico organizacionais e a coerência com as políticas dos governos federal e estadual.



2. Análise da Situação de Saúde

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1. Perfil Demográfico

O município de Ponta Grossa, fundado em 15 de setembro de 1823, ocupa uma extensão territorial de 2.054,732 km² (IBGE, 2020), possui uma população estimada em torno de 355.336 habitantes (IBGE, 2020) com uma densidade demográfica de 150,72 hab/km² (IBGE, 2010).

Localizada no Segundo Planalto Paranaense, na região dos Campos Gerais, Ponta Grossa destaca-se no cenário turístico do sul do Brasil, devido à sua posição geográfica pela facilidade de acesso a todas as regiões do Estado.

Mapa 01. Localização de Ponta Grossa – PR.



Fonte: IPARDES

Situada a uma distância de 114 km da capital estadual, Ponta Grossa representa um importante entroncamento rodoferroviário do Paraná. Além da sede municipal, o Município de Ponta Grossa possui quatro distritos administrativos: Uvaia, Itaiacoca, Guaragi e Piriquitos.

Ponta Grossa é a quarta maior população do Estado do Paraná e a nona maior população do Sul do Brasil, é o núcleo dos Campos Gerais, que tem uma população superior a 1.100.000 habitantes e o maior parque industrial do interior do estado.

A estrutura etária da população é uma importante variável para o planejamento em saúde, uma vez que sinaliza as mudanças e necessidades que a população demandará aos serviços de saúde. Os censos de 2000 e 2010 evidenciaram um aumento na população pontagrossense, que passou de 273.616 hab. para 311.611 hab., respectivamente, e conforme estimativa em 2020 a população seria de 355.336 habitantes. Deste modo, verificamos que a cada 10 anos a população tem um aumento de 30 a 40 mil

habitantes. Seguindo a tendência nacional, possui uma população feminina maior que a masculina e majoritariamente urbana.

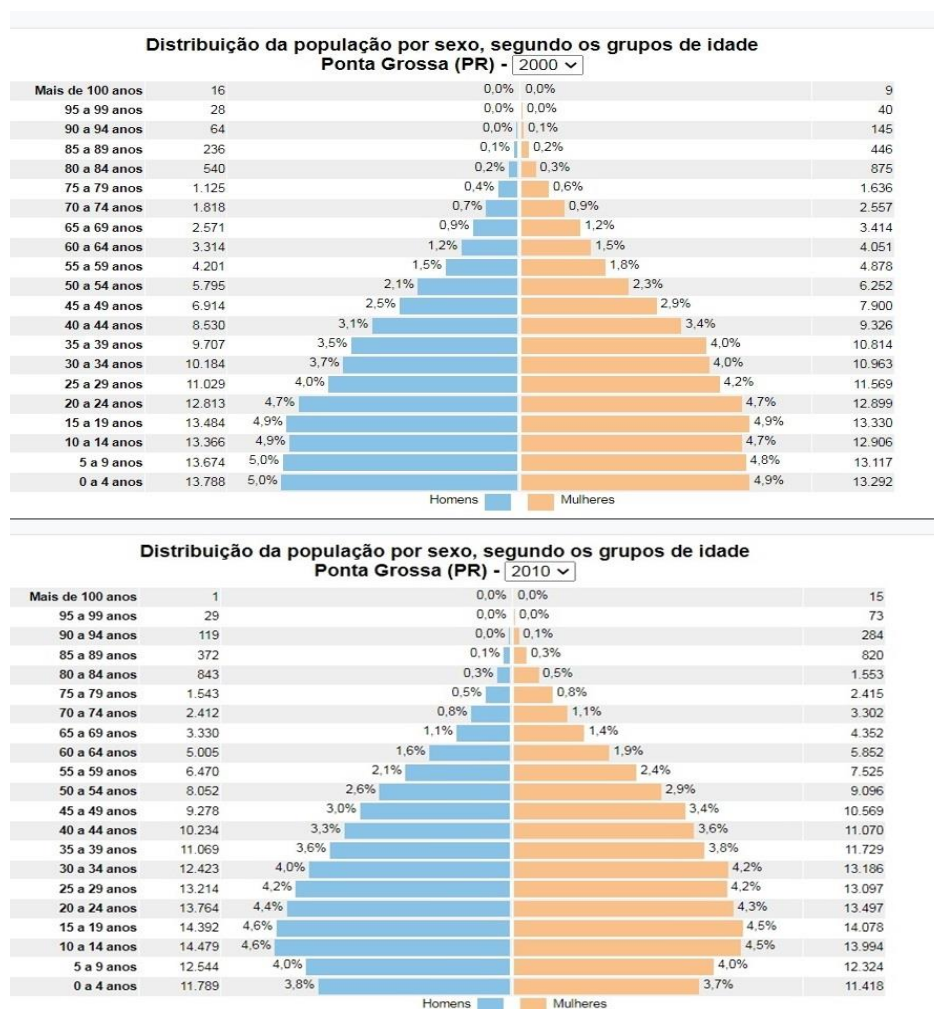
Tabela 01. População total, por gênero, rural e urbana. Ponta Grossa-PR, 2000 e 2010.

POPULAÇÃO	POPULAÇÃO (2000)	% do Total (2000)	POPULAÇÃO (2010)	% do Total (2010)
População residente – total	273.616	100	311.611	100
População residente - mulheres	140.419	51,32	160.249	51,43
População residente - homens	133.197	48,68	151.362	48,57
População residente - urbana	266.683	97,47	304.733	97,79
População residente - rural	6.933	2,53	6.878	2,21

Fonte: IPEA, IBGE

Essa expansão urbana tem causas e consequências econômicas: o deslocamento movido pela busca de melhores condições de vida proporciona a aglomeração das cidades.

Figura 01. Pirâmide Etária por sexo e grupos de idade. Ponta Grossa - PR

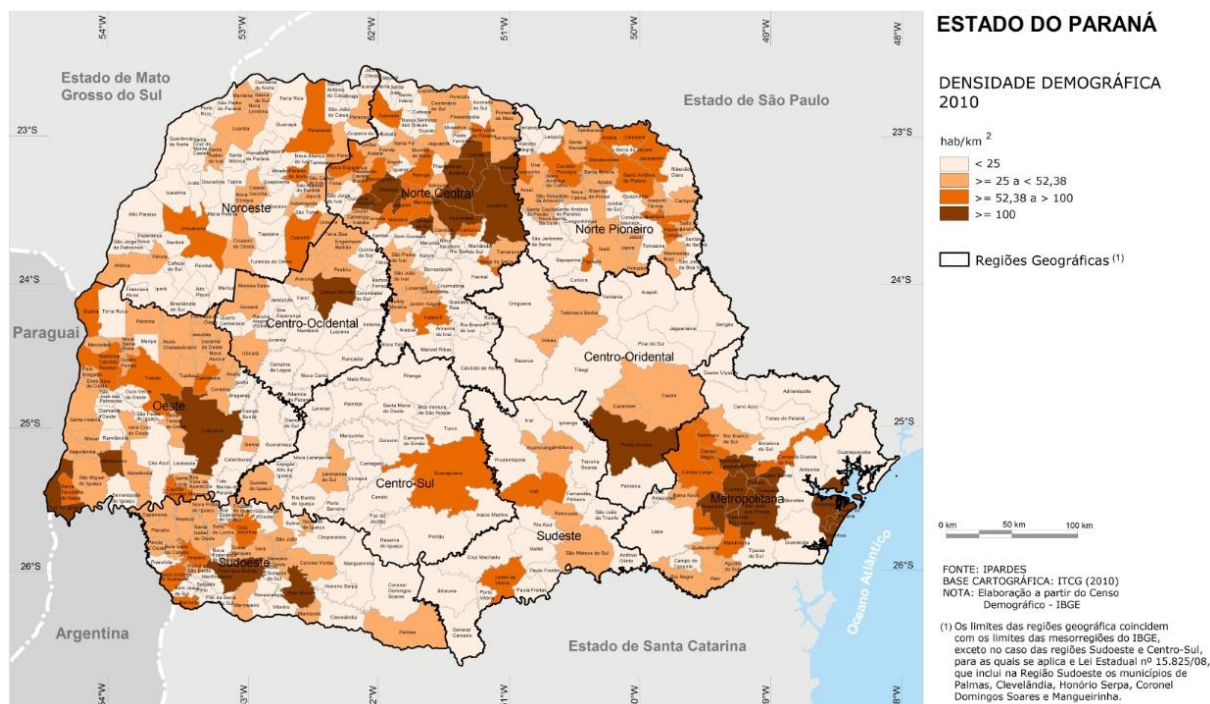


Fonte: IBGE

2.1.1. Densidade Demográfica

O Paraná se consolida como o Estado mais populoso da Região Sul e o quinto com mais habitantes do País, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atualmente, 11.516.840 pessoas residem no Estado, representando 5,4% da população total brasileira.

Mapa 02. Densidade Demográfica, Paraná-Brasil, 2010.



Fonte: IPARDES

A distribuição dos grandes municípios do Paraná é de certa forma bem homogênea. No leste a Região Metropolitana de Curitiba engloba diversos municípios, contando com cerca de 3 milhões de habitantes. No norte Londrina e Maringá polarizam outra região fortemente povoada. No oeste o município de Cascavel com quase 300 mil habitantes e Toledo com aproximadamente 120 mil habitantes criam outra zona fortemente povoada, além de Foz do Iguaçu, que juntamente com Ciudad del Este no Paraguai e Puerto Iguazú na Argentina formam uma aglomeração de quase 700 mil habitantes. A região central do Paraná a despeito da baixa densidade populacional ainda sim conta com Guarapuava com cerca de 160 mil habitantes e Ponta Grossa, um pouco mais ao leste, com mais de 350 mil habitantes.

A densidade demográfica é o indicador que mostra como a população se distribui pelo território, sendo determinada pela razão entre a população e a área de uma determinada região. É um índice utilizado para verificar a intensidade de ocupação de um território. Abaixo um comparativo entre as quatro cidades mais populosas e o Estado do Paraná.

Tabela 02. Densidade demográfica.

		2000	2010	2020	2021
Estado do Paraná	Densidade Demográfica (hab/km ²)	47,85	52,25	57,62	58,02

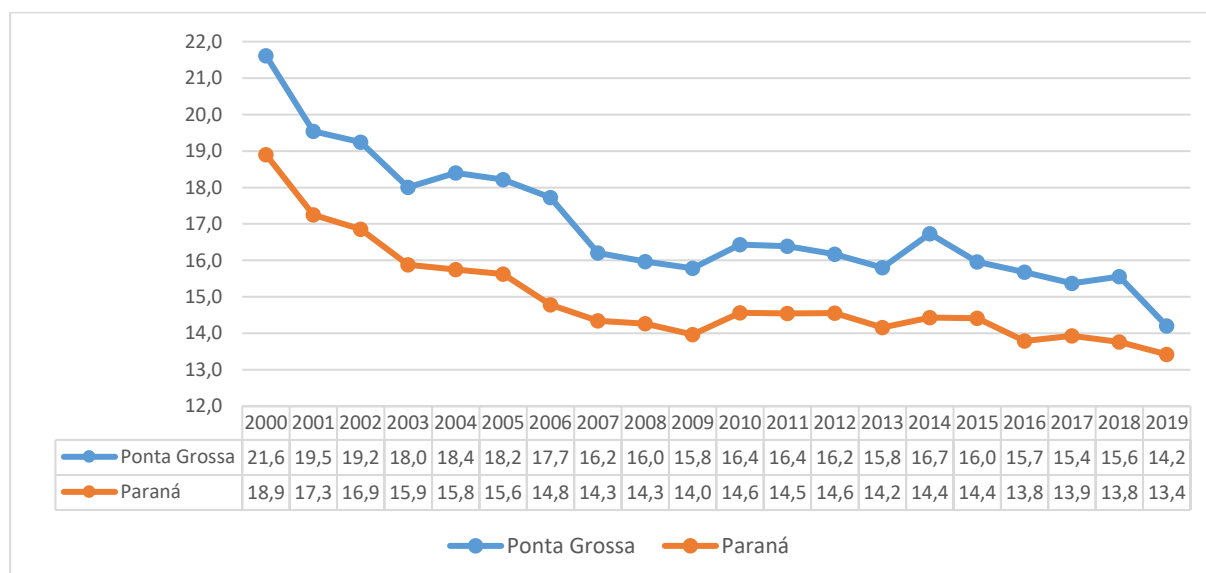
Curitiba	Densidade Demográfica (hab/km²)	3.644,85	4.022,79	4.480,93	4.515,65
Londrina	Densidade Demográfica (hab/km²)	269,87	305,87	348,75	352,08
Maringá	Densidade Demográfica (hab/km²)	593,41	734,07	884,54	897,53
Ponta Grossa	Densidade Demográfica (hab/km²)	135,07	153,83	173,96	175,67

Fonte: IparDES

2.1.2. Taxa de Natalidade

A taxa bruta de natalidade expressa a frequência anual de nascidos vivos no total da população residente, em um determinado local e período. Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população (Ripsa/MS).

Gráfico 01. Taxa de Natalidade (por 1000 NV) por local de residência. Ponta Grossa e Paraná, 2000-2019



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC e das Estimativas Populacionais para o TCU calculadas pelo IBGE, disponíveis no site do DATASUS.

De acordo com o gráfico 01, no período em análise, observa-se que a taxa de natalidade apresentou decréscimo ao longo dos anos. No ano de 2000, a taxa de natalidade de Ponta Grossa era de 21,6 por mil habitantes. Em 2005, a taxa caiu para 18,2 a cada mil habitantes, chegando a 14,2 por mil habitantes em 2019.

2.1.3. Índice de Envelhecimento

O Índice de Envelhecimento é a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens. É calculada entre a população de 65 anos ou mais de idade e a população com menores de 15 anos. O resultado é multiplicado por 100.

O processo de transição demográfica no estado do Paraná tem levado a uma população de perfil envelhecido e com ritmo de crescimento acelerado. No ano 2000, o índice de envelhecimento no estado alcançou 19,68%, o que significa que naquele momento existiam

cerca de 19 idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos na população. Já em 2007, esse índice subiu para 27,29% e, em 2010, o valor do índice de envelhecimento foi de 32,98%, mostrando um aumento da participação de idosos no Estado, o que certamente irá subsidiar a formulação de novas políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social.

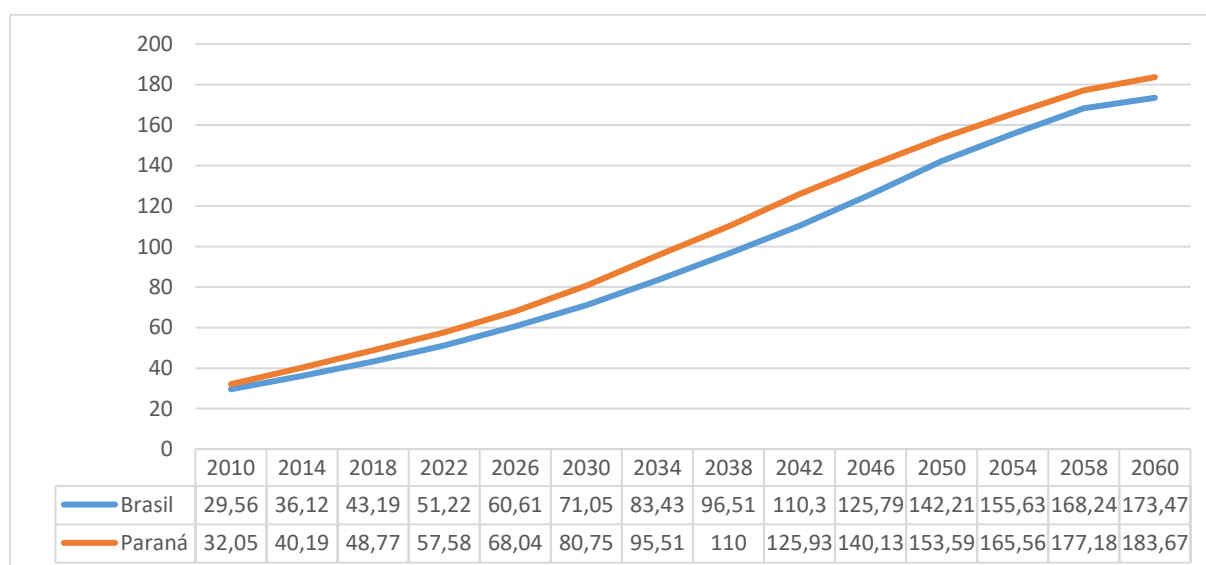
Tabela 03. Índice de Envelhecimento. Paraná e Ponta Grossa.

		1980	1991	1996	2000	2007	2010
Estado do Paraná	<u>Índice de Envelhecimento (%)</u>	7,97	13,08	16,34	19,68	27,29	32,98
Ponta Grossa	<u>Índice de Envelhecimento (%)</u>	9,79	14,4	16,88	19,37	27,11	28,04

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

O Município de Ponta Grossa apresentou o mesmo processo de envelhecimento populacional destacado nos recortes geográficos anteriores. No ano de 1980, exibiu um índice de envelhecimento total de 9,79%, enquanto que, em 1991, esse índice foi de 14,4%. Já em 2000, registrou um índice de envelhecimento de 16,88%, ao passo que, em 2010, esse índice aumentou para 28,04%.

Gráfico 02. Índice de Envelhecimento. Brasil - Paraná. 2010-2060.



NOTA: As definições e equações dos indicadores apresentados foram extraídas da publicação: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – RIPSA – 2ª ed. – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

A partir do final dos anos 2030, o número de idosos passe a ser maior do que o de crianças. A relação entre estes dois segmentos etários, expressa pelo índice de envelhecimento, passará de 32 idosos para cada grupo de 100 crianças, em 2010, para 125 idosos para cada 100 crianças, em 2042.

Figura 02. Tabela de Índice de Envelhecimento

TABELA 1 - POPULAÇÃO SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS E ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO - PARANÁ - 2010-2040

ANO	POPULAÇÃO				ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO
	0 a 14	15 a 64	65 e +	Total	
2010	2.491.629	7.362.180	799.467	10.653.276	32
2020	2.311.044	7.978.688	1.227.108	11.516.840	53
2030	2.281.953	8.072.164	1.839.589	12.193.706	81
2040	2.080.603	8.009.201	2.452.674	12.542.478	118

FONTE: IBGE (2018)

2.2. Perfil Socioeconômico

2.2.1. Alfabetização

A Taxa de Alfabetização é importante para se avaliar a situação educacional e as condições sociais do país. Segundo os resultados do Censo 2010, aproximadamente 91% da população brasileira com dez anos ou mais de idade são alfabetizadas. Isto é, tem-se um percentual de 9% de não-alfabetizados, o que equivale a dizer que aproximadamente 18 milhões de brasileiros não sabem ler e escrever (IBGE, 2017).

Em comparação aos resultados do Censo de 2000, a situação da alfabetização melhorou no país, pois a taxa de analfabetismo diminuiu de 12,8% para 9% em 2010 (IBGE, 2017). A situação do analfabetismo em Ponta Grossa também diminuiu, no entanto, as pessoas do sexo feminino mantêm taxas maiores do que as do sexo masculino nos Censos de 2000 e de 2010.

Gráfico 03. Taxa de analfabetismo por sexo e ano. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE - Censos Demográficos

O analfabetismo de jovens e adultos vem reduzido em Ponta Grossa — entre a faixa de 15 anos a 59 anos, as taxas diminuiram quase pela metade. A maior concentração de

analfabetos está na população de 60 anos e mais, onde as taxas apesar de diminuírem, ainda são altas.

Tabela 04. Taxa de analfabetismo por Faixa etária e Ano. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.

Faixa etária	2000	2010
15 a 24 anos	1,3	0,6
25 a 39 anos	2,8	1,4
40 a 59 anos	6,7	4,3
60 a 69 anos	16,6	11,5
70 a 79 anos	17,9	13
80 anos e mais	24,4	17,6
Total	5,3	3,6

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

2.2.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. (PNUD, 2021)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ponta Grossa foi de 0,676, em 2000, o que o situava na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), para 0,763, em 2010, considerado IDH Alto. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,837, seguida de Renda, com índice de 0,755, e a Educação, com índice de 0,703 (Atlas Brasil).

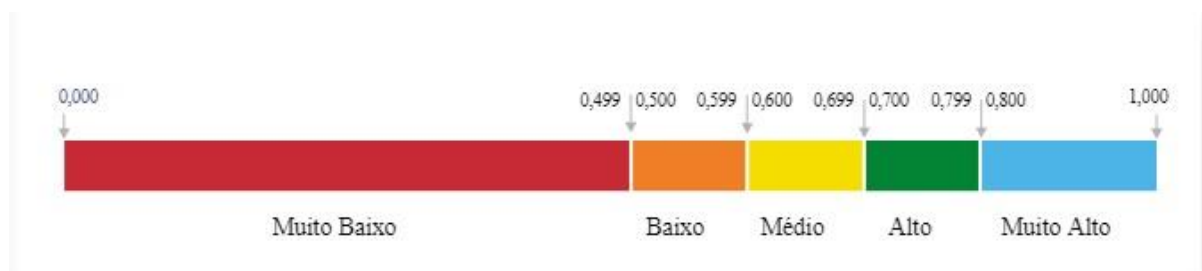
Tabela 05. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por Indicadores. Ponta Grossa - PR, 2000 e 2010.

Indicadores	Total	Total	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010
IDHM	0,676	0,763	0,786	0,746
IDHM Educação	0,548	0,703	0,72	0,707
% de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo	46,08	61,37	60,57	61,37
% de 4 a 5 anos na escola	33,6	76,77	-	-
% de 11 a 13 anos de idade nos anos finais do ensino fundamental ou com ensino fundamental completo	78,33	91,83	94,6	94,25
% de 15 a 17 anos de idade com ensino fundamental completo	63,31	67,6	72,65	67,6
% de 18 a 20 anos de idade com ensino médio completo	34,54	49,91	56,51	49,91
IDHM Longevidade	0,803	0,837	0,895	0,778
Esperança de vida ao nascer	73,17	75,22	78,71	71,65
IDHM Renda	0,701	0,755	0,753	0,756
Renda per capita	629,15	877,1	869,81	884,84

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).

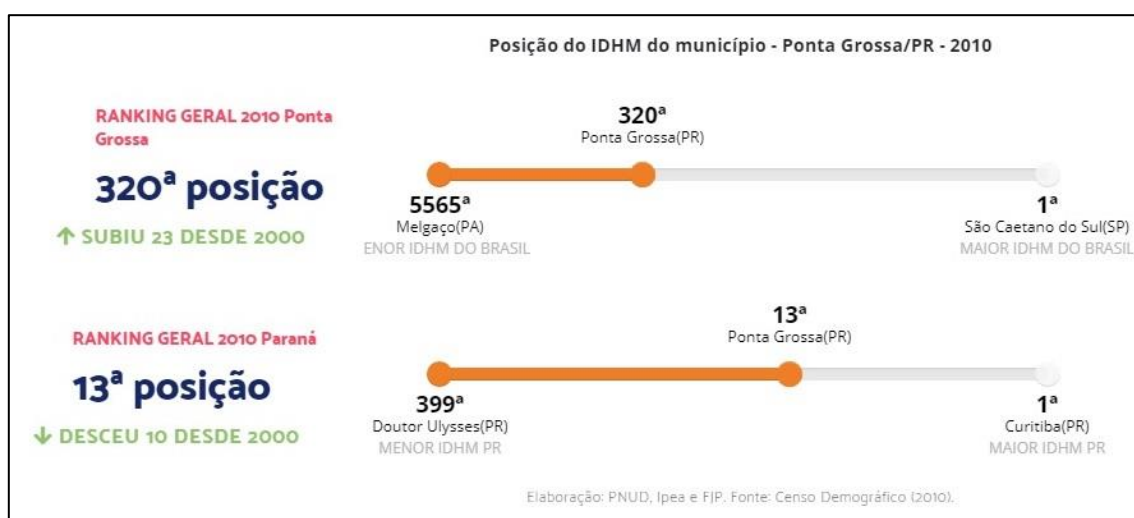
O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior o desenvolvimento humano de uma localidade.

Figura 03. Classificação do IDHM



Em 2010, o IDHM do município - Ponta Grossa - ocupava a 320ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros e a 13ª posição entre os municípios do Estado do Paraná.

Figura 04. Ranking do IDHM



Fonte: PNUD, Ipea, FIP, Censo Demográfico 2010.

2.2.3 População Economicamente Ativa – PEA

População Economicamente Ativa, compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo; a oferta efetiva de trabalho numa economia. Para o cálculo da PEA são consideradas as seguintes categorias: População ocupada - aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho, mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias); População desocupada - aquelas pessoas que não tinham trabalho, num determinado período de referência, mas estavam dispostas a trabalhar, e que, para isso, tomaram alguma providência efetiva nos últimos 30 dias (consultando pessoas, jornais, agências de emprego, etc). O cálculo é obtido pela soma da população ocupada e desocupada com 15 anos ou mais de idade. (IBGE)

A análise dos indicadores econômicos relacionados ao trabalho demonstrou que 84,47% da população residente no município de Ponta Grossa encontra-se em idade ativa, sendo considerada para este cálculo a população de 15 anos ou mais. Não há diferenças significativas, entre a População em Idade Ativa (PIA) de Ponta Grossa (84,47%) e Curitiba (87,44%), e a Paraná (85,85%). Já a População Economicamente Ativa (PEA) representa 47,91% em relação à população residente no município de Ponta Grossa.

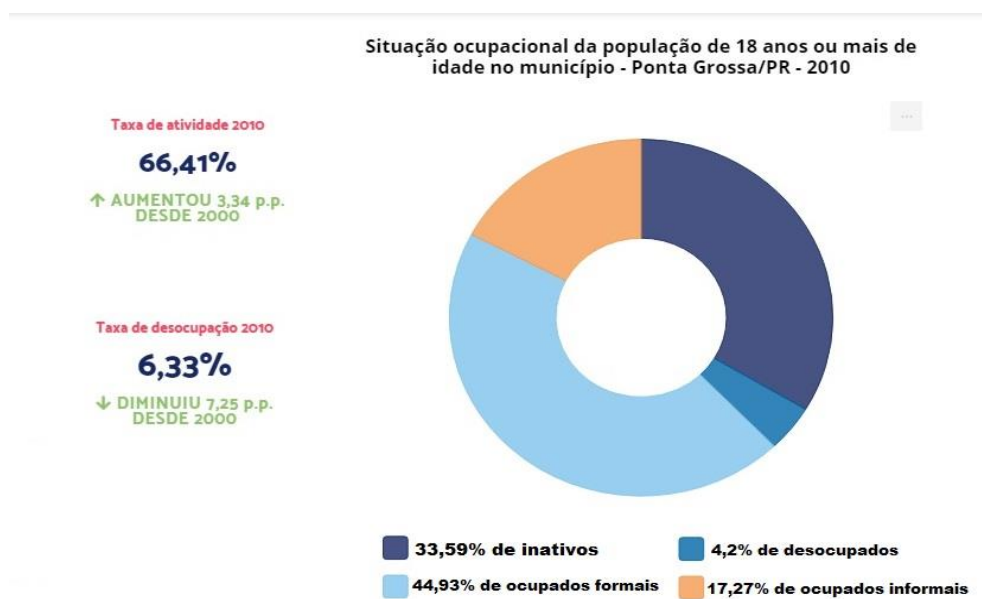
Tabela 06. Distribuição da População em Idade Ativa e Economicamente Ativa. Ponta Grossa.

INFORMAÇÕES	1991	2000	2010
TIPO DE DOMICÍLIO			
Urbana	85317	115937	146118
Rural	4036	2781	3171
SEXO			
Masculina	60738	72631	86055
Feminina	28615	46087	63234
FAIXA ETÁRIA (anos)			
10 a 14 anos	1284	986	868
15 a 17 anos	5102	5773	4475
18 anos ou mais	82967	111958	143945
18 a 24 anos	19674	26050	26949
25 a 29 anos	13893	16985	21280
30 a 39 anos	23471	31987	39390
40 a 49 anos	15421	22611	31100
50 a 59 anos	7429	10666	18327
60 anos ou mais	3079	3659	6899
TOTAL	89353	118719	149288

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

A População Economicamente Ativa (PEA) do município de Ponta Grossa, no ano de 2000 e 2010, mostra que a população está com seus maiores grupos etários concentrados entre as idades de 18 a 49 anos, correspondendo, respectivamente a 82,24% e 79,52%. Há uma diferença da PEA em relação aos sexos, com uma diminuição de 61,18% para 57,64% no sexo masculino e um aumento de 38,82% para 42,36% no sexo feminino.

Figura 05. Situação Ocupacional da População. Ponta Grossa - PR, 2010.



Elaboração: PNUD, Ipea e FIP. Fonte: Censo Demográfico (2010)

Fonte: PNUD, Ipea, FIP, Censo Demográfico 2010.

Na análise dos dados do Censo Demográfico, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa no município, passou de 63,07% para 66,41%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 13,58% para 6,33%. No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 65,88%, em 2000, para 72,23%, em 2010.

2.2.4. Produto Interno Bruto – PIB

O Produto Interno Bruto (PIB) é um medidor econômico que indica o conjunto de riquezas produzidas em um determinado território. O índice de PIB Per Capita é mensurado com base em estatísticas de desenvolvimento humano, como os cidadãos que se beneficiaram do desenvolvimento e crescimento do país, e tiveram um incremento em suas rendas (ADAMI, s/d).

A renda média domiciliar per capita é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Avalia-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores, esta mede a capacidade de aquisição de bens e serviços dos moradores do domicílio (RIPSA, 2012).

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Ponta Grossa - entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 625,53, em 2000, e de R\$ 862,43, em 2010.

Tabela 07. Renda Média Domiciliar Per Capita segundo ano – Ponta Grossa – Paraná

Município	1991	2000	2010
Ponta Grossa	350,45	625,53	862,43

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

2.3. Perfil Ambiental

Ponta Grossa está situada entre as coordenadas geográficas 25°05'33 " de latitude sul e 50° 09' 41" de longitude oeste de Greenwich, abrangendo uma área de 2.054,732 km². A área urbana, de 917,2km², corresponde a 47,4% do espaço municipal, enquanto a rural, de 1.195,4 km², representa 52,6% do município.

O município caracteriza-se por apresentar clima pluvial temperado, denominado, conforme a classificação internacional de W. KOEPPEN, de tipo Cfb.

- “ C ” significa que se trata de um regime térmico no qual o mês mais frio fica entre 18° C e -3° C, diferenciando-se dos climas tropicais, onde a média mensal permanece acima de 18° C em todos os meses.
- “ f ” indica que todos os meses são chuvosos.
- “ b ” pressupõe uma temperatura média anual inferior a 22° C, mas existem 4 meses durante o ano com uma média acima de 10° C.

A temperatura média anual é de 17,6, média da pressão atmosférica igual a 690,7 mm Hg, precipitação média anual de 1571,9 mm, direção predominante do vento Nordeste (NE), seguido pelo vento de Leste (E) e Noroeste (NW) (AMBIENGE, 2003).

2.3.1 Geomorfologia

Os Campos Gerais do Paraná localizam-se na porção centro-leste do Estado do Paraná, estendendo-se como uma faixa curvada com convexidade para noroeste, desde o município de Rio Negro, no limite com Santa Catarina, a sul, até Sengés, no limite com São Paulo, a norte, passando por Lapa, Palmeira, Ponta Grossa, Carambeí, Tibagi e Jaguariaíva, entre outros.

O Estado do Paraná apresenta compartimentação geomorfológica onde se destacam planaltos escalonados com caimento para oeste-noroeste, separados por escarpas que formam verdadeiros degraus topográficos verticalizados. De leste para oeste tem-se a Planície Costeira, a Serra do Mar, o Primeiro Planalto Paranaense, a Escarpa Devoniana, o Segundo Planalto Paranaense, a Serra Geral e, finalmente, o Terceiro Planalto Paranaense, o qual se estende às margens do Rio Paraná.

Os Campos Gerais ocupam a porção leste do Segundo Planalto Paranaense, no reverso (borda) da Escarpa Devoniana, a qual é um relevo de cuesta, de origem erosiva. Nesse setor do planalto os topos atingem altitudes máximas em torno de 1.290 metros, junto à escarpa, diminuindo até cerca de 850 metros para oeste e noroeste. As altitudes mais baixas, no vale do Rio Tibagi, atingem 700 metros. O relevo nos Campos Gerais é contrastante. Nas proximidades da cuesta da Escarpa Devoniana as amplitudes são grandes, com frequentes encostas abruptas, verticalizadas, com canyons e trechos de rios encaixados (superimpostos ou antecedentes), com inúmeras cachoeiras e corredeiras sobre leito rochoso. Algumas feições de destaque deste setor de relevo profundamente recortado são o canyon do Rio Iapó (Canyon do Quartelá), com desnível de até 450 metros, e canyons menores nos vales dos rios Pitanguí, Verde e alto Tibagi, além de muitas reentrâncias e ramificações da Escarpa Devoniana.

Afastando-se da escarpa, no sentido oeste e noroeste, passa a predominar paisagem de topografia suavemente ondulada de configuração muito uniforme, formada por conjuntos de colinas, que são pequenas elevações do terreno com declives suaves e amplitude inferior a 50 metros. Os outeiros, pequenas elevações cujas amplitudes variam entre 50 e 100 metros, também fazem parte desta paisagem. Vila Velha constitui um exemplo de relevo ruiforme, ou relevo de exceção, muito típico dos Campos Gerais. Trata-se de morros testemunhos mantidos pelas camadas mais resistentes do Arenito Vila Velha, do Grupo Itararé, esculpidas pela erosão. Outra feição morfológica típica da região é representada pelas furnas profundas feições de desabamento, desenvolvidas no teto de erosões subterrâneas no Arenito Furnas.

2.3.2. Recursos Hídricos

Dentre os rios mais importantes da região, destaca-se o Tibagi, um rio consequente, ou seja, que acompanha o declive do relevo regional, tendo suas cabeceiras no próprio Segundo Planalto. Os rios Iapó e Pitanguí, afluentes da margem direita do Tibagi, são rios

anteriores, isto é, rios anteriores ao relevo atual, que escavaram e rebaixaram seu leito à medida que o relevo foi se formando, por efeito da erosão. Estes rios muitas vezes têm seu curso controlado por estruturas rúpteis (falhas, fraturas, diques) de direção predominante noroeste-sudeste, associadas ao Arco de Ponta Grossa

Dentre as principais bacias hidrográficas do Paraná, as dos rios Ribeira e Tibagi que banham o Município de Ponta Grossa. O primeiro deságua no oceano Atlântico, percorrendo uma região de drenagem normalmente relacionada a declividades médias a elevadas.

O rio Tibagi possui suas nascentes nos Campos Gerais, no próprio Segundo Planalto, sendo o principal afluente do rio Paranapanema. Em seu curso inicial, o rio acompanha uma fenda estrutural vertical retilínea do arenito das Furnas, seguindo para a região dos folhelhos de Ponta Grossa, moderando, a partir daí sua velocidade até a junção do rio Pitangui. Dentre seus principais afluentes, destacasse, na sua margem direita, o rio Pitangui, manancial de abastecimento da cidade de Ponta Grossa, além dos rios Cará-Cará, Verde e Botuquara, não sendo significativos no município os cursos d'água na margem esquerda. Exceto o Arroio da Ronda, que se enquadra na classe 3, os rios da região de Ponta Grossa estão enquadrados na classe 2, de acordo com a Resolução CONAMA nº 020/86 (AMBIENGE, 2003).

Devido às suas características geomorfológicas, a cidade de Ponta Grossa apresenta relevo bastante acidentado, facilitando o surgimento de vales profundos e, conseqüentemente, a exposição do lençol freático constituindo ao município uma característica peculiar e uma hidrografia bastante abundante dentro do município. Na área compreendida como urbana podem-se contabilizar 12 bacias hidrográficas entre elas as bacias: Cará-Cará, Olarias, Santa Tereza, Pilão de Pedra, Ronda, Francelina, Lageado Grande, Santa Monica, Arroio Grande, Taquari, Colônia Adelaide e Gertrudes.

2.3.3. Áreas Verdes

O município de Ponta Grossa é bastante diversificado em termos ecológicos. A descrição dos seus ecossistemas baseia-se principalmente na diferenciação de formações fitogeográficas típicas, que integram os seguintes fatores como subordinados: o substrato geológico, a geomorfologia, o ambiente edáfico (formação de solos) e o regime hidrológico. As associações fitogeográficas incluem igualmente os ecossistemas antropógenos. Todos são caracterizados por combinações típicas de espécies florísticas e faunísticas.

O tamanho do município e a sua grande diversidade geomorfológica resultam num mosaico complexo de combinações típicas destes determinados grupos. Diferenciam-se principalmente dois tipos gerais de ecossistemas:

- ecossistemas de paisagens abertas (campos, banhados, vales e várzeas, plantações da agricultura, pastos e capoeiras). Neles dominam elementos florísticos com gramíneas e herbáceas, intercalados com algumas formações de arbustos ou árvores isoladas. Os ecossistemas abertos prevalecem principalmente nas regiões mais planas do município, como na Formação Furnas do Distrito Itaiacoca e nos tabuleiros e espigões do Grupo Itararé do distrito Uvaia;
- ecossistemas de paisagens silvestres (Mata de Araucária, mata ciliar, capões, plantações de Pinus, de Eucalipto e de Bracatinga, também parques e

jardins com árvores frutíferas). Estes ecossistemas são caracterizados por uma dominância de árvores. A formação clímax da região é representada pela Mata de Araucária. Esta aparece em maior abundância na região de Guaragi, principalmente ao longo dos vales e nos seus capões.

A tipologia das unidades fitoecológicas do município busca elaborar uma visãodinâmica das interconexões entre vários tipos de associações de plantas, tanto em termos temporais (sucessão) como espaciais (combinação). No município, estas relações se definem principalmente pela combinação entre o campo e a mata. Como Ponta Grossa é um município de forte atividade agrícola, observa-se também uma forte influência da ação humana na vegetação (lavoura, pastagens, reflorestamentos e capoeiras). Assim, os três elementos plantação, campo e mata dominam no mosaico da vegetação do município. Apresentam, junto com a variabilidade do relevo, um valor da estética cênica. Introduzem também, através da sua biodiversidade, um valor ecológico estimável como habitat de animais.

2.3.4. Saneamento Básico

A concessão do serviço de abastecimento de água no município de Ponta Grossa é da Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR, cujo sistema está disponível para 100% da população urbana.

No abastecimento público da cidade de Ponta Grossa são utilizadas duas captações de água superficial. O Rio Pitanguí e a Represa de Alagados pertencem a Bacia do Rio Tibagi, considerada uma das maiores em importância econômica, física e hidrológica do Brasil.

O Rio Pitanguí e a Represa Alagados estão localizados na área rural. O Consórcio Intermunicipal para Proteção do Rio Tibagi (Copati), o Comitê da Bacia do Rio Tibagi e o Grupo Gestor do Alagados são organizações que implementam ações de proteção na bacia.

Figura 06. Distribuição de água, esgoto e coleta de lixo.



Fonte: PNUD, Ipea, FIP, Censo Demográfico 2010.

Sobre as condições de habitação da população, entre os anos de 2013 e 2017, não houve alteração no percentual da população residente em domicílios com abastecimento de água, abrangendo, em 2017, 100,00%. Em relação ao acesso à rede de esgotamento sanitário,

nota-se que houve crescimento entre 2013 e 2017, com o serviço sendo disponibilizado para 99,99% da população em 2017.

2.4. Perfil Epidemiológico

2.4.1. Hábitos e Estilos de Vida

Hábitos e estilos de vida estão relacionados a comportamentos de indivíduos e coletividade e no campo da saúde revelam fatores de risco e proteção a serem trabalhados em ações de promoção e prevenção à saúde, de modo a estimular hábitos e estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento de fatores de proteção. Pesquisas nacionais realizadas pelo IBGE, e algumas mais recentes no formato de inquérito telefônico apresentam dados que podem subsidiar o planejamento destas ações.

As principais doenças crônicas que afetam nossa população (doenças do aparelho circulatório, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas) estão associadas a fatores de riscos como tabagismo, excesso de peso e obesidade, alimentação não saudável, consumo abusivo de bebidas alcólicas e inatividade física. No entanto, se modificados, passam a contribuir para proteção à saúde.

2.4.1.1. Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. Em 2019, a estimativa percentual de adultos que fumavam no Brasil foi de 10,4%, independentemente da frequência e intensidade do hábito. Nesse cenário, Curitiba (PR) está em 23º lugar entre as 27 capitais brasileiras, com o maior índice no número de indivíduos que referem ser fumantes.

Figura 07. Tabela de adultos fumantes.

Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2019

Capitais/DF	Sexo										
	Total			Masculino				Feminino			
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%			
Aracaju	4,7	3,3	- 6,1	5,7	3,3	- 8,1	3,9	2,2	- 5,5		
Belém	6,6	4,2	- 9,1	10,9	6,0	- 15,7	3,0	1,6	- 4,4		
Belo Horizonte	9,9	8,2	- 11,7	12,0	9,0	- 15,1	8,2	6,1	- 10,2		
Boa Vista	7,2	4,9	- 9,4	10,2	6,2	- 14,3	4,3	2,3	- 6,3		
Campo Grande	10,3	8,1	- 12,5	14,2	10,1	- 18,2	6,9	4,8	- 8,9		
Cuiabá	7,9	6,0	- 9,8	10,7	7,6	- 13,9	5,3	3,1	- 7,4		
Curitiba	11,3	9,4	- 13,3	11,7	8,6	- 14,7	11,0	8,6	- 13,5		
Florianópolis	10,7	8,7	- 12,7	14,1	10,6	- 17,5	7,7	5,6	- 9,8		
Fortaleza	7,9	5,9	- 9,8	10,7	7,1	- 14,4	5,4	3,7	- 7,2		
Goiânia	8,7	6,8	- 10,5	14,0	10,4	- 17,6	4,0	2,6	- 5,3		
João Pessoa	6,8	5,2	- 8,5	10,0	6,8	- 13,1	4,2	2,7	- 5,7		
Macapá	7,3	4,4	- 10,3	9,8	5,1	- 14,4	5,1	1,4	- 8,8		
Maceió	5,5	3,8	- 7,1	5,9	3,2	- 8,6	5,1	3,0	- 7,2		
Manaus	5,2	3,4	- 7,1	8,5	4,9	- 12,1	2,2	1,1	- 3,3		
Natal	7,6	5,8	- 9,4	9,1	6,3	- 12,0	6,3	3,9	- 8,7		
Palmas	7,0	4,7	- 9,2	10,4	6,2	- 14,6	3,8	2,1	- 5,6		
Porto Alegre	14,6	12,2	- 16,9	15,2	11,4	- 19,0	14,1	11,2	- 17,0		
Porto Velho	8,0	5,5	- 10,4	11,7	7,2	- 16,1	3,9	2,5	- 5,3		
Recife	7,9	6,2	- 9,5	10,6	7,5	- 13,6	5,7	4,0	- 7,4		
Rio Branco	11,9	8,3	- 15,5	17,1	10,3	- 23,9	7,2	4,9	- 9,4		
Rio de Janeiro	10,1	8,2	- 12,1	12,5	9,0	- 16,0	8,1	6,0	- 10,1		
Salvador	5,4	3,7	- 7,0	7,6	4,5	- 10,8	3,5	2,1	- 4,9		
São Luís	4,8	3,1	- 6,4	7,4	4,1	- 10,7	2,7	1,3	- 4,0		
São Paulo	13,5	11,5	- 15,4	15,6	12,1	- 19,0	11,7	9,7	- 13,8		
Teresina	4,4	3,1	- 5,7	6,4	4,1	- 8,6	2,8	1,4	- 4,3		
Vitória	7,5	5,6	- 9,4	10,0	6,6	- 13,5	5,4	3,7	- 7,1		
Distrito Federal	12,0	8,8	- 15,2	15,8	9,7	- 22,0	8,6	6,2	- 11,1		

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2019 (ver "Aspectos Metodológicos").
IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

2.4.1.2. Excesso de Peso e Obesidade

Conforme dados do Relatório de Estado Nutricional de Adultos, referente ao ano de 2019 – Sisvan, o Estado do Paraná apresenta 34% de pessoas com obesidades de grau 1, 2 e 3, localizando-se bem acima dos 28,5% de brasileiros com esse percentual de obesidade. A partir destes dados, a análise da prevalência de obesidades graus I, II e III na cidade de

Ponta Grossa apresenta níveis acima da média (37,9%). Das 59 UBS da cidade, 41 (70%) apresenta usuários com obesidades graus I, II e III.

Figura 08. Relatório nutricional

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice

Ano: 2019 - Mês: TODOS

Fase da Vida: ADULTO

		IMC												
Região	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
		Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	
SUL	PONTA GROSSA	305	2.26%	3.743	27.79%	4.313	32.02%	3.101	23.02%	1.356	10.07%	653	4.85%	13.471
TOTAL ESTADO PARANÁ		12.195	1.88%	194.976	30.04%	220.357	33.95%	139.130	21.44%	56.288	8.67%	26.067	4.02%	649.013
TOTAL REGIÃO SUL		27.734	1.63%	495.710	29.13%	579.095	34.04%	367.895	21.62%	152.423	8.96%	78.579	4.62%	1.701.436
TOTAL BRASIL		325.478	2.51%	4.458.563	34.39%	4.479.513	34.55%	2.411.871	18.6%	881.564	6.8%	407.630	3.14%	12.964.619

Versão 3.0

[Ministério da Saúde © 2021. Secretaria de Atenção Primária à Saúde](#)

2.4.1.3. Consumo alimentar

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças (WHO, 2003), o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. Como descrito anteriormente neste relatório, a quantidade de porções de frutas e hortaliças consumidas habitualmente pelos indivíduos é estimada pelo Vigitel com base nas questões sobre a quantidade usual de frutas ou sucos de frutas consumida por dia e sobre o hábito de consumir hortaliças cruas (na forma de saladas) ou cozidas no almoço e/ou no jantar. Essas questões são perguntadas apenas para indivíduos que informam consumir frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. O cômputo do total diário de porções é feito considerando-se cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção, limitando-se em três o número máximo de porções diárias computadas para frutas e em um o número máximo para sucos. No caso de hortaliças, computa-se um número máximo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam o hábito de consumir hortaliças cruas e hortaliças cozidas no almoço e também no jantar.

A frequência de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças (consumo recomendado de frutas e hortaliças) variou de 15,1%, em Rio Branco, a 31,3%, em Belo Horizonte. As maiores frequências, entre homens, foram encontradas em Belo Horizonte (26,1%), Porto Alegre (24,4%) e Curitiba (22,6%) e, entre mulheres, no Distrito Federal (37,4%), em Florianópolis (36%) e Belo Horizonte (35,7%). As menores frequências no sexo masculino ocorreram em Macapá (12,3%), Cuiabá (12,5%), Belém (13,3%); e, no sexo feminino, em Rio Branco (16,5%), Fortaleza (16,8%) e Salvador (19,3%). No conjunto das 27 cidades, a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 22,9%, sendo menor entre homens (18,4%) do que entre mulheres (26,8%).

Figura 09. Tabela de consumo

Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2019

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	21,7	19,2 - 24,2	17,5	13,4 - 21,6	25,0	22,0 - 28,1
Belém	16,8	14,5 - 19,1	13,3	9,6 - 16,9	19,7	16,8 - 22,7
Belo Horizonte	31,3	28,8 - 33,9	26,1	22,2 - 30,0	35,7	32,4 - 39,1
Boa Vista	19,9	16,2 - 23,6	17,8	12,3 - 23,3	21,8	16,8 - 26,7
Campo Grande	23,1	20,5 - 25,7	17,0	13,3 - 20,8	28,6	25,0 - 32,2
Cuiabá	19,5	17,1 - 21,9	12,5	9,3 - 15,6	25,9	22,5 - 29,4
Curitiba	27,8	25,2 - 30,5	22,6	18,5 - 26,6	32,4	28,8 - 36,0
Florianópolis	29,6	26,8 - 32,4	22,5	18,7 - 26,4	36,0	32,1 - 39,8
Fortaleza	16,4	14,1 - 18,6	15,9	12,2 - 19,5	16,8	14,0 - 19,6
Goiânia	25,5	23,0 - 28,1	20,9	17,1 - 24,8	29,6	26,2 - 33,0
João Pessoa	19,5	17,2 - 21,9	15,9	12,2 - 19,7	22,5	19,5 - 25,5
Macapá	17,9	14,6 - 21,3	12,3	7,8 - 16,8	23,2	18,4 - 27,9
Maceió	19,5	16,8 - 22,1	16,4	11,9 - 20,8	22,0	18,8 - 25,2
Manaus	21,8	18,7 - 24,9	18,4	13,6 - 23,2	24,9	21,0 - 28,8
Natal	21,8	19,2 - 24,4	20,9	16,6 - 25,1	22,6	19,4 - 25,9
Palmas	25,2	22,2 - 28,3	17,2	12,9 - 21,5	32,5	28,4 - 36,7
Porto Alegre	27,6	24,8 - 30,4	24,4	20,0 - 28,8	30,3	26,7 - 33,9
Porto Velho	18,7	16,0 - 21,4	13,6	9,8 - 17,4	24,3	20,6 - 27,9
Recife	21,4	18,8 - 24,0	16,6	13,0 - 20,2	25,3	21,8 - 28,9
Rio Branco	15,1	12,3 - 17,8	13,5	8,9 - 18,1	16,5	13,3 - 19,6
Rio de Janeiro	22,2	19,9 - 24,6	16,3	12,9 - 19,7	27,2	24,0 - 30,5
Salvador	17,8	15,5 - 20,1	16,0	12,1 - 19,9	19,3	16,6 - 22,0
São Luís	19,6	17,0 - 22,2	17,9	13,5 - 22,3	21,0	17,9 - 24,1
São Paulo	23,4	21,1 - 25,7	18,7	15,2 - 22,2	27,3	24,2 - 30,3
Teresina	20,5	18,1 - 23,0	15,5	11,9 - 19,0	24,7	21,5 - 28,0
Vitória	26,1	23,4 - 28,7	19,6	15,8 - 23,4	31,6	28,0 - 35,2
Distrito Federal	29,8	26,5 - 33,1	21,1	16,1 - 26,0	37,4	33,3 - 41,6

Fonte: Vigitel Brasil 2019.

2.4.1.4. Consumo de Bebidas Alcoólicas

A frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, em relação aos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa) variou entre 14,2%, em Natal, e 24,3%, em Salvador. As maiores frequências, entre homens, foram observadas em Cuiabá (33,1%), Salvador (31,7%) e no Distrito Federal (30,9%); e, entre mulheres, em Salvador (18,1%), no Rio de Janeiro (17,6%) e em Palmas (17,4%). As menores frequências do consumo abusivo

de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em Natal (20,8%), São Paulo (21,2%) e Porto Alegre (21,6%); e, no sexo feminino, em Macapá (6,9%), Rio Branco (7,7%) e Maceió (8,3%).

Figura 10. Tabela de consumo

Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2019

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	19,7	17,1 - 22,4	28,4	23,7 - 33,1	12,7	9,9 - 15,5
Belém	17,0	14,6 - 19,5	25,4	21,0 - 29,9	9,9	7,4 - 12,4
Belo Horizonte	20,7	18,2 - 23,2	27,3	23,2 - 31,4	15,2	12,3 - 18,0
Boa Vista	18,6	14,1 - 23,1	28,4	20,3 - 36,5	9,5	6,3 - 12,7
Campo Grande	19,9	16,9 - 23,0	27,4	22,2 - 32,6	13,3	10,3 - 16,2
Cuiabá	21,5	18,7 - 24,4	33,1	28,2 - 38,0	10,9	8,2 - 13,5
Curitiba	15,2	12,6 - 17,8	22,4	18,0 - 26,9	8,9	6,3 - 11,6
Florianópolis	21,0	18,2 - 23,8	29,3	24,6 - 33,9	13,5	10,3 - 16,7
Fortaleza	17,6	15,1 - 20,1	24,1	19,6 - 28,5	12,2	9,5 - 14,9
Goiânia	19,9	17,2 - 22,5	26,0	21,7 - 30,4	14,4	11,3 - 17,5
João Pessoa	16,9	14,2 - 19,7	26,2	21,2 - 31,2	9,3	6,7 - 11,8
Macapá	16,1	12,3 - 19,9	26,0	19,2 - 32,9	6,9	3,9 - 9,9
Maceió	15,2	12,4 - 18,0	23,8	18,3 - 29,2	8,3	6,0 - 10,5
Manaus	15,0	12,2 - 17,8	21,9	16,9 - 26,9	8,7	6,2 - 11,2
Natal	14,2	12,0 - 16,4	20,8	16,9 - 24,7	8,6	6,2 - 10,9
Palmas	22,7	19,4 - 26,0	28,5	22,9 - 34,1	17,4	13,8 - 21,0
Porto Alegre	16,9	14,3 - 19,5	21,6	17,3 - 26,0	13,0	10,0 - 16,0
Porto Velho	17,2	14,3 - 20,2	24,5	19,4 - 29,6	9,3	7,0 - 11,5
Recife	18,9	16,4 - 21,4	25,6	21,2 - 30,0	13,5	10,8 - 16,2
Rio Branco	17,7	13,9 - 21,4	28,6	21,8 - 35,5	7,7	5,4 - 10,0
Rio de Janeiro	22,6	19,8 - 25,3	28,4	23,8 - 33,1	17,6	14,5 - 20,8
Salvador	24,3	21,3 - 27,2	31,7	26,5 - 36,9	18,1	15,1 - 21,1
São Luís	17,2	14,6 - 19,8	24,5	19,8 - 29,3	11,3	8,6 - 13,9
São Paulo	16,3	14,0 - 18,6	21,2	17,3 - 25,1	12,1	9,4 - 14,7
Teresina	18,3	15,7 - 20,8	26,6	21,9 - 31,2	11,5	9,0 - 14,0
Vitória	18,7	16,1 - 21,4	26,4	21,7 - 31,0	12,3	9,3 - 15,2
Distrito Federal	23,5	20,2 - 26,8	30,9	25,0 - 36,8	17,1	13,5 - 20,7

Fonte: Vigitel Brasil 2019.

O uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e outras drogas são considerados comportamentos de risco com início muito comum na adolescência, e constitui em fator preditor para o abuso de substâncias, problemas de saúde, redução do rendimento escolar, aumento da utilização dos serviços de saúde e necessidade de tratamento específico (Brasil, 2016). A frequência

de adultos que fumam variou entre 4,4% em Teresina e 14,6% em PortoAlegre. As maiores frequências de fumantes foram encontradas, entre homens, emRio Branco (17,1%), no Distrito Federal (15,8%) e em São Paulo (15,6%); e, entre mulheres, em Porto Alegre (14,1%), São Paulo (11,7%) e Curitiba (11%). As menores frequências de fumantes, no sexo masculino, ocorreram em Aracaju (5,7%), Maceió (5,9%) e Teresina (6,4%) e, no sexo feminino, em Manaus (2,2%), São Luís (2,7%) eTeresina (2,8%).

Tabela 08. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência segundo a experimentação de cigarros, drogas e álcool, por dependência administrativa da escola, 2015.

Município	Cigarro	Drogas	Álcool
Porto Velho (RO)	22,7	35,7	34,9
Rio Branco (AC)	32,7	42,5	31
Manaus (AM)	30,2	47,6	31,9
Boa Vista (RR)	35,6	54,9	41,9
Belém (PA)	30,9	33,6	32,4
Macapá (AP)	34,7	47,4	34,6
Palmas (TO)	28,9	42,6	36
São Luís (MA)	30	47,1	36,2
Teresina (PI)	24,5	41,2	38
Fortaleza (CE)	26,1	44,9	36,3
Natal (RN)	23	38,8	33,3
João Pessoa (PB)	26,7	46,6	36,6
Recife (PE)	22	46,9	41,3
Maceió (AL)	31,2	44,4	37,3
Aracaju (SE)	22,2	41,6	41,1
Salvador (BA)	27,1	48,8	44
Belo Horizonte (MG)	26,8	44,6	41,1
Vitória (ES)	30	41,7	39,6
Rio de Janeiro (RJ)	34,4	52	47,6
São Paulo (SP)	26	46,3	45,5
Curitiba (PR)	26,6	47,1	45,8
Florianópolis (SC)	30	48,9	47,8
Porto Alegre (RS)	32,9	60,3	54,4
Campo Grande (MS)	29,2	41,4	46
Cuiabá (MT)	33,9	49,4	43,7
Goiânia (GO)	31,8	54,2	41,2
Brasília (DF)	25,9	43,8	37

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

A prática regular de atividade física desde a infância e adolescência está associada aos benefícios físicos e psicológicos a curto e longo prazo (Brasil, 2016). No conjunto das 27 cidades, a frequência da prática de atividade física no tempo livre equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana foi de 39%, sendo maior entre homens (46,7%) do que

entre mulheres (32,4%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a diminuir com a idade e aumentou fortemente com o nível de escolaridade

Figura 11. Percentual de indivíduos que praticam atividades físicas.

Percentual* de indivíduos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana** no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2019

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)						
18 a 24	49,4	46,8 - 52,0	60,2	56,6 - 63,8	36,2	32,7 - 39,7
25 a 34	48,5	46,0 - 51,0	58,5	54,8 - 62,2	38,8	35,7 - 41,9
35 a 44	36,8	34,9 - 38,8	42,9	39,5 - 46,3	32,0	29,7 - 34,2
45 a 54	34,6	32,7 - 36,6	36,8	33,5 - 40,2	32,9	30,7 - 35,2
55 a 64	31,5	29,7 - 33,3	35,8	32,6 - 38,9	28,4	26,4 - 30,5
65 e mais	24,4	23,1 - 25,6	28,8	26,3 - 31,3	21,6	20,3 - 23,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	25,8	24,1 - 27,4	30,4	27,5 - 33,3	21,8	20,1 - 23,5
9 a 11	39,5	38,0 - 41,0	48,2	45,8 - 50,6	31,5	29,8 - 33,3
12 e mais	50,0	48,3 - 51,6	60,0	57,4 - 62,6	42,2	40,2 - 44,2
Total	39,0	38,0 - 39,9	46,7	45,2 - 48,3	32,4	31,3 - 33,5

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2019 (ver "Aspectos Metodológicos").

**Adultos que praticam atividades de intensidade moderada por pelo menos 150 minutos semanais em ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 75 minutos semanais.

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

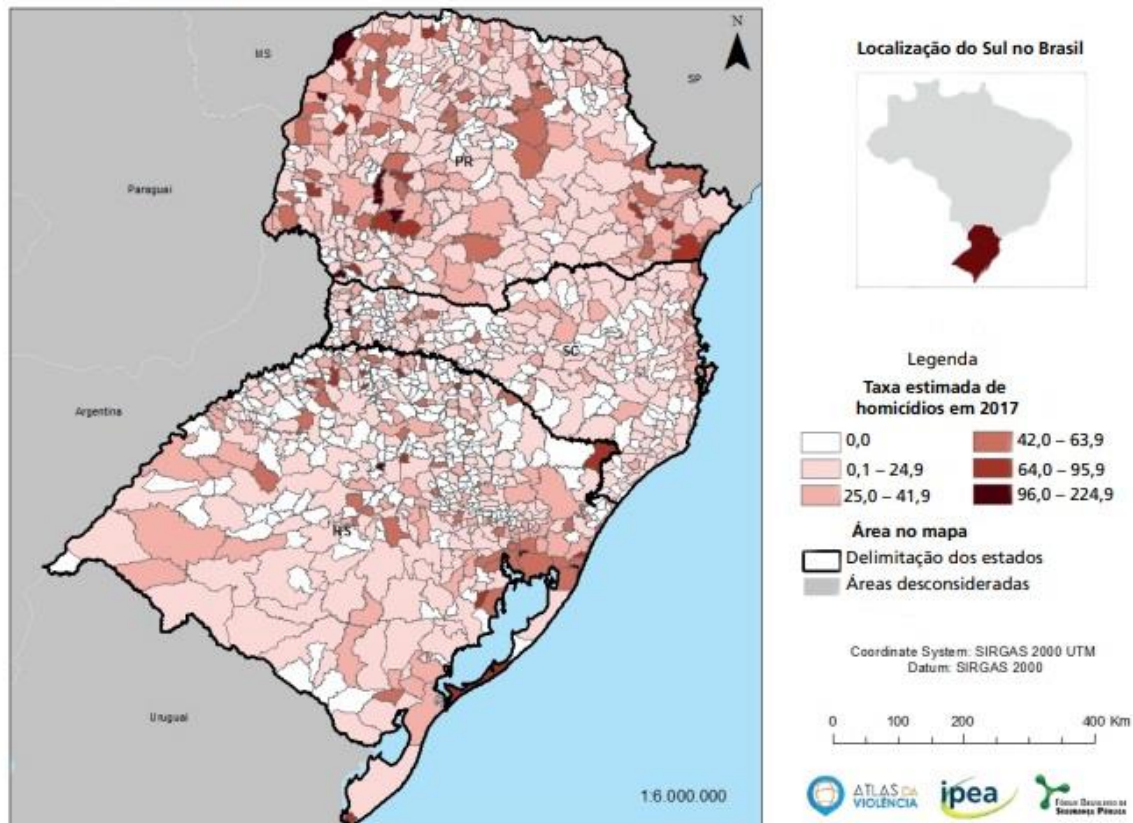
Fonte: Vigitel Brasil 2019.

2.4.1.5. Violências

No Paraná, podemos observar que as maiores taxas estimadas de homicídios se encontram nas mesorregiões Sudoeste, Noroeste, Oeste e Centro-Sul. Em particular, as três cidades proporcionalmente mais violentas do Estado – que não representavam a realidade do Paraná, por terem taxas discrepantes em relação aos demais municípios e por serem cidades muito pequenas, com população abaixo de 10 mil habitantes – são: Espigão Alto do Iguaçu (134,9), Ibema (109,4) e Esperança Nova (108,0). Os territórios com maiores densidades de letalidade encontram-se na mesorregião Metropolitana, cabendo destaque aos municípios: Matinhos (86,7), Guaratuba (69,5), Piraquara (64,5) e Campo Magro (67,3), que possuem taxas cerca de três vezes maior que a de Curitiba (24,6) (Atlas da Violência, 2019)

Mapa 03. Taxa de homicídios.

Região Sul: taxa estimada de homicídios (2017)
(Por 100 mil hab.)



Fonte: IBGE, 2010; SIM/CGIAE/SVS/MS.

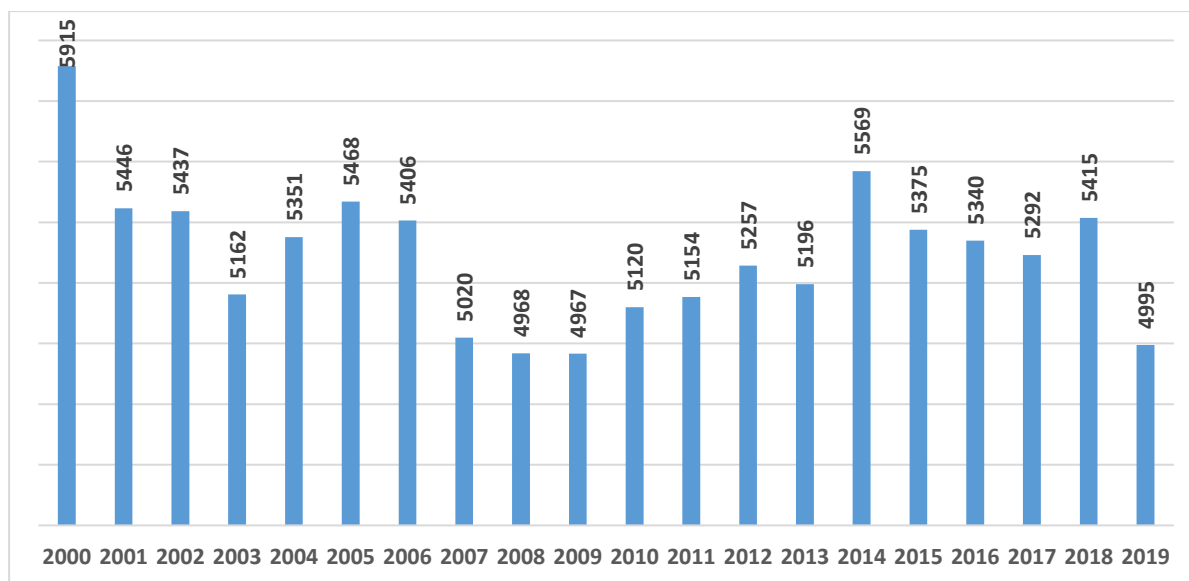
Elaboração: Diest/Ipea e FBSP.

- Obs.: 1. O número de homicídios estimados foi obtido pela soma do número de homicídios mais homicídios ocultos. Os homicídios ocultos foram calculados pelo número de mortes violentas por causa indeterminada multiplicado pela proporção dessas mortes violentas por causa indeterminada que correspondem a homicídios, segundo estimativas de Cerqueira (2013). Todos os dados foram obtidos para o município de residência.
2. Homicídios: CIDs 10: X85-Y09 e Y35-Y36, ou seja: óbitos causados por agressão mais intervenção legal. Mortes violentas por causa indeterminada – Y10-Y34: eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada.

2.4.2. Perfil de Natalidade

No período de 2000 a 2019 foram registrados 105.853 nascidos vivos de mães residentes do município de Ponta Grossa, com uma média anual de 5292 nascimentos. Neste intervalo de tempo, nota-se o maior número de nascimento em 2000 (5915) e 2014 (5569), e o menor número em 2008 (4968) e 2009 (4967), de mães residentes no município de Ponta Grossa. O SINASC, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, reúne dados sobre os nascidos vivos e suas características mais importantes, relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe. A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o documento padrão do Ministério da Saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas.

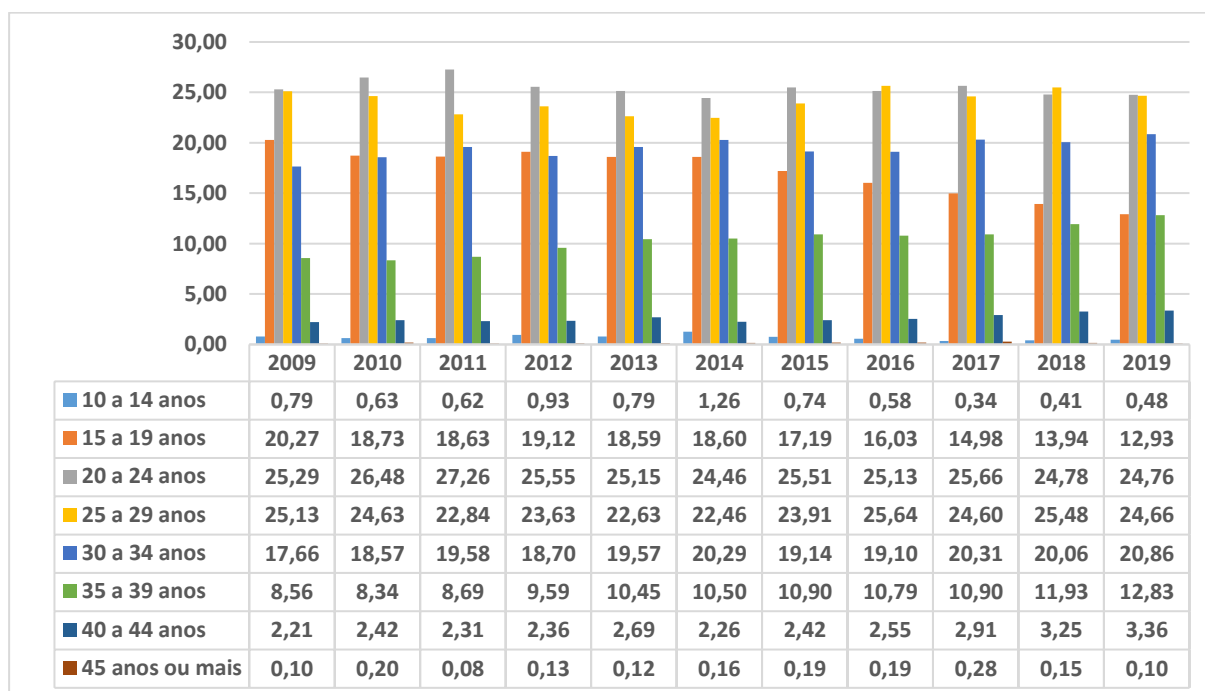
Gráfico 04. Nascidos Vivos de mães residentes no município de Ponta Grossa-PR, 2000-2019



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O gráfico 05 aponta o deslocamento da idade reprodutiva das mães, com destaque para a redução de 38,81% da proporção de mães adolescentes (10 a 14 anos) e na faixa etária de 15 a 19 anos, correspondendo a 36,21%. Enquanto apresenta aumento de 49,98%, na proporção de partos de mães com mais de 35 anos e 51,87% na faixa de 40 e 44 anos, no mesmo período em análise.

Gráfico 05. Proporção de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe. Ponta Grossa-PR, 2009-2019.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Considerando a tabela 09, registra-se uma redução na variação proporcional de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas realizadas de -2,09%, quando comparado o ano de 2009 e 2019. No período em análise, observa-se um incremento de 39,84% das gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal.

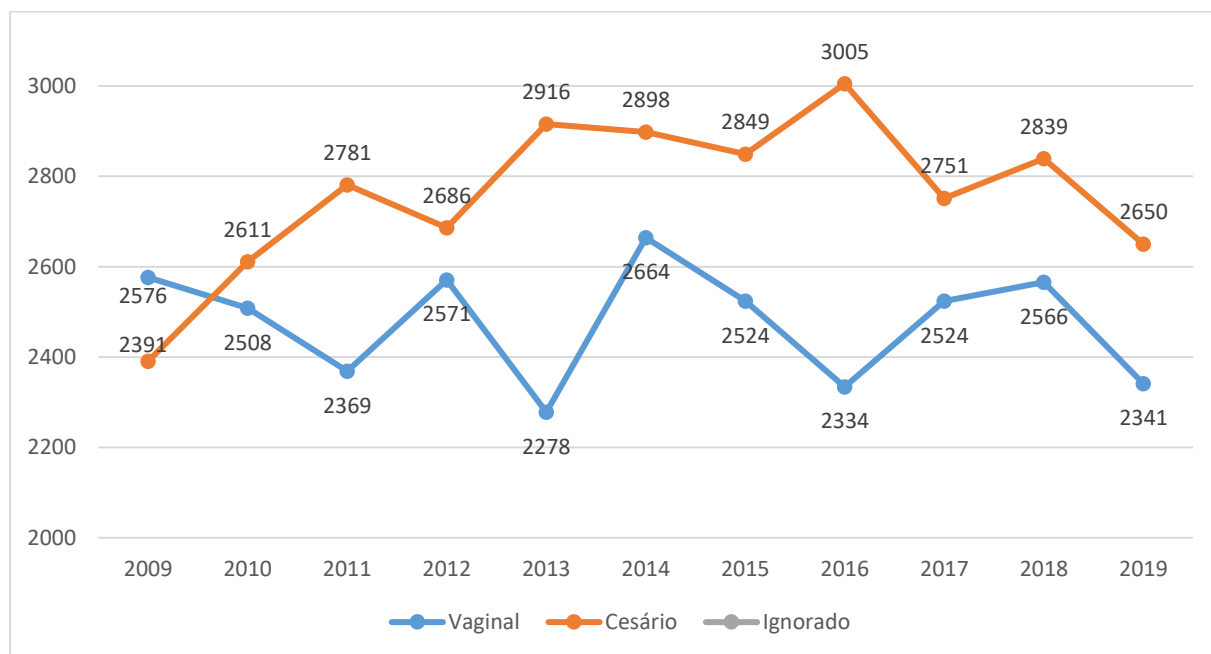
Tabela 09. Proporção de nascidos vivos de mães por consulta de Pré-natal, segundo local de residência e ano. Ponta Grossa, 2009-2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nenhuma	0,34	0,61	0,39	0,48	0,50	0,63	0,56	0,41	0,91	1,63	0,42
De 1 a 3 consultas	1,29	2,13	1,22	2,72	2,44	2,60	2,16	2,15	2,57	1,87	1,80
De 4 a 6 consultas	9,48	8,26	6,15	16,11	17,51	14,67	12,00	12,58	12,04	10,86	10,53
7 ou mais consultas	88,87	88,96	92,05	80,01	78,75	81,47	85,27	84,85	84,43	85,19	87,01
Ignorado	0,02	0,04	0,19	0,68	0,79	0,63	0,02	0,00	0,06	0,46	0,24

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Observa-se no município de Ponta Grossa uma redução de 9,12% no número de partos normais realizados, enquanto que a proporção de parto cesáreo aumentou de 10,83%, entre 2009 e 2019, acompanhando a tendência do estado do Paraná, que registrou um aumento de 13,47% nos partos cesáreos, no mesmo período em análise.

Gráfico 06. Nascidos Vivos, segundo tipo de parto Ponta Grossa-PR 2009-2019

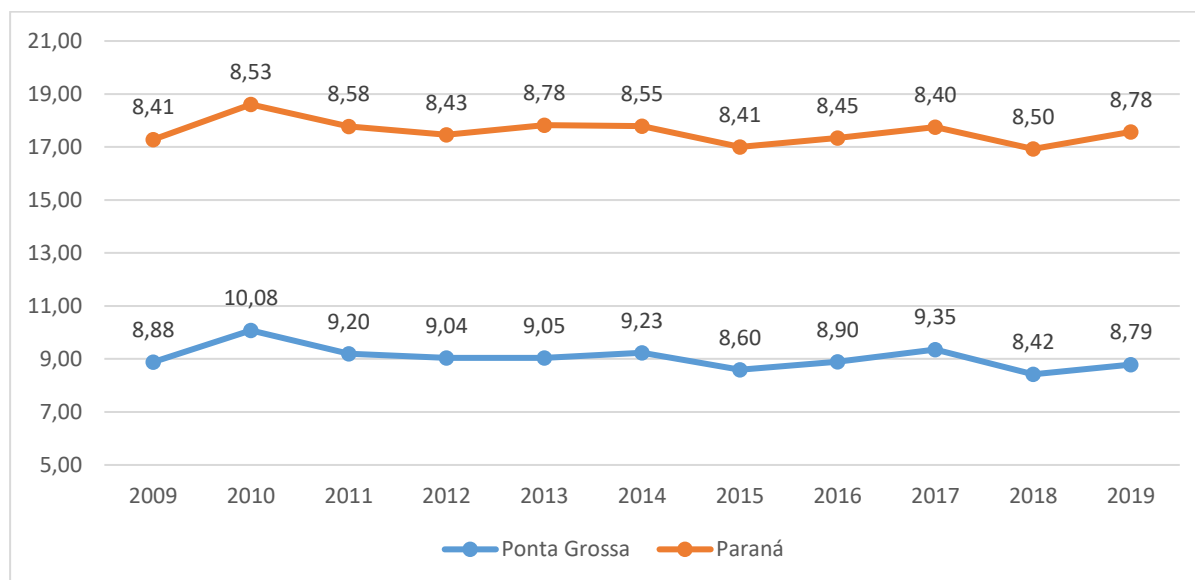


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O peso ao nascer é considerado como um parâmetro importante relacionado aos níveis de morbimortalidade infantil. O baixo peso ao nascer, ou "bebê pequeno para idade gestacional", é um termo utilizado para recém-nascidos com menos de 2.500g, que podem

ser prematuros ou não. No município de Ponta Grossa, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer apresentou uma redução de 1,01%, ao passar de 8,88% (2009) para 8,79% (2019). O estado da Paraná registrou um aumento de 4,45%, no mesmo período avaliado.

Gráfico 07. Proporção de Nascidos Vivos de baixo peso, segundo local de residência. Ponta Grossa e Paraná, 2009-2019.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Em países desenvolvidos, observa-se a proporção de nascidos vivos de baixo peso, em torno de 5,0 a 6,0%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis (ONU, 1990).

2.4.3. Perfil de Mortalidade

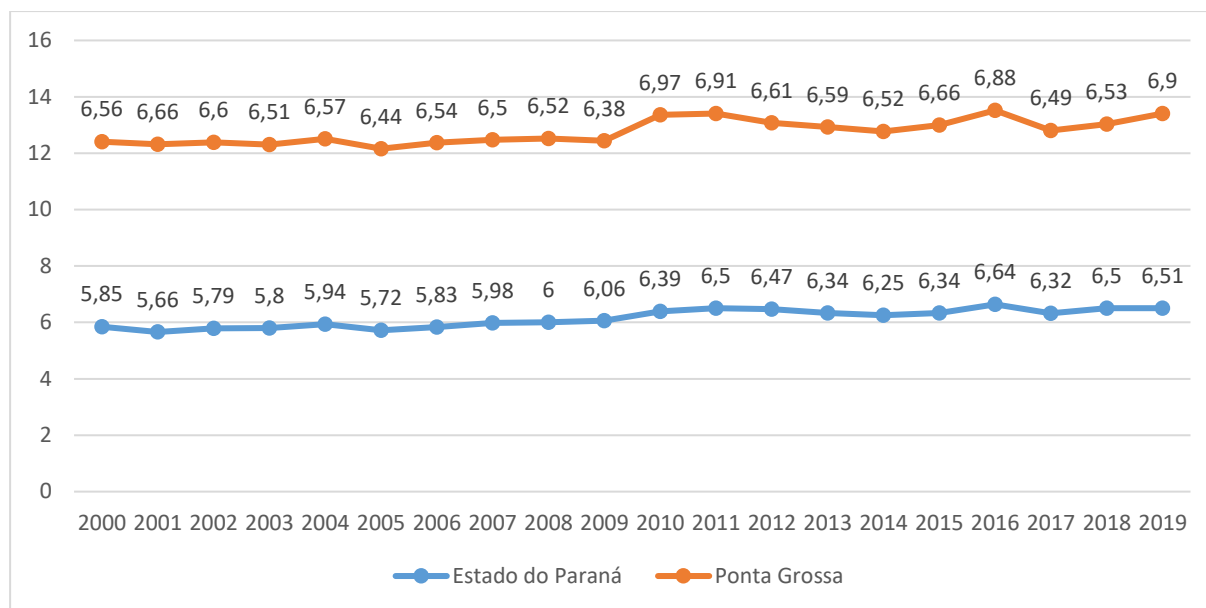
2.4.3.1. Mortalidade Geral

As informações sobre mortalidade são obtidas por meio de coleta sistemática de dados lançados nas declarações de óbito (DO) e inscritos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A análise dos dados do SIM permite a construção de importantes indicadores para o delineamento do perfil de saúde de uma região.

A partir dele pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO.

De 2000 a 2019, a taxa de mortalidade geral em Ponta Grossa apresenta uma tendência ascendente, com aumento de 5,18%; enquanto o Paraná também apresenta um aumento de 11,28% (Gráfico 08).

Gráfico 08. Taxa de Mortalidade Geral por 1000 habitantes, Ponta Grossa e Paraná, 2000-2019.



Fontes: IPARDES, Secretaria de Estado da Saúde – SESA, Ministério da Saúde / Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - MS/DATASUS

Historicamente, os indivíduos do sexo masculino apresentam maior número de mortalidade que o sexo feminino, sendo respectivamente, 22.842 e 18773, no período de 2000 a 2019. (Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)

Nesse mesmo período, seguindo a tendência mundial, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as causas de maior impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida da população, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes (doenças endócrinas), que compõem as quatro principais.

Tabela 10. Número de óbitos por residência por capítulos CID 10, Ponta Grossa- PR, 2000 a 2019.

Capítulo CID-10	Óbitos	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1336	3,21
II. Neoplasias (tumores)	7146	17,17
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	219	0,53
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2167	5,21
V. Transtornos mentais e comportamentais	557	1,34
VI. Doenças do sistema nervoso	1075	2,58
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	10388	24,96
X. Doenças do aparelho respiratório	4399	10,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	2244	5,39
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	84	0,20

XIII. Doenças assist osteomuscular e tec conjuntivo	148	0,36
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	845	2,03
XV. Gravidez parto e puerpério	60	0,14
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	871	2,09
XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	367	0,88
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	5309	12,76
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4397	10,56

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

Quando estratificado por faixa etária (Tabela 11), de 2000 a 2019, observa-se um maior número de óbitos por causas externas entre as faixas etárias de 20 a 29 anos de idade. A partir da faixa etária de 50 anos de idade, há um expressivo aumento de doenças circulatórias e neoplasias.

Em relação à mortalidade por neoplasias, os maiores quantitativos são atribuídos as neoplasias malignas dos órgãos digestivos e neoplasias malignas do aparelho respiratório. Neste período, as neoplasias de pulmões, próstata e de estômago, são as com maior prevalência no sexo masculino. Bem como, as neoplasias da mama, dos brônquios e dos pulmões e do colo do útero, as maiores incidências no sexo feminino.

Tabela 11. Mortalidade geral por capítulos CID 10 e faixa etária, Ponta Grossa-PR, 2000-2015.

	> 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	63	31	9	6	11	67	181	201	203	181	201	182	-	1336
II. Neoplasias (tumores)	3	23	21	20	42	108	245	591	1388	1834	1758	1112	1	7146
III. Doenças do sangue e hematimunitárias	5	1	1	2	3	8	12	18	33	26	49	61	-	219
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	18	9	1	4	5	29	41	136	303	472	617	532	-	2167
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	3	-	4	18	54	121	136	98	60	63	-	557
VI. Doenças do sistema nervoso	20	23	13	19	21	41	40	61	71	75	202	489	-	1075
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	2	-	1	1	1	1	-	-	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	9	4	1	8	13	51	173	588	1376	2260	2877	3024	4	10388
X. Doenças do aparelho respiratório	44	32	7	4	12	44	75	186	433	784	1196	1580	2	4399
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	1	3	3	3	30	167	305	414	452	469	391	-	2244
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	-	1	1	1	5	1	11	18	19	26	-	84

XIII. Doenças sistêmicas e tec conjuntivo	-	-	1	2	6	11	4	23	30	31	19	21	-	148
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	4	3	4	8	12	30	47	106	160	206	263	-	845
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	1	6	27	21	5	-	-	-	-	-	60
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	871	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	871
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	307	21	6	4	2	8	5	4	4	4	2	-	-	367
XVIII. Sintomas e achados normais em exames clínicos e laboratoriais	125	33	11	14	28	112	263	470	731	962	1192	1358	10	5309
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	29	48	55	83	356	1038	878	652	455	292	240	252	19	4397
Total	1503	230	135	175	521	1607	2194	3410	5695	7650	9109	9354	36	41619

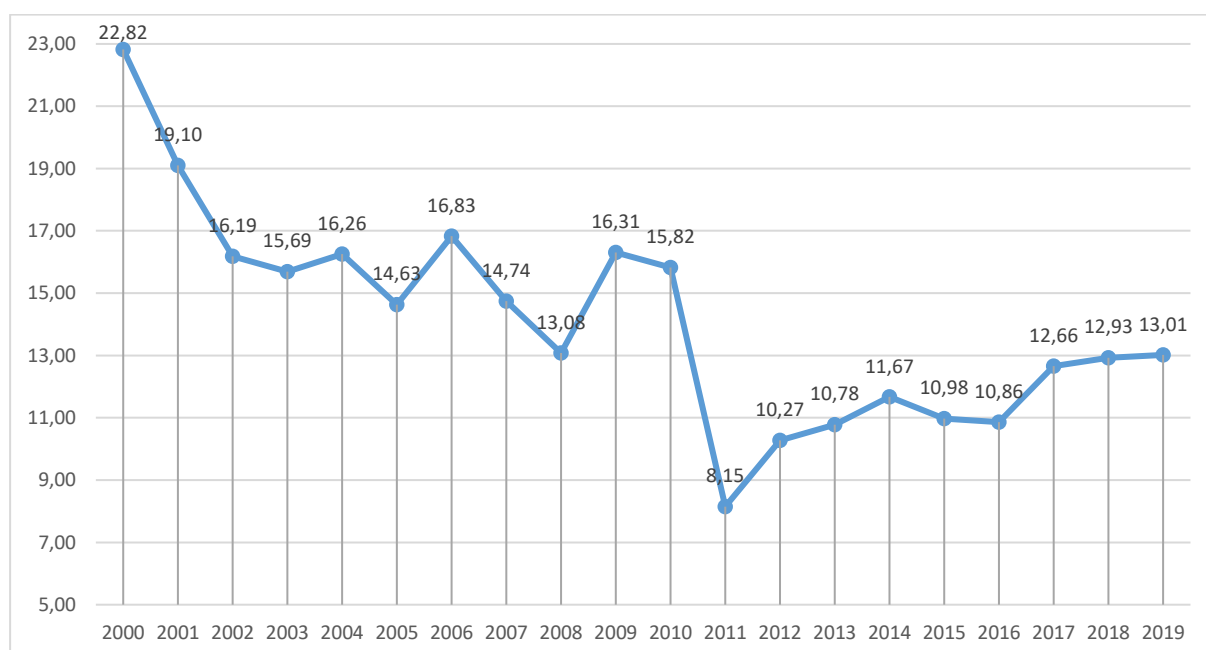
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

2.4.3.2. Mortalidade Infantil

A Mortalidade Infantil sinaliza para o desenvolvimento social e as condições de vida a que estão submetidas à população de um território, e revela a eficácia das políticas públicas, principalmente no setor saúde. A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 22,82 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,01 por mil nascidos vivos em 2019 no município. No Paraná, essa taxa passou de 19,55 para 10,03 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período. (IPARDES)

No período de 2000 a 2019 a taxa de mortalidade infantil de Ponta Grossa apresentou tendência de queda até o ano de 2003, e nos anos subsequentes houve variações, tendo apresentado em 2011 a menor taxa. Analisando o primeiro e último ano percebe-se uma redução de 42,98% nesta taxa.

Gráfico 09. Taxa de Mortalidade Infantil. Ponta Grossa, 2000 a 2019.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

As principais causas de mortalidade infantil, de acordo com o CID-10 se inserem em sua maioria no capítulo das afecções originadas no período perinatal com 871, seguida das malformações congênitas com 307. A estratificação por causa básica destaca que o Desconforto respiratório do recém-nascidos foi responsável por 112 óbitos, Septicemia bacteriana do recém-nascido representa 111 das causas e em seguida Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual com 92 óbitos infantis, constituindo assim as três principais causas que levaram ao óbito no período analisado. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Tabela 12. Óbitos infantis por Capítulo CID-10. Ponta Grossa - PR, 2000-2019.

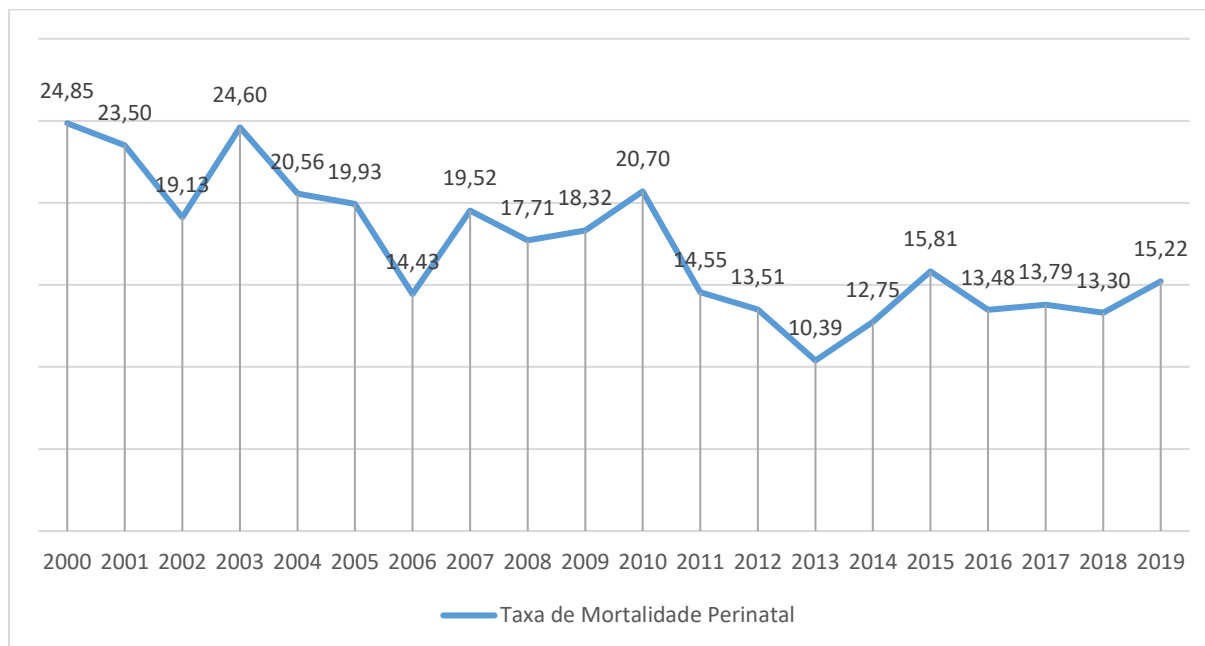
Capítulo CID-10	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	63
II. Neoplasias (tumores)	3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18
VI. Doenças do sistema nervoso	20
IX. Doenças do aparelho circulatório	9
X. Doenças do aparelho respiratório	44
XI. Doenças do aparelho digestivo	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	871
XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	307
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	125
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	29
Total	1503

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

2.4.3.2.1 Mortalidade Perinatal

A mortalidade perinatal compreende a soma dos óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação completas e dos óbitos de crianças até o sexto dia de vida (período neonatal precoce), pelo número de nascimentos totais de mães residentes vezes 1000. No período de 2000 a 2019, a taxa de mortalidade perinatal de Ponta Grossa apresentou variação, sendo a menor taxa no ano de 2013, e a mais elevada no ano 2000. A análise do primeiro e último ano demonstra uma redução de 38,77% na taxa.

Gráfico 10. Taxa de Mortalidade Perinatal (por 1000). Ponta Grossa - PR, 2000-2019.

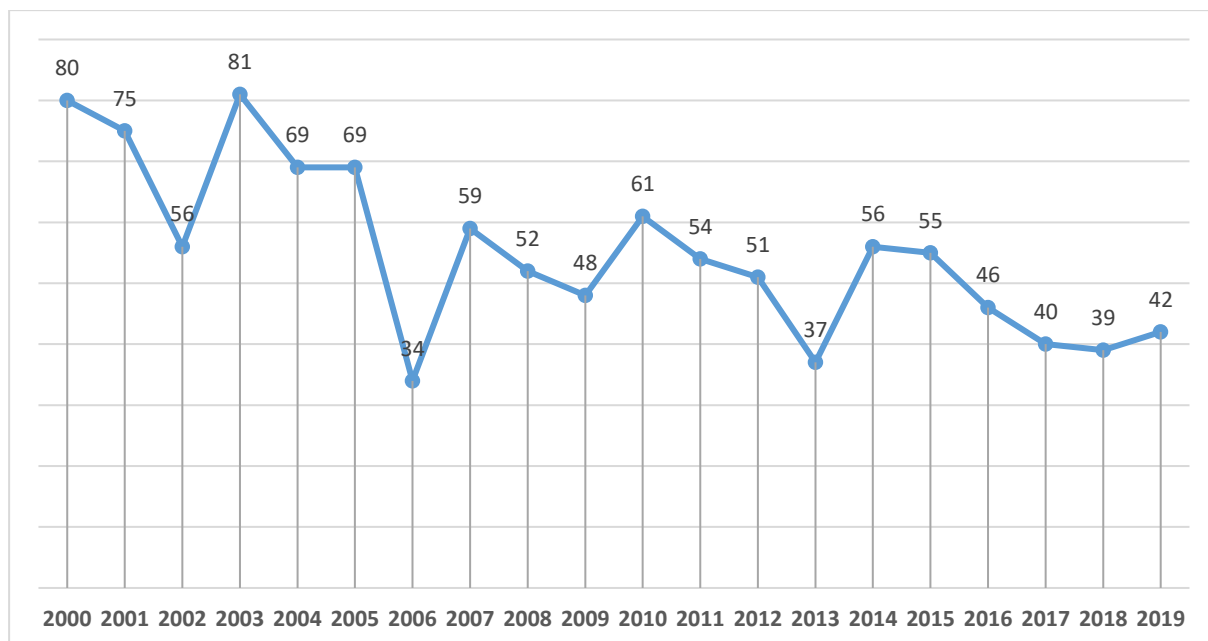


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O óbito fetal “é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais”. A análise do óbito fetal é de extrema importância epidemiológica, pois, do mesmo modo que o óbito infantil é, em grande parte, potencialmente evitável e partilha com a mortalidade neonatal precoce os mesmos fatores que influenciam o desfecho óbito na gestação e nas primeiras horas de vida.

No período de 2000 a 2019 a mortalidade fetal de Ponta Grossa apresentou oscilação nos números, apresentando seu maior número em 2003 com 81 óbitos e seu menor número em 2006 com 34 óbitos. Observou-se uma redução de 47,5% entre o período entre o primeiro e último ano analisado.

Gráfico 11. Óbito fetal por município residência e ano. Ponta Grossa, 2000-2019.



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

A análise do perfil dos óbitos fetais demonstra que a maioria morreu antes do parto (1030 óbitos), entre a 37^a a 41^a semana de gestação (293 óbitos) e com peso 1500 a 2499 g (286 óbitos).

A estratificação por causa básica identificou, como as três primeiras causas de óbito fetal: Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos (601 óbitos), Restante das afecções perinatais (236 óbitos) e Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (152 óbitos). Estas três causas juntas são responsáveis por 89,58% do total de óbitos fetais no período avaliado.

Tabela 13. Principais causas de mortalidade fetal classificadas no CID 10*. Ponta Grossa-PR, 2000-2019.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	75	73	54	78	68	64	34	58	52	42
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	5	2	2	3	1	5	-	1	-	6
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	3	3	1	1	5	2	3	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	56	46	43	35	49	47	42	33	33	36
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	5	5	5	1	6	3	2	4	6	5

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

2.4.3.3. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Materna

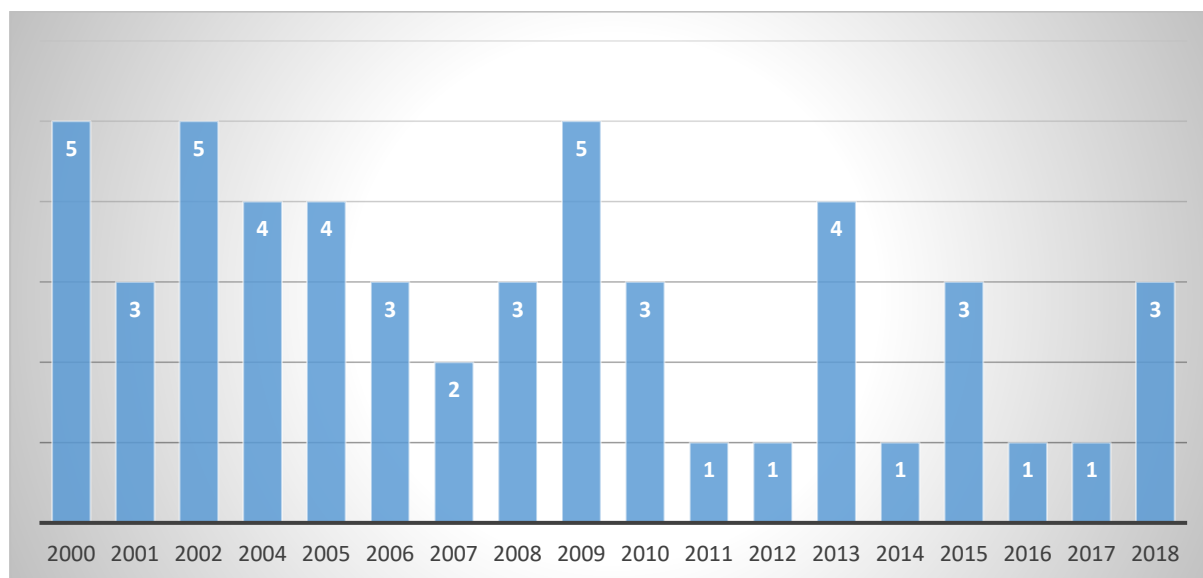
O perfil da mortalidade feminina, em especial, Mortalidade Materna (MM) e de Mulher em Idade Fértil (MIF), contribui de forma significativa para compreensão das condições de vida da população como um todo e, em particular, para melhorar a qualidade de vida das mulheres especialmente no ciclo gravídico puerperal.

Com relação a morte de mulheres em idade fértil em Ponta Grossa, no período de 2000 a 2019, ocorreram 2369 óbitos, conforme dados do Sistema de Informações sobre

Mortalidade – SIM. As principais causas de óbito em mulheres em idade fértil são as Neoplasias, Doenças Cardiovasculares e as Causas Externas. Este último, a depender da faixa etária e do local de residência do óbito, podem ocupar a segunda ou terceira posição.

Quanto ao número de mortalidade materna, na série histórica de 2000-2018, verificamos pouca amplitude de variação (Gráfico 12). Segundo a Taxa de Mortalidade Materna, os maiores coeficientes são respectivamente dos anos 2008 (100,6), 2002 (92) e 2000 (84,6) e os menores 2015 (18,6), 2016 (18,7), 2013 (19,2) e 2011 (19,4).

Gráfico 12. Óbitos maternos por município e ano do óbito. Ponta Grossa, 2000-2018



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

No período estudado, tabela 14, verifica-se predomínio (67,30%) de mortes maternas por causas obstétricas diretas, sendo as principais causas as Complicações do trabalho de parto e do parto e Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério.

A principal causa obstétrica indireta de mortalidade materna, segundo dados classificados pelo CID-10, em Ponta Grossa, referem-se a Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Com relação ao momento de ocorrência do óbito, apontam que 50% ocorreram no puerpério (até 42 dias), o que indica falhas na assistência obstétrica, em especial no seguimento do pós-parto. E no que diz respeito à faixa etária de ocorrência dos óbitos verifica-se o predomínio na faixa etária de 20 a 29 anos.

Tabela 14. Óbitos maternos. Ponta Grossa, 2000 a 2019.

Grupo CID-10	Morte materna obstétrica direta	Morte materna obstétrica indireta	Morte materna obstétrica não especificada	Total
Gravidez que termina em aborto	3	-	-	3
Edema proteinúria e transtornos hipertensivos no parto e no puerpério	11	3	-	14

Outros transtornos maternos relacpredom gravidez	2	-	-	2
Assist à mãe mot feto cavidadamniót e probrelpart	3	-	-	3
Complicações do trabalho de parto e do parto	12	-	-	12
Complicações relacionadas predom com o puerpério	4	-	-	4
Outras afecções obstétricas NCOP	-	13	1	14
Total	35	16	1	52

Faixa Etária	Morte materna obstétrica direta	Morte materna obstétrica indireta	Morte materna obstétrica não especificada	Total
10 a 14 anos	1	-	-	1
15 a 19 anos	3	2	-	5
20 a 29 anos	16	7	1	24
30 a 39 anos	12	6	-	18
40 a 49 anos	3	1	-	4
Total	35	16	1	52

Morte grav/puerp	Morte materna obstétrica direta	Morte materna obstétrica indireta	Morte materna obstétrica não especificada	Total
Durante a gravidez, parto ou aborto	10	4	-	14
Durante o puerpério, até 42 dias	19	7	-	26
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	-	1	-	1
Não na gravidez ou no puerpério	-	-	1	1
Período informado inconsistente	4	1	-	5
Não informado ou ignorado	2	3	-	5
Total	35	16	1	52

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

2.4.3.4. Mortalidade por Causas Externas

Os acidentes e violências são agravos à saúde que respondem por elevadas taxas de morbimortalidade. Possuem múltiplos fatores determinantes o que requer, para seu enfrentamento, um esforço integrado de setores da saúde, assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, pois apresenta forte relação com aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. Os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil. As taxas são consideravelmente mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino.

No Paraná, nos últimos dez anos, as causas externas têm se mantido entre um dos primeiros lugares em número de óbitos e têm sido causa constante de atendimentos e de

internações, resultando em alta demanda aos serviços de saúde, em sofrimento para as vítimas e seus familiares, elevados custos diretos e indiretos e sequelas, que comprometem a qualidade de vida dos que sofreram esses agravos. Em Ponta Grossa, esta realidade não é diferente, uma vez que no período de 2000 a 2019 as causas externas estiveram sempre entre as cinco principais causas dos óbitos.

Tabela 15. Número de óbitos por causas externas e residência por Grande Grupo CID10 e sexo, Ponta Grossa-PR, 2000-2019.

Grande Grupo CID10	Total	%	Masc	Fem
V01-V99 Acidentes de transporte	1557	35,41	1280	277
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	971	22,08	685	286
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	354	8,05	285	69
X85-Y09 Agressões	1164	26,47	1059	105
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	298	6,78	243	55
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	23	0,52	23	-
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	12	0,27	6	6
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	18	0,41	13	5

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

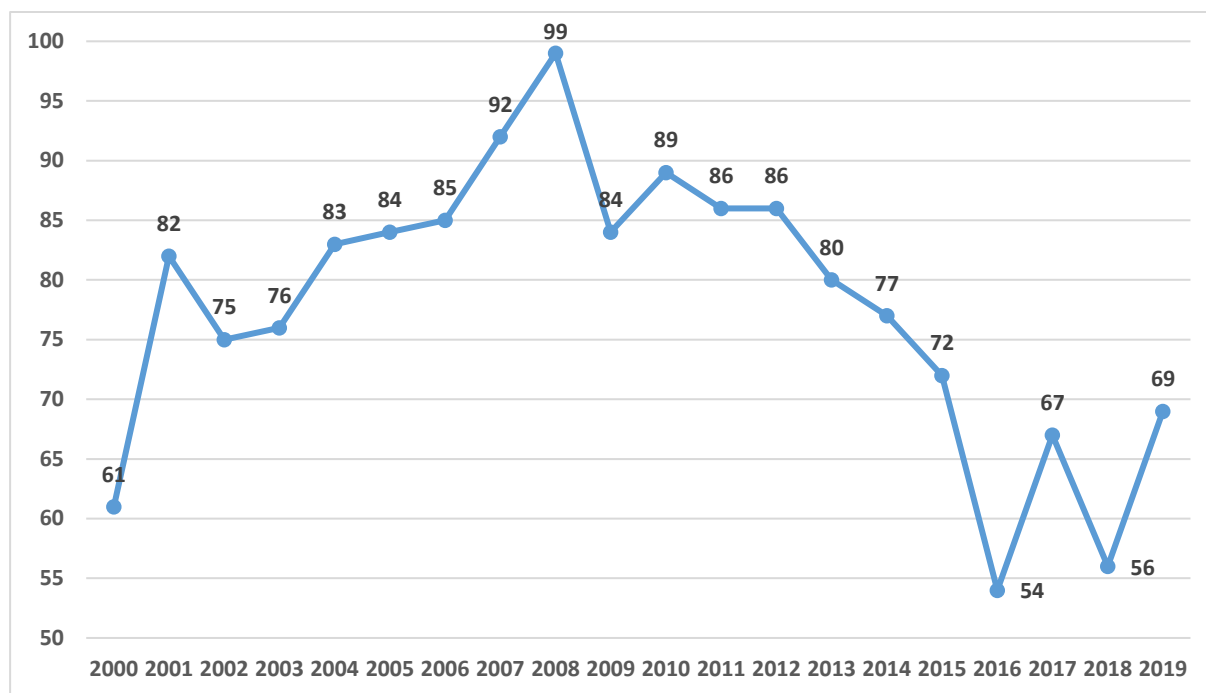
A faixa etária dos adultos de 20 a 29 anos registrou o maior percentual (23,61%) dos óbitos por causas externas, somando um total de 1038, de 30 a 39 anos o segundo maior, sendo 19,97% com 878 óbitos, no período 2000-2019.

Na fragmentação por ano de óbito e sexo da vítima de causas externas demonstra que, em todos os anos do período (2000-2019), o número de óbitos em indivíduos do sexo masculino foi superior a 77%.

Os Acidentes de Trânsito e Transporte constituem-se em outro desafio de relevância seja pela magnitude das lesões e mortes, em especial em homens jovens, gerando impactos sociais, psicológicos, econômicos, previdenciários e no setor saúde, seja pela sua complexidade já que derivam de uma combinação de fatores relacionados à conduta dos usuários frente ao trânsito, mas também às condições das vias, dos veículos e ao meio urbano.

Em relação ao sexo, entre os homens verifica-se as maiores taxas de mortalidade em residentes de Ponta Grossa durante o período de 2000 a 2019, chegando a apresentar um risco 04 vezes maior do que as mulheres. Com relação à faixa etária a maior concentração dos óbitos por Acidentes de Trânsito ocorreu na faixa etária de adultos jovens (20 a 39) representando aproximadamente 45,09% das mortes.

Gráfico 13. Número absoluto de mortalidade por acidentes de trânsito em residentes de Ponta Grossa-PR, 2000 a 2019.



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

2.4.4. Perfil de Morbidade

Os indicadores de morbidade medem a frequência de problemas de saúde específicos como infecções, cânceres, acidentes de trabalho, entre outros. As fontes de dados costumam ser registros de serviços de saúde, notificação de doenças sob vigilância e inquéritos de prevalência de doenças, entre outros. É necessário mencionar que as doenças crônicas, pela sua longa duração, requerem o monitoramento das etapas clínicas, pelo que é preferível contar com os registros de doença (ex: câncer, defeito congênito etc) (Newcomer, 1992). Contudo, é praticamente impossível conhecer a magnitude real das morbidades em uma população devido a múltiplos e complexos fatores, que vão desde a diversidade da percepção cultural sobre saúde e doença, até a não procura dos serviços.

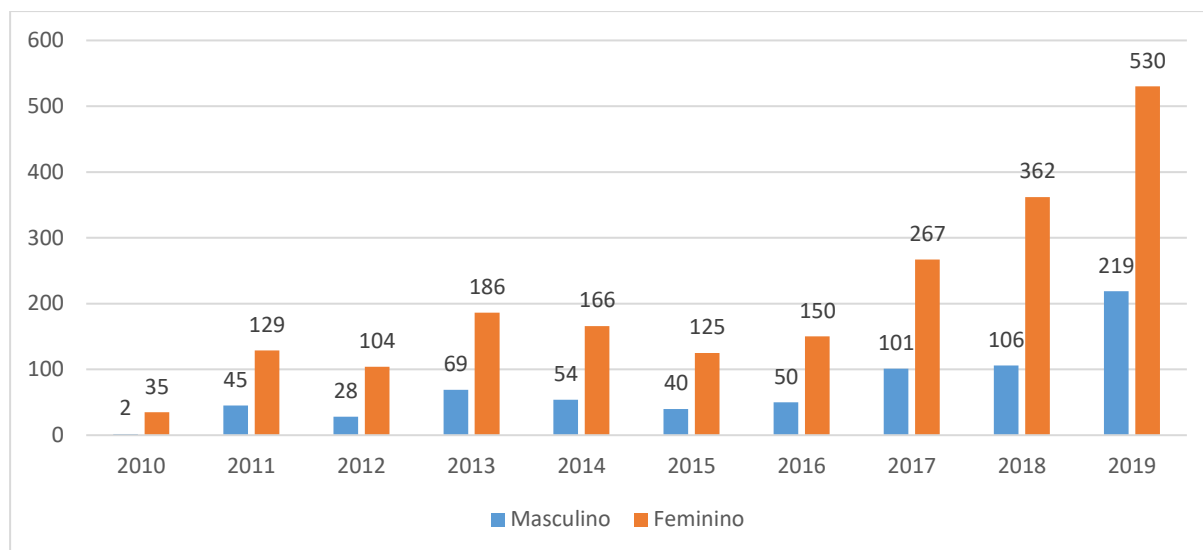
2.4.4.1 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

a) Violência

Em relação à violência interpessoal/autoprovocada em residentes de Ponta Grossa, cujos dados nos ajudam a dimensionar o fenômeno da violência e suas consequências, no período de 2010 a 2019 foram notificados 2.768 casos, sendo 74,21% atingindo pessoas do sexo feminino. Ressalta-se que a violência contra a mulher tem sido um problema cada vez mais em pauta nas discussões e preocupações da sociedade brasileira e mundial.

Estimativas globais publicadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida.

Gráfico 14. Número e proporção de notificações de violência Interpessoal/autoprovocada, segundo sexo em residente de Ponta Grossa, 2010-2019.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Ao escalonar as notificações por faixa etária, observa-se em Ponta Grossa, no período de 2010 a 2019, o predomínio de maior notificação nas faixas etárias de 15 a 29 anos, numa proporção de 41,37%. Sendo esta faixa etária, com maior notificação, no sexo feminino (886 notificações) e, no masculino (259 notificações).

Quanto ao tipo de violência, excluindo-se as informações ignoradas, observa-se que 1.675 foram de lesão autoprovocada. É importante ressaltar que uma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência, sendo consideradas as respostas afirmativas para cada tipo relacionado na ficha de notificação.

Tabela 16. Frequência de notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência de Ponta Grossa-PR, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Viol Física	16	17	21	42	37	26	61	98	71	152	541
Lesão Autoprov	6	133	90	163	136	117	99	205	289	437	1675
Viol Sexual	25	31	26	40	47	24	48	62	68	75	446
Viol Negli/Aband	5	7	7	21	16	7	10	22	51	157	303

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2.4.4.2 Doenças Transmissíveis

a) Tuberculose

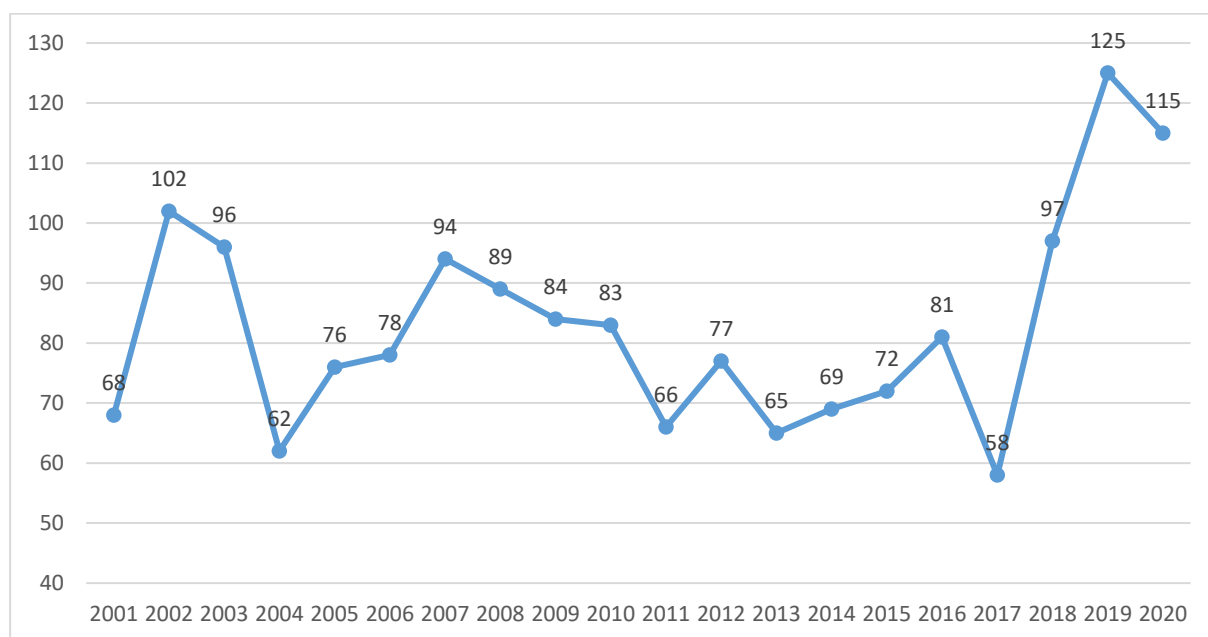
A tuberculose é uma doença infecto contagiosa, de transmissão aérea de pessoa para pessoa, que apesar de tratamento público, eficaz e prevenção mediante vacinação de BCG, ainda é um sério problema de saúde pública. Embora acometa toda a população, destacam-se alguns grupos mais vulneráveis, que são as pessoas vivendo com HIV/AIDS (coinfecção), pessoas em situação de rua, profissionais de saúde, pessoas privadas de

liberdade e indígenas. O maior número de casos confirmados ocorre no adulto jovem (entre 20 a 39 anos), no sexo masculino.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está entre os 30 países prioritários para o controle da tuberculose para os anos de 2016 a 2020 e está classificado nos grupos com maior carga de tuberculose (20ª posição) e de coinfeção tuberculose/HIV (19ª posição).

No período de 2001 a 2020, o número de casos confirmados de tuberculose em Ponta Grossa, tem oscilado, sendo o menor em 2017 com 58 casos, subindo para 125 casos em 2019, representando uma grande variação.

Gráfico 15. Casos confirmados por Ano Notificação segundo Município de residência. Ponta Grossa-PR, 2001 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Outro indicador de monitoramento do agravo é a proporção de cura de tuberculose, cujos percentuais devem ser mantidos acima de 85%, conforme o preconizado pela OMS. Em Ponta Grossa, no ano de 2019 a proporção de cura foi de 82,14%, abaixo do patamar considerado ideal para efetivo controle da doença. Esta constatação desafia os serviços no sentido de adotar estratégias que ampliem a taxa de cura.

Tabela 17. Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Ponta Grossa-PR, 2009-2020.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CURAS	19	53	58	64	47	59	48	56	44	68	92	67
NÃO CURA (Abandonos/óbitos)	5	13	5	9	6	5	10	15	14	9	22	27
Total (%) Cura	79,17	80,30	92,06	87,67	88,68	92,19	82,76	78,87	75,86	80	82,14	71,28

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

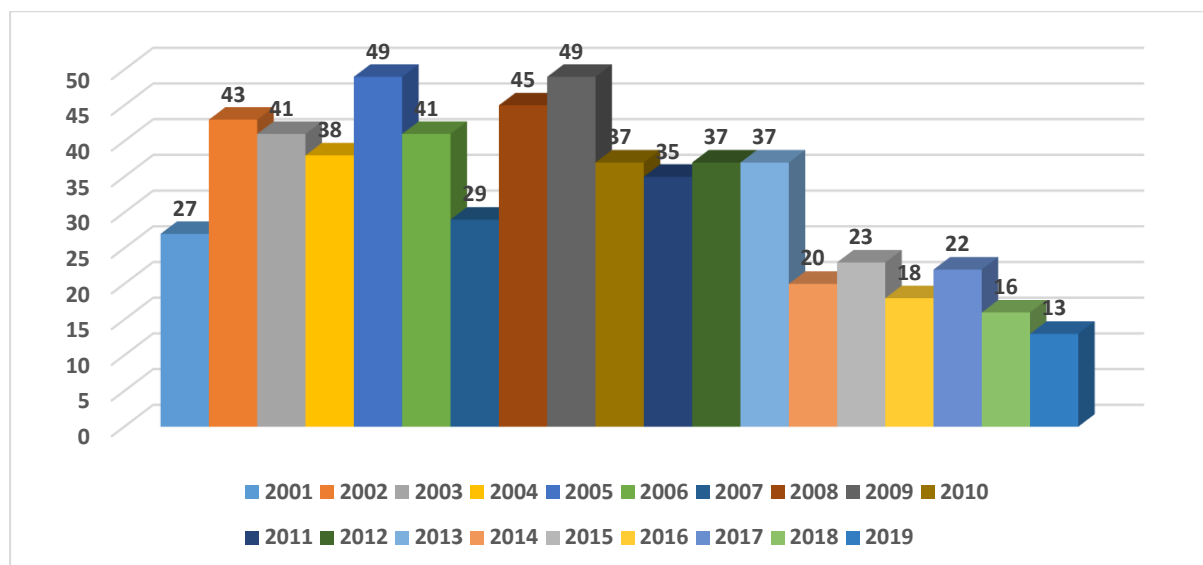
b) Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa cuja característica mais importante das lesões é a diminuição da sensibilidade (térmica, dolorosa e/ou tátil), uma vez que atinge os nervos periféricos e a pele. Possui alto potencial incapacitante se não tratada precoce e adequadamente.

A hanseníase é um importante problema de saúde pública, de modo que a Organização Mundial da Saúde elaborou para os anos de 2016 a 2020 um plano de Estratégia Global, visando um mundo sem hanseníase a partir de três pilares: (1) fortalecer o controle; (2) combater a doença e suas complicações; (3) promover a inclusão. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos, 34.894 ao ano, embora esta doença seja curável etenha tratamento conhecido (OMS, 2016).

No período de 2001 a 2019, Ponta Grossa apresentou variação no número de casos notificados, contudo a partir de 2013, vem apresentando diminuição neste indicador, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 16. Frequência por Município de residência e Ano Notificação. Ponta Grossa-PR, 2001 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Outro dado importante é que, no período de 2014 a 2020, o maior número de pacientes está entre os 40 e 59 anos, representando 49,50%, predominando o sexo masculino.

As medidas de vigilância adotadas são voltadas para o aumento do percentual de cura. Entre os casos novos de hanseníase, Ponta Grossa apresentou, nas coortes entre 2009 a 2019, percentual regular de cura, conforme tabela abaixo.

Tabela 18. Frequência por Tipo de Saída e Ano Notificação. Ponta Grossa-PR, 2009-2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cura	47	37	35	37	36	20	23	18	21	15	11
Óbito	1	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-
Não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Transf. para outro município	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	49	37	35	37	37	20	23	18	22	16	13

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2.4.4.3. Doenças Imunopreveníveis

Ao longo do tempo, a atuação do Programa Nacional de Imunização, ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentou, na sua missão institucional fundamental avanços. A imunização é um serviço de saúde essencial que protege indivíduos suscetíveis contra doenças imunopreveníveis. Com imunizações oportunas, os indivíduos e as comunidades permanecem protegidos, e a probabilidade de surto de doenças imunopreveníveis diminui. Controlando doenças como Difteria, Coqueluche, Tétano, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Rubéola, Caxumba, Poliomielite, Covid e outras.

Tabela 19. Coberturas Vacinais por Ano segundo Município. Ponta Grossa, 2010-2020.

Imuno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	101,19	101,01	93,74	104,72	103,31	108,24	101,65	92,76	99,34	90,38	90,27
Hepatite B em crianças até 30 dias	0,00	0,00	0,00	0,00	134,00	143,54	127,40	77,69	108,35	98,85	98,60
Rotavírus Humano	89,35	89,65	84,14	86,16	96,92	103,35	83,50	86,37	89,23	88,78	87,96
Meningococo C	5,96	124,06	91,58	90,22	100,38	106,81	86,77	88,78	90,77	90,57	90,08
Hepatite B	96,92	101,75	90,03	88,65	101,60	110,09	105,23	87,11	89,63	89,68	86,53
Penta	0,00	0,00	16,57	88,36	100,30	109,07	84,54	87,09	89,63	89,68	86,53
Pneumocócica	45,64	98,73	87,92	90,16	99,35	108,74	86,82	91,87	92,23	92,61	91,97
Poliomielite	95,69	99,26	87,48	87,44	98,21	104,14	81,02	87,09	89,04	90,12	87,45
Poliomielite 4 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84,59	90,47	84,78	101,15
Febre Amarela	76,30	84,70	81,20	82,40	91,84	103,12	74,91	80,89	82,23	84,67	81,20
Hepatite A	0,00	0,00	0,00	0,00	64,14	124,33	68,42	82,69	88,35	94,37	92,63
Pneumocócica (1º ref)	0,00	0,00	0,00	96,51	98,59	109,07	77,19	83,70	91,48	97,60	93,42
Meningococo C (1º ref)	0,00	0,00	0,00	93,13	97,60	89,20	97,14	84,33	89,34	93,22	92,35
Poliomielite(1º ref)	0,00	0,00	0,00	69,11	75,13	110,95	83,05	79,15	78,78	86,19	86,39
Tríplice Viral D1	92,57	84,66	89,75	92,49	99,96	112,11	85,01	85,30	91,16	95,41	101,38
Tríplice Viral D2	0,00	0,00	0,00	44,93	87,98	62,83	73,77	81,02	80,45	91,52	59,28
Tetra Viral(SRC+VZ)	0,00	0,00	0,00	29,65	93,53	67,18	76,61	68,49	42,13	81,16	55,65
DTP	93,36	96,98	95,51	89,23	100,70	109,41	84,85	0,00	0,00	0,00	0,00
DTP REF (4 e 6 anos)	0,00	0,00	0,00	0,00	2,18	0,00	4,55	80,72	99,26	61,33	96,08
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	0,00	0,00	0,00	72,50	82,57	123,79	66,03	76,09	83,58	69,71	102,61
Dupla adulto e tríplice acelar gestante	0,00	0,00	0,00	30,97	43,36	71,06	7,19	23,60	27,75	32,19	6,87
dTpa gestante	0,00	0,00	0,00	0,37	2,13	67,87	8,75	41,33	60,94	68,78	66,56

Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	93,36	96,98	78,94	92,51	96,50	106,06	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	73,88	86,64	72,99	63,79	86,85	113,87	49,16	78,54	83,24	84,32	83,18

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

a) Meningites

Em relação à análise das meningites por etiologia, a maior incidência, na população geral, corresponde as meningites virais, sendo este 31,66%. No entanto, embora em menor quantidade, há grande preocupação com o pronto atendimento dos casos de meningites bacterianas, particularmente das pneumocócicas e meningococemias, uma vez que apresentam alta letalidade. Considerando a distribuição por faixa etária, observou-se maior risco de adoecimento entre os menores de 01 ano de idade e na população de 20 a 39 anos, com predomínio do sexo masculino.

Segundo a tabela 19, com relação ao número de casos, o mesmo permaneceu constante, apresentando um total de 499 notificações em 11 anos, com grande número de alta dos pacientes. Os óbitos por meningite, somaram 61 casos, sendo 12,22% do total de casos notificados.

Tabela 20. Casos confirmados por Município de residência, Ano 1º Sintoma(s) e Evolução. Ponta Grossa, 2009 a 2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nº de casos	41	52	36	28	43	52	40	44	52	44	67
Alta	36	47	30	24	39	41	26	31	42	30	59
Óbito por meningite	3	4	4	4	1	9	11	9	5	8	3
Óbito por outra causa	2	1	2	-	3	2	3	4	5	6	5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

b) COVID-19

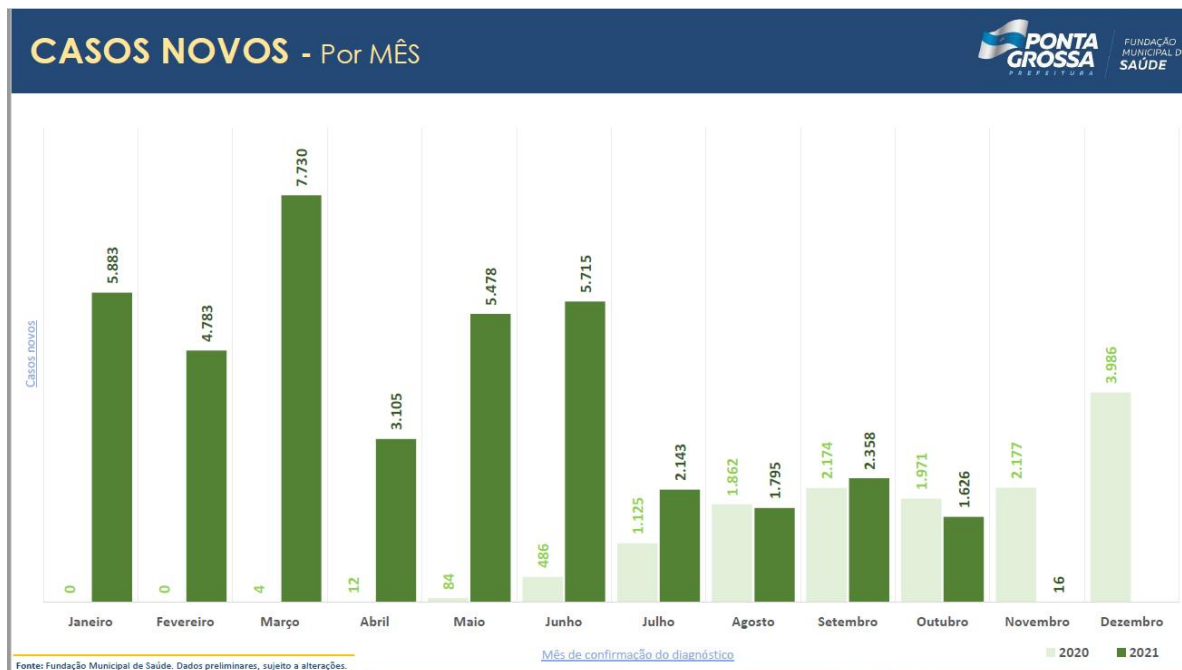
A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. (OPAS)

Em Ponta Grossa, o primeiro caso positivo de Coronavírus - Covid -19 foi notificado em 19 de março de 2020, sendo de um paciente que retornou do exterior. A FMS com referência e orientação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, elaborou o Plano de Contingência, contendo definições, fluxos, normas técnicas, orientação aos profissionais de saúde e organização de resposta aos casos e eventos que se apresentarem. Também foi estruturado a Central de Dúvidas sobre o Covid-19 (call center) - 3220-1019, bem como uma central de monitoramento dos pacientes e contatos, para contato diário para levantamento dos sintomas.

Realizado a implantação do Comitê de Operações de Emergência - COE no Município para gestão coordenada da resposta no combate ao Coronavírus, com diversos representantes de áreas necessárias no alinhamento das definições. O município contou com 87 leitos de UTI para o atendimento de pacientes, entre SUS (60) e privado (27), o que não foi suficiente, pois no maior pico de internamento, diversos pacientes foram deslocados para

outros municípios com leitos disponíveis. A UPA Santa Paula, teve seu atendimento temporariamente modificado, para poder receber pacientes sintomáticos respiratórios, até a transferência para leitos de UTI, sendo um grande apoio para a rede.

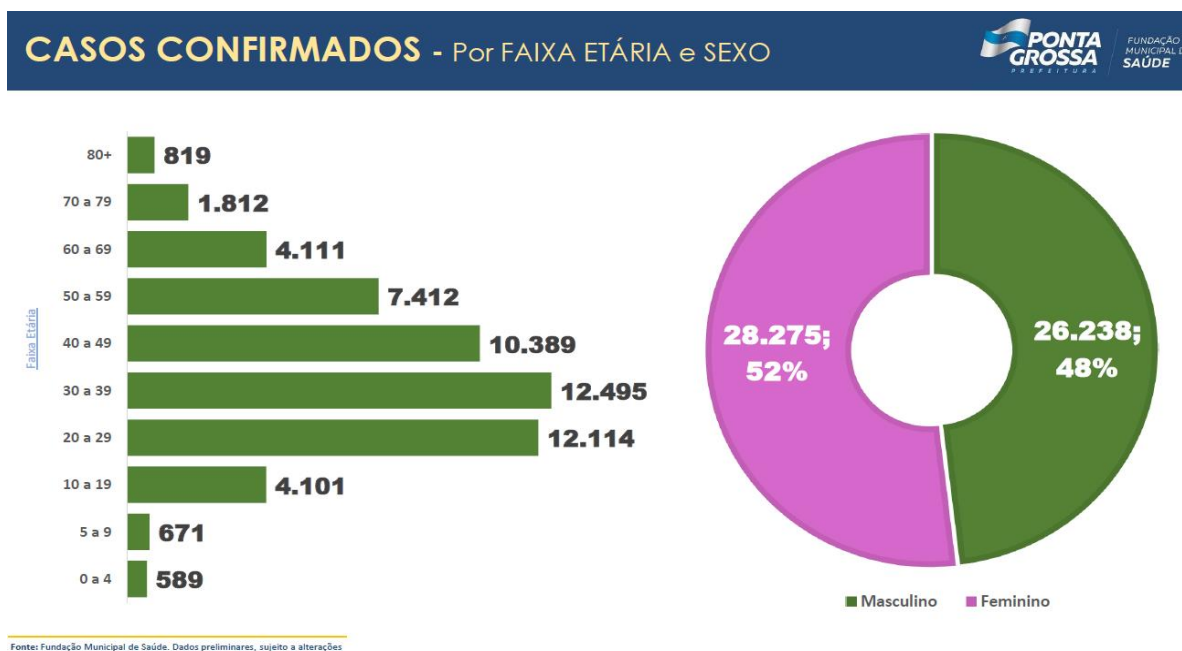
Figura 12. Casos novos por mês de confirmação do diagnóstico. Ponta Grossa, 2020-2021.



Fonte: Boletim Oficial Municipal – COVID-19

Desde o primeiro paciente, até o dia 02 de novembro de 2021, segundo os dados de gestão de indicadores do COE, foram 54.513 casos confirmados, sendo a maior prevalência do sexo feminino e as maiores faixas etárias entre os 20 e 39 anos de idade.

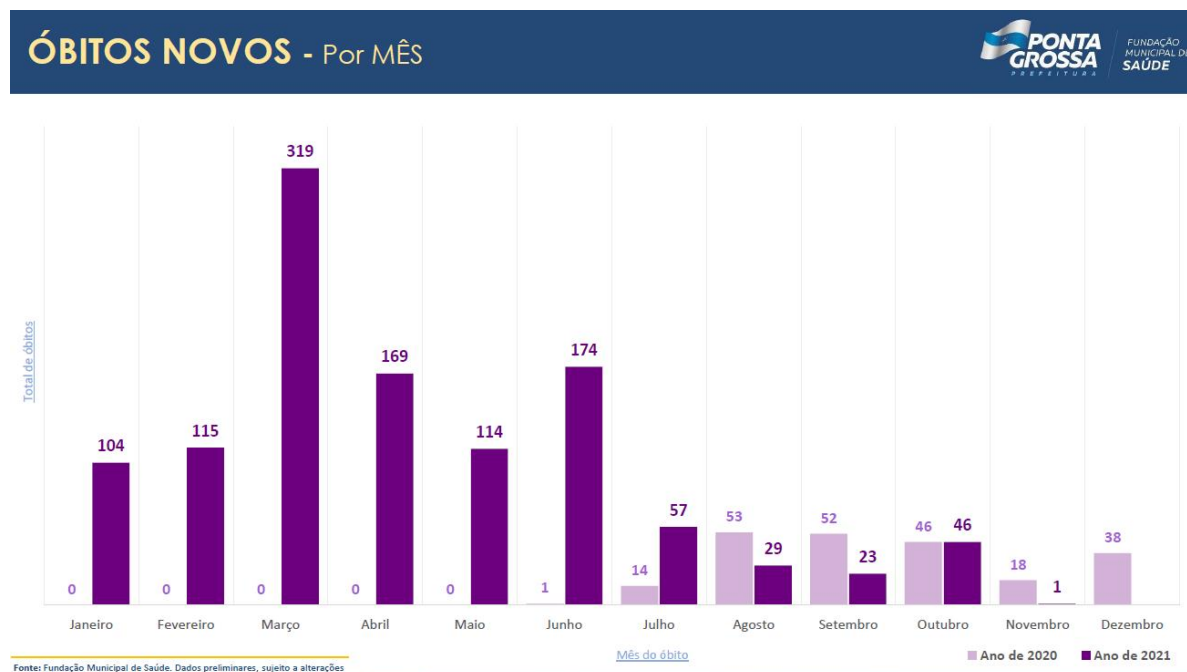
Figura 13. Casos confirmados por faixa etária e sexo. Ponta Grossa, 2020-2021.



Fonte: Boletim Oficial Municipal – COVID-19

No mesmo período exposto, foram 1373 óbito confirmados de coronavírus, sendo 222 no ano de 2020 e 1151 em 2021, com 56% do sexo masculino e 44% feminino e com maior incidência na faixa etária de 60 a 79 anos.

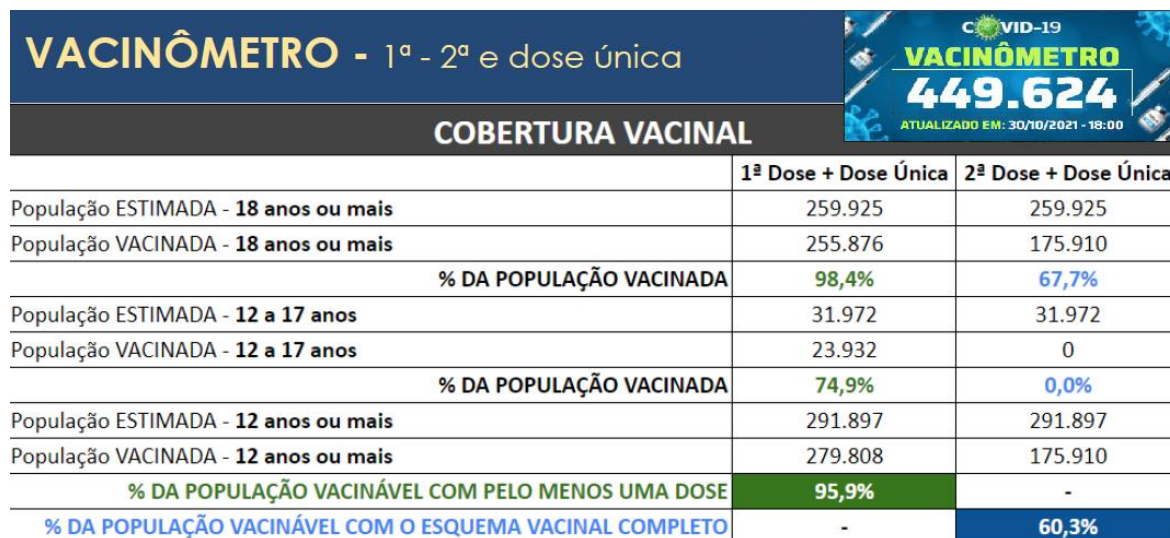
Figura 14. Número de óbitos por mês. Ponta Grossa, 2020-2021.



Fonte: Boletim Oficial Municipal – COVID-19

Em 19 de janeiro de 2021, foi aplicada a primeira dose de vacina contra a Covid-19 em Ponta Grossa, dando início a programação de vacina dos grupos, de acordo com o plano de imunização estadual. A Fundação Municipal de Saúde, disponibilizou vários locais para a vacinação, drive-thru, Estação Arte, Ginásio Oscar Pereira, Unidades de Saúde e uma equipe itinerante para acamados e ações pontuais. Foram também realizados mutirões de vacinação e o agendamento feito através do site da Prefeitura Municipal com o quantitativo de doses disponíveis iniciou a partir de abril de 2021.

Figura 15. Vacinômetro, número de doses aplicadas, Boletim Municipal COVID-19. Ponta Grossa, 2020-2021.



2.4.4.4. Doenças associadas a Vetores, Artrópodes e Roedores de relevância para a saúde pública

2.4.4.4.1. Arboviroses

A disseminação de doenças infecciosas humanas transmitidas por vetores vem sendo facilitada pelo crescimento urbano desordenado, o processo de globalização e as mudanças climáticas. Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes e entre eles, destacam-se os mosquitos, como os do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes Aegypti*, que estão amplamente distribuídos no território nacional, como importantes vetores de transmissão da Dengue, Chikungunya e Zika. Assim como em todo o Brasil, a população encontra-se suscetível a infecção por estas três arboviroses importantes.

Para identificar as áreas da cidade com maior proporção/ocorrência de focos do mosquito e os criadouros predominantes é também utilizado o Levantamento do Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA). O LIRAA é um sistema do Ministério da Saúde que consiste em um método simplificado para obtenção rápida de indicadores entomológico e permite conhecer a distribuição do vetor *Aedes Aegypti*.

O Sistema LIRAA auxilia as análises entomológicas e fornece informações sobre índice Predial (% de imóveis positivos) com vistas na otimização e direcionamento das ações de controle de vetor, facilita a delimitação de áreas de risco entomológico, permitindo a avaliação de metodologias de controle além de contribuir para as atividades de comunicação junto à população.

Tabela 21. Incidência de infestação de dengue, Ponta Grossa-PR, 2017 a 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
1º Trimestre	-	1,2	1,3	1,1	0,4
2º Trimestre	0	1,2	0,5	1,1	0,5
3º Trimestre	0,1	0,1	0	0,2	0,1
4º Trimestre	0,2	0,2	0,4	0	-

Fonte: LIRAA

a) Dengue

No município de Ponta Grossa, no período de 2016 a 2020, foram notificados 724 casos suspeitos. O número de casos autóctones, ou seja, que foi contraído dentro do município, totalizaram 48 pessoas. Os casos importados, de pessoas que viajaram para outras regiões e contraíram dengue somaram 74 pessoas.

Tabela 22. Casos autóctones e importados de dengue, Ponta Grossa-PR, 2016 a 2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Notificados	277	30	20	156	241
Autóctones	24	0	1	6	17
Importados	28	0	0	11	35

Fonte: LIRAA

2.4.4.4.2. Leptospirose

A leptospirose, é o resultado da exposição direta ou indireta a urina de animais (principalmente ratos) infectados pela bactéria *Leptospira interrogans*. É uma zoonose (doença de animais) que ocorre no mundo inteiro e afeta pessoas de todas as idades e de ambos os sexos.

Esta zoonose acomete roedores e, de forma menos frequente, mamíferos silvestres, animais domésticos; e outros de importância econômica, como bois, cavalos, porcos, cabras e ovelhas. Estes, ao urinar, liberam leptospirosas vivas, que podem contaminar a água e o solo.

Em Ponta Grossa, entre 2007 e 2019, os casos de leptospirose ocorreram durante todo o ano, comum aumento de notificações entre os meses de janeiro a abril, tal variação evidencia a associação como período férias, correspondendo a 53,6% dos casos confirmados. Evidencia-se também que o maior número de contaminações se deu na área urbana, com 60 casos.

Tabela 23. Número de casos confirmados por Município, CaracLoInf Área e Ano Notificação. Ponta Grossa, 2007-2019.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Notificados	9	5	4	7	3	11	3	9	15	16	5	11	14
Área Urbana	6	2	2	6	1	5	1	6	10	4	4	6	7
Área Rural	1	3	-	1	1	3	1	3	5	11	1	4	3
Área Periurbana	2	-	2	-	1	3	-	-	-	1	-	1	2
Área Ign/Branco	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2.4.4.4.3. Acidente por animais peçonhentos

Animais peçonhentos são reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, de escorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacrarias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública podem ser definidos como aqueles que causam acidentes classificados pelos médicos como moderados ou graves.

Em Ponta Grossa, no período analisado de 2007 a 2017 foram notificadas 8532 pessoas, sendo 4761 somente de acidente com aranha, ou seja 55,80% do total casos. Em segundo lugar com 2573 notificações - 30,16%, está o acidente com escorpião.

Tabela 24. Notificações por Tipo de Acidente e Ano acidente.Ponta Grossa-PR, 2007-2017.

Tipo de Acidente	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Serpente	15	9	7	4	6	8	10	17	14	10	11
Aranha	379	313	270	266	351	356	617	588	572	530	519
Escorpião	163	145	91	121	154	188	269	330	432	338	342
Lagarta	57	58	62	78	88	120	118	137	106	98	66
Abelha	2	9	1	-	-	9	14	21	18	13	3
Outros	-	2	-	1	1	-	-	2	-	1	2

Ign/Branco	-	-	-	1	-	2	4	1	7	1	15
Total	616	536	431	470	600	681	1028	1095	1142	990	943

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2.4.4.5. Doenças Infectocontagiosas e/ou Sexualmente Transmissíveis

a) Hepatites Virais

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, elas podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjojo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos comum no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia. (Ministério da Saúde)

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado, sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e à necessidade de transplante do órgão.

Tabela 25. Casos de hepatites virais por tipo e ano de diagnóstico, 1999-2020. Ponta Grossa.

Casos de hepatite A e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por ano de diagnóstico, 1999-2020.

Hepatite A	1999-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	399	10	20	30	1	1	-	-	1	1	3	-	1	2
Taxa Incidência	-	3,2	6,4	9,6	0,3	0,3	-	-	0,3	0,3	0,9	-	0,3	0,6

Casos de hepatite B e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por ano de diagnóstico, 1999-2020.

Hepatite B	1999-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	115	28	12	13	24	28	24	26	25	29	22	19	15	8
Taxa detecção	-	9	3,8	4,2	7,6	8,8	7,3	7,8	7,4	8,5	6,4	5,5	4,3	2,3

Casos de hepatite C e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por ano de diagnóstico, 1999-2020.

Hepatite C	1999-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	51	14	5	17	26	30	45	50	66	74	72	44	45	32
Taxa detecção	-	4,5	1,6	5,5	8,3	9,5	13,7	15	19,6	21,7	20,9	12,6	12,8	9

Casos de hepatite D por ano de diagnóstico, 1999-2020.

Hepatite D	1999-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

b) Sífilis Adquirida

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Além do contágio por relação sexual, ela também pode ser passada adiante pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou da mãe para o bebê, durante a gestação ou o parto.

Em relação à sífilis adquirida, a partir de 2015, ocorreu um aumento no número de notificações em Ponta Grossa, passando de 101 em 2014, para 306 em 2020. A taxa de detecção passou de 30,3 para 86,1 no mesmo período verificado. Analisando a incidência da sífilis em adultos, por sexo, observa-se que os indivíduos do sexo masculino representam 57,32% e as mulheres 42,68% do total no período analisado.

Tabela 26. Casos, taxa de detecção (por 100.000 habitantes) e por sexo de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2010-2021.

Sífilis Adquirida	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casos	2.057	15	25	40	94	101	214	259	293	236	240	306	234
Taxa de detecção	-	4,7	7,8	12,3	28,6	30,3	63,5	76,1	85,1	67,8	68,2	86,1	-
Homens	1.179	7	22	25	64	61	113	145	142	124	129	195	152
Mulheres	878	8	3	15	30	40	101	114	151	112	111	111	82

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2021; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

c) Sífilis em Gestante

Entre 2011 e 2020, verifica-se que a taxa de detecção da sífilis em gestante aumentou de 1,7 para 27,8 por 1.000 nascidos vivos no município. Este resultado reflete o aumento das notificações e a implantação da testagem rápida nas unidades da Atenção Básica, mas também sinaliza para a necessidade da intensificação das ações de tratamento, a fim de que se possa eliminar a transmissão vertical da doença. A detecção se dá em todos os períodos gestacionais, mas com maior incidência no primeiro trimestre. Entre as faixas etárias, a principal é de 20 a 29 anos, com 55,8% de incidência.

Tabela 27. Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2005-2020. Caso de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 2007-2021.

Sífilis em Gestantes	Total	2005 - 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	718	29	9	18	39	43	63	97	112	79	90	139
Taxa de detecção	-	-	1,7	3,4	7,5	7,7	11,7	18,2	21,2	14,6	18	27,8
Idade Gestacional	Total	2007 - 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1º Trimestre	306	4	-	4	11	9	17	33	58	47	53	71
2º Trimestre	238	17	4	9	21	20	26	35	30	22	19	35

3º Trimestre	169	4	5	5	7	14	20	29	24	10	18	33
--------------	-----	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2021; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

d) Sífilis Congênita

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que: A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis. (Ministério da Saúde)

Tabela 28. Casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 1998-2020.

Idade da Criança	Total	1998	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		- 2010										
Menos de 7 dias	140	7	3	4	3	4	7	5	15	11	22	38
7 a 27 dias	2	0	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
28 a 364 dias	5	0	-	-	2	-	-	-	1	1	1	-
1 ano	1	0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

e) HIV/AIDS

A aids é a doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV é a sigla em inglês). Esse vírus ataca o sistema imunológico, que é o responsável por defender o organismo de doenças. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações. (Ministério da Saúde)

Em Ponta Grossa, no período de 1980 a 2020, apresentou pouca variação, sendo diagnosticados 1807 casos de AIDS, 48,2% foram do sexo masculino. Com relação a taxa de detecção por 100.000 habitantes verificou-se uma diminuição, passando de 37,3 em 2008 para 19,9 em 2019.

Tabela 29. Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Ponta Grossa, 1980-2020.

Casos de AIDS	Total	1980-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	1.807	813	116	76	81	83	75	99	80	85	87	70	53	70	19
Homens	1.079	476	73	37	49	43	45	57	51	55	51	47	34	48	13
Mulheres	728	337	43	39	32	40	30	42	29	30	36	23	19	22	6
Taxa de detecção	-	-	37,3	24,2	25,5	25,8	23,1	30,1	24	25,2	25,5	20,3	15,2	19,9	-

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

2.4.4.6. Causas Externas

Ao considerar a morbidade, as causas externas representaram a terceira em proporção nos internamentos ao longo do período, apresentando aumento gradativo. As internações por causas externas, que expressam os casos graves decorrentes das violências e acidentes que motivaram a hospitalização, também ajudam a dimensionar a magnitude desse problema de saúde pública.

Tabela 30. Número de Internações por Lista MorbCID-10 e ano atendimento. Ponta Grossa, 2007-2021.

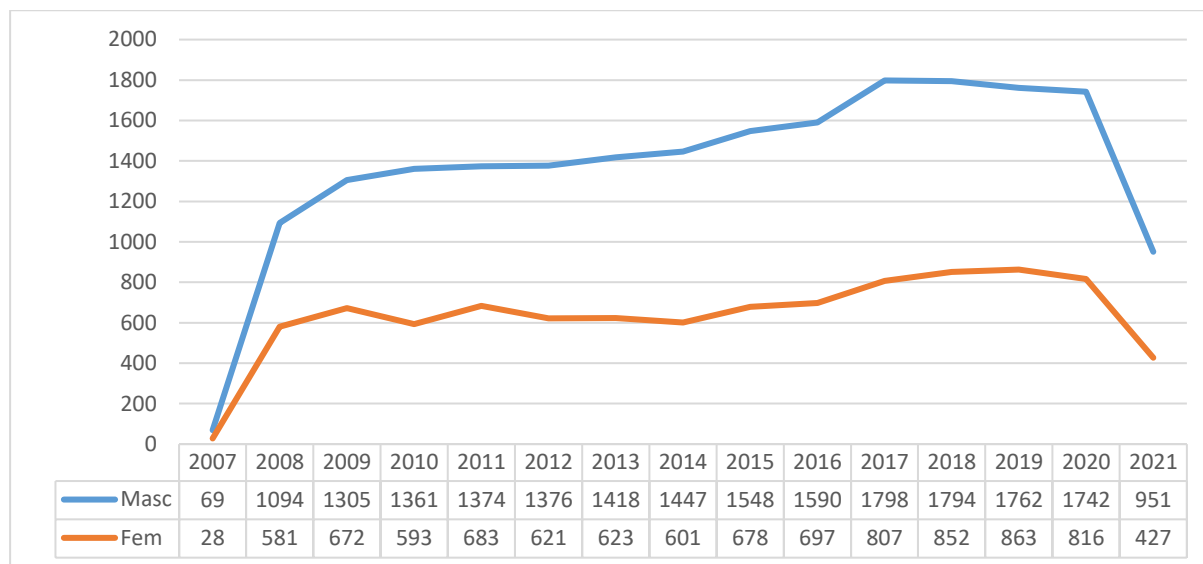
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
.. Fratura do crânio e dos ossos da face	2	113	105	108	112	84	114	107	115	100	123	118	97	73
.. Fratura do pescoço tórax ou pelve	4	47	86	45	41	38	41	52	54	50	54	62	56	78
.. Fratura do fêmur	9	137	153	148	228	204	201	201	223	221	213	208	237	276
.. Fratura de outros ossos dos membros	35	784	754	782	724	720	760	754	796	812	962	954	933	948
.. Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	-	1	4	3	1	1	5	4	4	4	3	3	4	7
.. Luxações entorse distensão regesp e múlt corpo	4	79	105	140	127	129	83	89	91	125	110	121	137	111
.. Traumatismo do olho e da órbita ocular	2	1	-	3	6	4	9	6	15	11	14	17	18	18
.. Traumatismo intracraniano	13	157	226	242	197	231	213	198	201	219	234	238	245	219
.. Traumatismo de outros órgãos internos	2	32	38	40	55	59	66	64	73	81	90	89	77	97
.. Lesões esmagamput traumátregesp e múlt corpo	1	12	19	25	72	61	46	63	64	71	68	58	81	69
.. Outtraumregespec não espec e múltipl corpo	11	116	138	155	166	193	181	202	294	276	309	316	337	270
.. Efeitos corpo estranho através de orifício nat	1	6	5	4	15	22	15	24	19	24	31	17	57	48
.. Queimadura e corrosões	1	54	128	60	78	52	35	70	89	91	98	111	57	73
.. Envenenamento por drogas e substâncias biológ	-	18	22	32	27	14	19	18	26	16	38	47	38	55
.. Efeitos tóxicos subst origem princ não-medicin	5	15	20	15	25	19	19	15	13	8	16	11	13	14
.. Síndromes de maus tratos	-	-	-	4	3	1	1	-	1	2	7	2	8	1
.. Outros efeitos e não espec de causas externas	1	4	6	1	5	4	3	2	2	3	3	1	3	10
.. Certcomplprec traum compl cirúrgas méd NCOP	5	83	134	98	138	130	198	164	126	149	209	245	186	161
.. Seqüeltraumenven e outrconseq causas extern	1	16	34	49	37	31	32	15	20	24	23	28	41	30

Total	97	1675	1977	1954	2057	1997	2041	2048	2226	2287	2605	2646	2625	2558
-------	----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

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

Das 28.793 internações registradas no período 2007-2021, o maior percentual 68,37% (20.629) foram de indivíduos do sexo masculino.

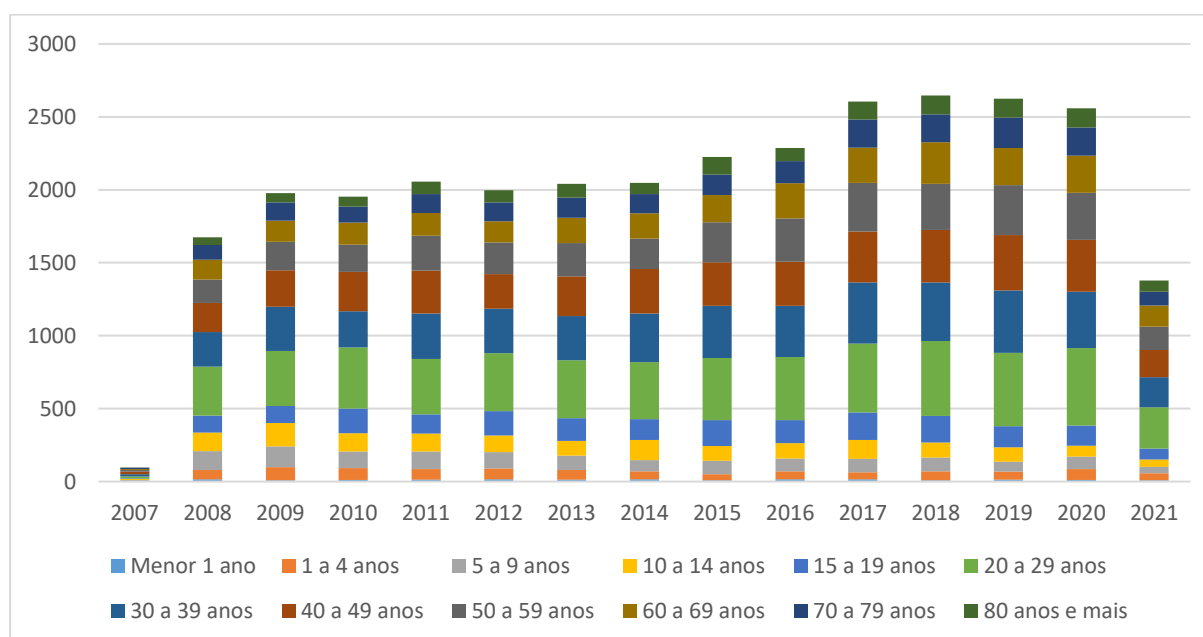
Gráfico 17. Número Internações por Sexo e Ano atendimento, Capítulo CID-10: XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas em Ponta Grossa, 2007-2021.



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

A faixa etária de adultos jovens (20 - 39 anos) concentrou 34,71% (10.472) dos internamentos por causas externas no período 2007 a 2021.

Gráfico 18. Número de Internações por Faixa Etária 1 e Ano atendimento por Capítulo CID-10: XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas em Ponta Grossa-PR, 2007-2021.



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

2.5. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Ponta Grossa

2.5.1. Infraestrutura do setor saúde

A rede de serviços de saúde de Ponta Grossa apresenta a modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar, considerando os estabelecimentos que prestam assistência pelo Sistema Único de Saúde, assim como estabelecimentos não SUS.

Atualmente, o município dispõe de 1.027 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) até junho de 2021. Sendo 991 com vinculada ao tipo de gestão municipal, 27 sob gestão estadual e 9 com gestão dupla.

Tabela 31. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde cadastrados por tipo de estabelecimento, Ponta Grossa, Junho-2021.

Descrição	Total
POSTO DE SAUDE	11
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	52
POLICLINICA	16
HOSPITAL GERAL	7
CONSULTORIO ISOLADO	685
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	107
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	26
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	4
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	11
FARMACIA	24
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	70
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	2
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4
PRONTO ATENDIMENTO	2
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	1
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	1
TOTAL	1027

Fonte: MS/DATASUS/ CNES.

O leito de internação é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender a ambiência hospitalar necessária para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado em conformidade a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Os Leitos de Internação Hospitalar são classificados nos seguintes tipos: Leito Clínico; Leito Cirúrgico; Leito Obstétrico; Leito Pediátrico; e Leito Complementar.

Tabela 32. Distribuição de Leitos conforme CNES, Novembro 2021.

Descrição	Existente	Sus	Não Sus
CIRÚRGICO			
BUCO MAXILO FACIAL	6	3	3
CARDIOLOGIA	36	20	16
CIRURGIA GERAL	60	39	21
ENDOCRINOLOGIA	5	1	4
GASTROENTEROLOGIA	5	1	4
GINECOLOGIA	9	2	7
NEFROLOGIAUROLOGIA	10	5	5
NEUROCIRURGIA	22	13	9
OFTALMOLOGIA	7	1	6
ONCOLOGIA	18	8	10
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	36	27	9
OTORRINOLARINGOLOGIA	6	2	4
PLASTICA	9	3	6
TORACICA	7	3	4
TOTAL	236	128	108
CLÍNICO			
AIDS	1	0	1
CARDIOLOGIA	33	18	15
CLINICA GERAL	89	73	16
DERMATOLOGIA	1	0	1
GERIATRIA	1	0	1
HANSENOLOGIA	1	0	1
HEMATOLOGIA	1	0	1
NEFROUROLOGIA	10	6	4
NEONATOLOGIA	7	0	7
NEUROLOGIA	8	4	4
ONCOLOGIA	20	10	10
PNEUMOLOGIA	90	66	24
UNIDADE ISOLAMENTO	13	12	1
TOTAL	275	189	86
OBSTÉTRICO			
OBSTETRICIA CIRURGICA	54	36	18
OBSTETRICIA CLINICA	26	14	12
TOTAL	80	50	30
PEDIATRICO			
PEDIATRIA CLINICA	20	15	5
PEDIATRIA CIRURGICA	23	18	5
TOTAL	43	33	10
OUTRAS ESPECIALIDADES			
CRONICOS	1	1	0
PSIQUIATRIA	62	60	2

ACOLHIMENTO NOTURNO	8	8	0
TOTAL	71	69	2
HOSPITAL DIA			
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	1	0	1
TOTAL	1	0	1
COMPLEMENTAR			
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	58	48	10
UTI ADULTO - TIPO II	56	36	20
UTI ADULTO - TIPO III	28	0	28
UTI PEDIATRICA - TIPO II	3	0	3
UTI PEDIATRICA - TIPO III	2	0	2
UTI NEONATAL - TIPO II	20	16	4
UTI NEONATAL - TIPO III	8	0	8
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	12	8	4
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	2	0	2
SUORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	7	0	7
TOTAL	196	108	88
Sumário			
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO	511	317	194
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	706	469	237

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Quanto à necessidade de consultas e exames especializados, conforme estimava de outubro de 2021, 31.545 pacientes aguardam consultas e 15.945 exames especializados. Sendo a consulta em oftalmologia geral responsável por 15,31% da lista espera e a ultrassonografia transvaginal com 11,22% na lista de exames. Esse cenário aponta que para atingir as necessidades de serviços de saúde da população é necessário o investimento na oferta da rede especializada, pelo Estado.

Tabela 33. Número de pacientes por categoria SISREG. Ponta Grossa, Out-2021.

CATEGORIA	PROCEDIMENTOS		PACIENTES	
	QTD	%	QTD	%
Consultas especializadas	69	30,67%	31.545	58,66%
Exames especializados	73	32,44%	15.945	29,65%
Consultas e exames - Tratamento Fora de Domicílio - TFD	49	21,78%	5.371	9,99%
Consultas e procedimentos odontológicos	13	5,78%	293	0,54%
Procedimentos ambulatoriais / cirúrgicos	15	6,67%	446	0,83%
Terapias (de grupo / individuais)	6	2,67%	173	0,32%
TOTAL GERAL	225	100,00%	53.773	100,00%

Fonte: SISREG, em 22 de outubro de 2021.

No que tange à produção hospitalar foi verificado um crescimento nas internações dos estabelecimentos de saúde do município, passando de 25.493 em 2015, para 29666 – 29201 em 2018 e 2019 respectivamente, antes do período pandêmico.

Tabela 34. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento. Ponta Grossa - Jan/2008-Jun/2021.

Estabelecimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
HOSPITAL MUNICIPAL DR AMADEU PUPPI	4948	4345	3969	4505	4732	4580	4814	4993	4850	4588	3991	1709	52024
HOSPITAL VICENTINO	1964	2092	2055	2018	1963	713	-	-	-	-	-	-	10805
ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS	3681	4342	4415	4042	4056	4124	3906	4537	4577	3644	3108	1774	46206
HOSPITAL SAO CAMILO	2810	2882	2604	2966	3032	2614	2464	2346	2196	2450	1238	286	27888
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA	5155	5422	5442	5759	6361	5156	5560	5904	6739	6676	6585	2543	67302
MATERNIDADE SANTANA	1062	1115	1104	1182	1163	1014	1122	-	-	-	-	-	7762
HOSPITAL EVANGELICO DE PONTA GROSSA	2764	2809	2513	2772	3537	4299	1561	-	-	-	-	-	20255
HOSPITAL DA CRIANCA PREFEITO JOAO VARGAS DE OLIVEIRA	3071	2488	2470	2219	1370	1174	1399	1216	1027	1270	469	-	18173
HOSPITAL GERAL UNIMED	-	-	-	-	1	-	-	1	2	2	1	-	7
HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS	38	764	955	1231	2184	3910	6747	10083	10275	10571	9904	5367	62029
Total	25493	26259	25527	26694	28399	27584	27573	29080	29666	29201	25296	11679	312451

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

Cabe sinalizar que as internações com finalidade de Tratamentos Clínicos representam 39,40% no período analisado de 2010 a agosto de 2021 (principais internações - tratamento de pneumonias ou influenza, tratamento de insuficiência cardíaca, tratamento de síndrome coronariana aguda, tratamento de intercorrências clínicas na gravidez, tratamento de acidente vascular cerebral – AVC), seguido de Partos e Nascimentos com 9,40% e Cirurgia do sistema osteomuscular com 8,52%, sendo as principais cirurgias: tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço, retirada de fio ou pino intra-ósseo, tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia, tratamento cirúrgico de fratura diafisaria única do rádio / da ulna, tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur.

Tabela 35. Internações por Subgrupo procedimento. e Ano atendimento. Ponta Grossa, Jan/2008-Ago/2021.

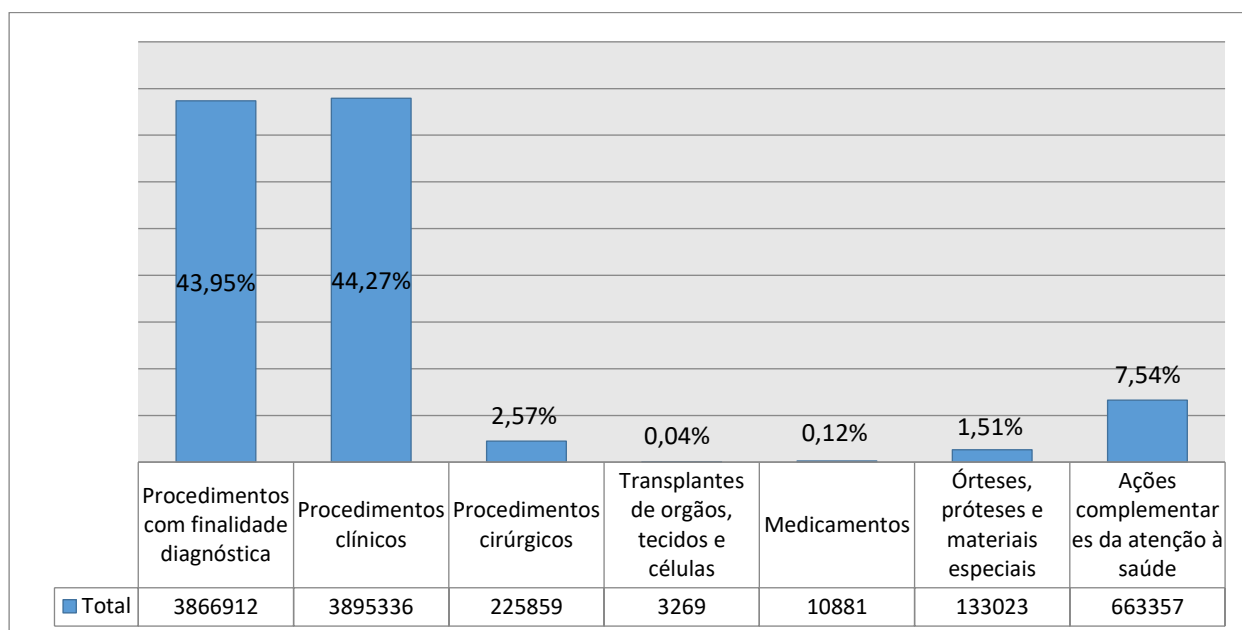
Subgrupo proced.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
0201 Coleta de material	14	13	4	11	23	4	5	21	19	7	5	1	127
0209 Diagnóstico por endoscopia	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	3
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	766	781	278	831	1717	1635	1551	1493	1240	1565	1202	430	13489
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	11582	11700	10913	11168	11306	10465	10491	10474	10545	10359	8995	6774	124772
0304 Tratamento em oncologia	472	559	714	646	787	503	629	806	956	1068	1200	633	8973
0305 Tratamento em nefrologia	700	578	550	695	777	557	498	535	603	648	578	201	6920
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	185	152	132	168	142	130	132	290	260	231	223	133	2178
0310 Parto e nascimento	2425	2293	2390	2351	3146	3258	2511	2477	2591	2520	2318	1490	29770
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	92	133	124	128	147	207	341	328	286	207	93	35	2121

0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	16	10	26	12	8	23	40	43	43	40	13	6	280
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	306	330	426	316	310	332	283	336	340	304	158	94	3535
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	355	464	764	756	506	456	568	573	588	619	354	192	6195
0405 Cirurgia do aparelho da visão	9	6	10	7	5	22	12	19	9	13	4	1	117
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	1182	1607	1667	1434	1522	1547	1473	1519	1792	1973	1777	888	18381
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1160	1280	1501	1677	1614	1674	1801	2073	2414	2024	1325	762	19305
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	2229	2179	2267	2191	2180	2148	2291	2710	2484	2581	2315	1415	26990
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	706	996	998	964	717	657	754	919	942	932	434	226	9245
0410 Cirurgia de mama	17	54	47	36	38	58	77	87	69	63	28	6	580
0411 Cirurgia obstétrica	1868	1889	1655	2025	1978	2144	2193	2094	1982	1779	2272	1493	23372
0412 Cirurgia torácica	197	192	211	253	257	234	246	272	296	327	284	205	2974
0413 Cirurgia reparadora	40	38	28	39	47	55	44	89	104	108	70	14	676
0414 Bucomaxilofacial	136	34	8	2	28	23	26	29	33	19	9	4	351
0415 Outras cirurgias	726	681	542	744	842	1087	1209	1290	1476	1365	1207	714	11883
0416 Cirurgia em oncologia	295	275	246	211	256	322	318	490	479	386	365	193	3836
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	10	9	23	29	46	43	80	112	115	62	67	31	627
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	5	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Total	25493	26259	25527	26694	28399	27584	27573	29080	29666	29201	25296	15941	316713

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

Na produção hospitalar verifica-se um crescimento nas internações, relacionadas aos procedimentos clínicos, seguido dos procedimentos com finalidade diagnóstica. Cabe sinalizar que as internações de procedimentos clínicos aumentaram de 186.514 em 2010, para 438.061 em 2019, antes da pandemia.

Gráfico 19. Dados detalhados das AIH - por local internação - Quantidade aprovada por Grupo procedimento e Ano atendimento. Ponta Grossa, Jan/2010-Ago/2021.



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

2.5.2. Oferta de Serviços e Organização do SUS Municipal

2.5.2.1. Atenção Primária à Saúde

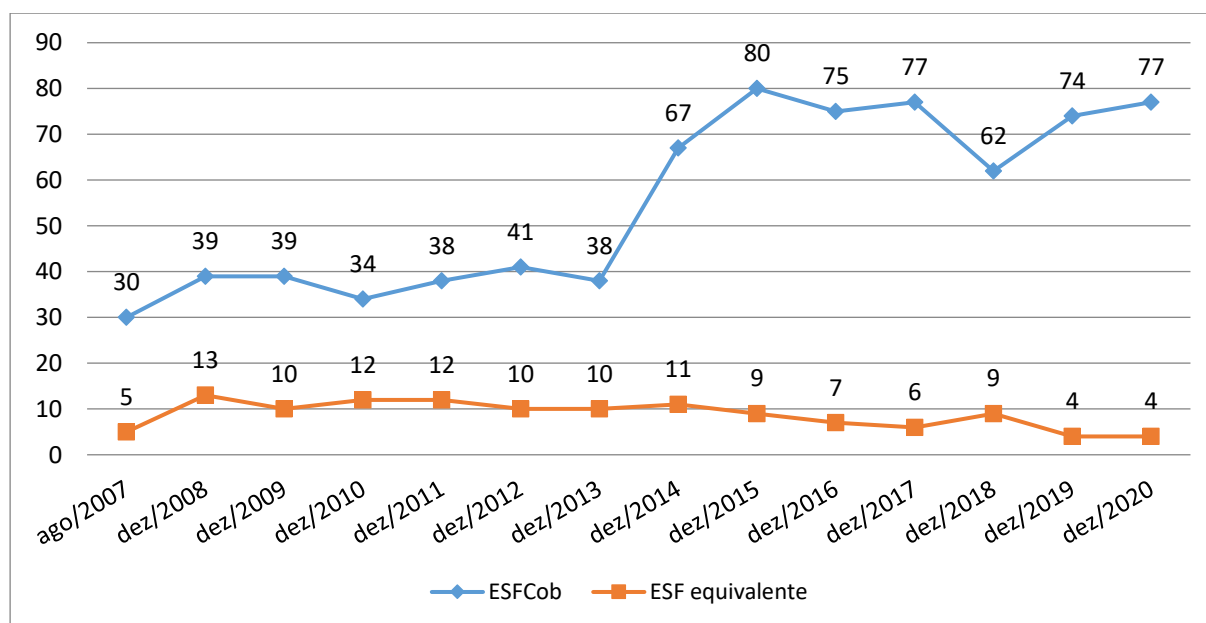
A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se, principalmente, como o primeiro e preferencial contato dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social para efetivação de um sistema de saúde com práticas cuidadoras.

Hoje são ofertados a população diversos serviços, entre eles: vacinação, pré-natal, atendimento médico, odontológico e de enfermagem, assistência farmacêutica, visita domiciliar ACS/ACE, puericultura, inalação, troca de curativo, dispensação de medicamento, atendimento domiciliar, entre outros.

A rede de Atenção Primária à Saúde do município de Ponta Grossa em 12/2020 contava com 77 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 4 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h).

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 276.300 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 265.650 pessoas.

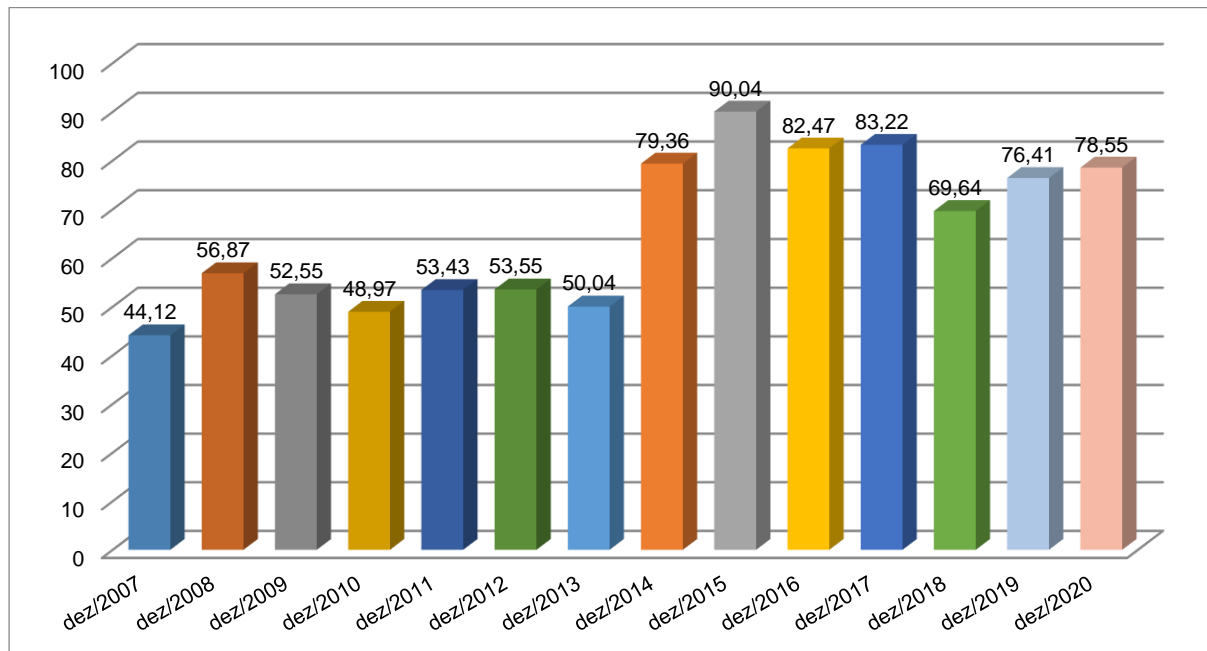
Gráfico 20. Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família. Ponta Grossa, 2007-2020.



Fonte: E-gestor.

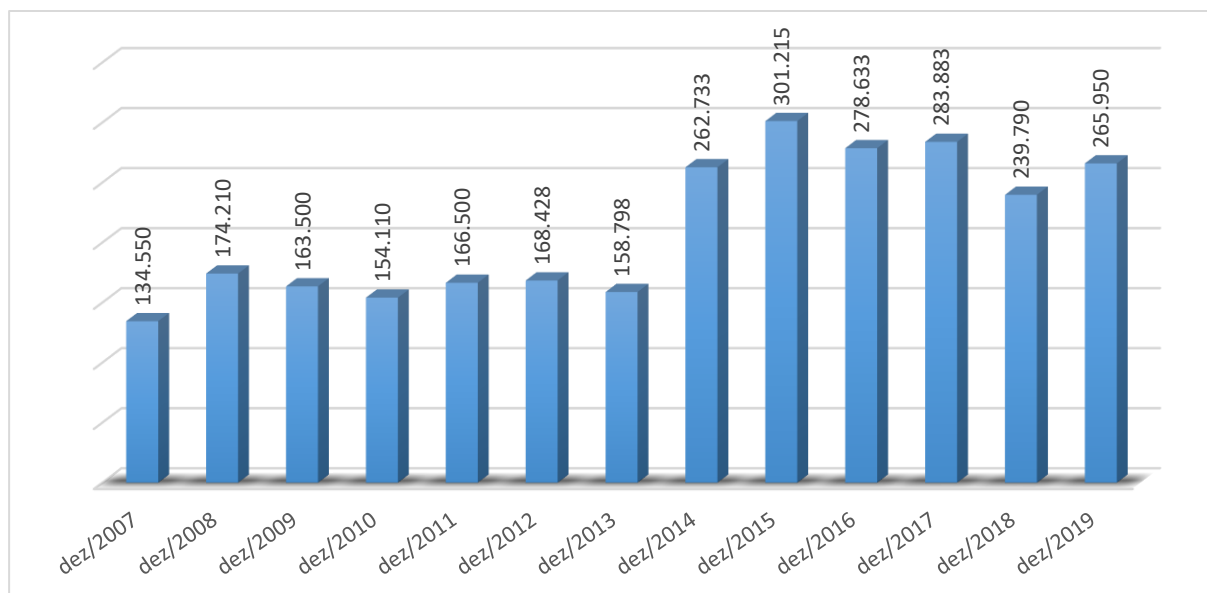
Em análise deste processo de implementação, entre agosto de 2007 a dezembro de 2020, demonstra que houve a implantação de 47 novas equipes, com crescimento exponencial a partir de dezembro de 2013, contudo no ano de 2018 houve um decréscimo de 15 equipes, devido à saída dos profissionais do Programa Mais Médicos.

Gráfico 21. Cobertura da Atenção Primária à Saúde, E-Gestor. Ponta Grossa, 2007-2020.



Nota-se que houve um incremento de 78,03% no percentual de cobertura da Atenção Primária em Saúde, com importante destaque para o período de 2013 a 2020, sendo possível observar um incremento de cerca de 56,97% na referida cobertura, que pode ser correlacionado com a intensa recomposição do quadro de recursos humanos para as ESF, mediante convocação de profissionais de Concurso Público, atualização dos profissionais via sistema CNES e habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Gráfico 22. Estimativa de população coberta na Atenção Primária à Saúde, conforme E-Gestor. Ponta Grossa, 2007-2019.



O potencial de cobertura de cadastros é calculado a partir do número de equipes e o parâmetro do município conforme a tipologia Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para os municípios urbanos, o parâmetro de uma equipe de Saúde da Família é 4 mil pessoas. O programa Previne Brasil, estimula o aumento da cobertura real com base nos cadastros realizados nas Unidades de Saúde.

Figura 16. Cadastros (Adscrição) na Atenção Primária à Saúde. Ponta Grossa, 2021.



Fonte: E-gestor, dados do 2º Quadrimestre 2021.

2.5.2.2. Rede de Atenção Psicossocial

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baseia-se na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo entre outros, assim como, pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial.

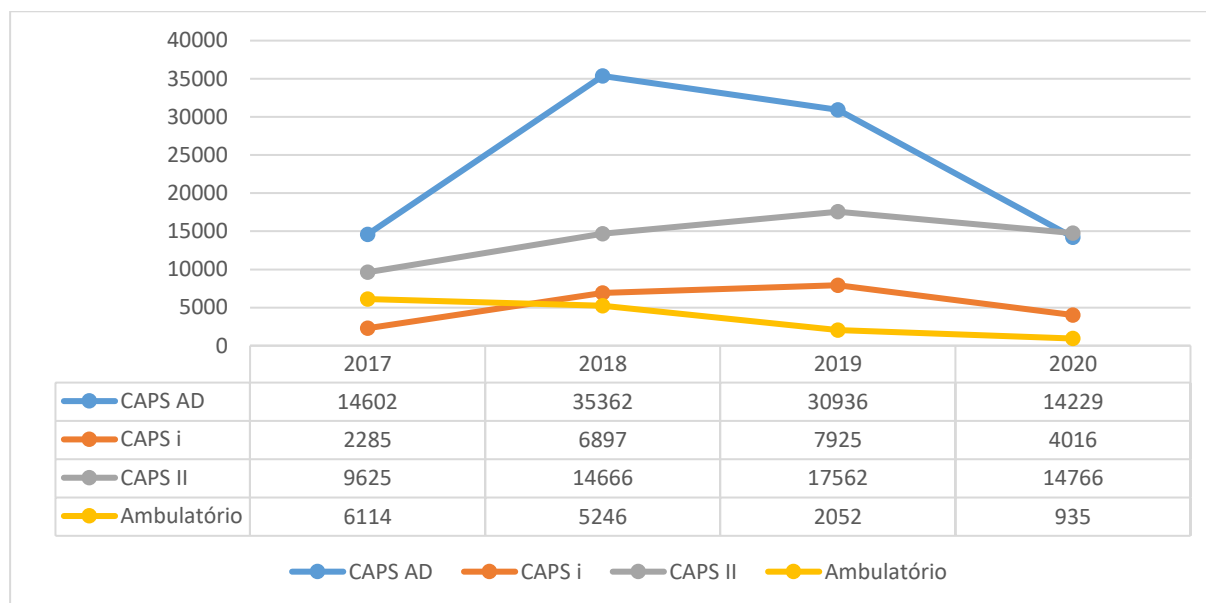
CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

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.

CAPS ad Álcool e Drogas: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental são serviços compostos por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, e outros profissionais que atuam no acompanhamento de pacientes que apresentam transtornos mentais moderados. Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas médicas e atendimentos especializados.

Gráfico 23. Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, segundo tipo de serviço. Ponta Grossa, 2017 a 2020.



Fonte: Gerência de Controle e Avaliação.

Ponta Grossa iniciou as primeiras sistematizações do cuidado em Saúde Mental, no final da década de 80 ofertando os serviços do Ambulatório em 1989, neste contexto, foi sendo estruturada uma rede de serviços, sendo composta a partir de 2004 com a implantação do CAPS ad, em 2006 do CAPS II e em 2012 do CAPS ij.

2.5.2.3. Atenção a Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

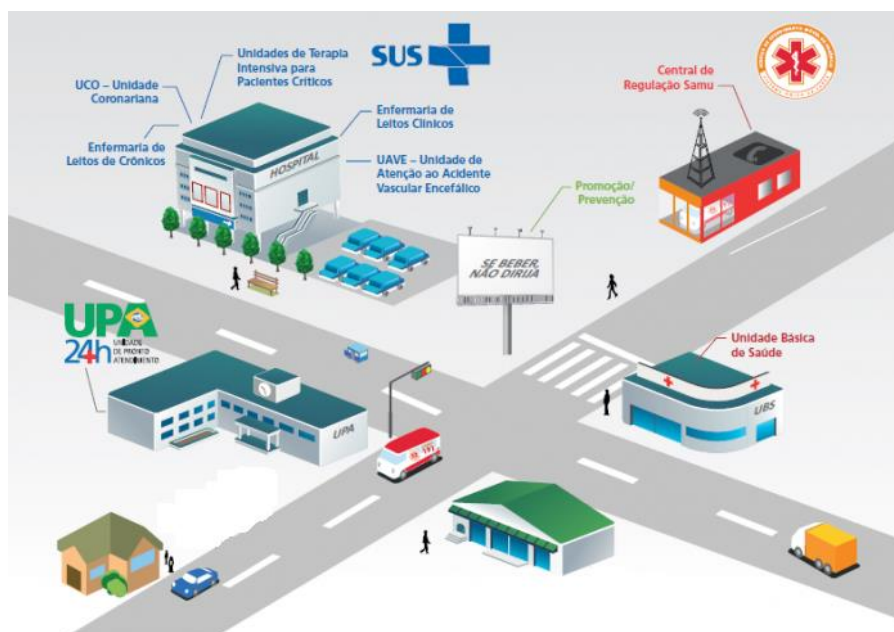
A Rede de Urgência e Emergência busca acolher aqueles cidadãos com problemas de saúde que necessitam de atendimento imediato, e que, provavelmente o atraso dessa assistência causará agravo na condição do usuário. Para isso eles se organizam em um arranjo composto por:

– Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e demais serviços 24h;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Hospitais voltados ao atendimento de urgências na grade de referência.

Os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas.

Figura 17. Rede de Urgência e Emergência



a) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades de Saúde e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares que prestam atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestam o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Também inovam ao oferecer estrutura simplificada – com raio-x, eletrocardiografia, laboratório de exames e leitos de observação.

Inaugurada em setembro de 2014, a UPA Santa Paula, é um grande suporte no atendimento de urgência e emergência do município, sendo que até o ano de 2020 realizou mais de 600 mil atendimentos. No maior período pandêmico, acolheu mais de 21 mil pacientes com suspeita de covid-19, sendo responsável pelo principal ponto de apoio no acolhimento dos pacientes com sintomas respiratórios.

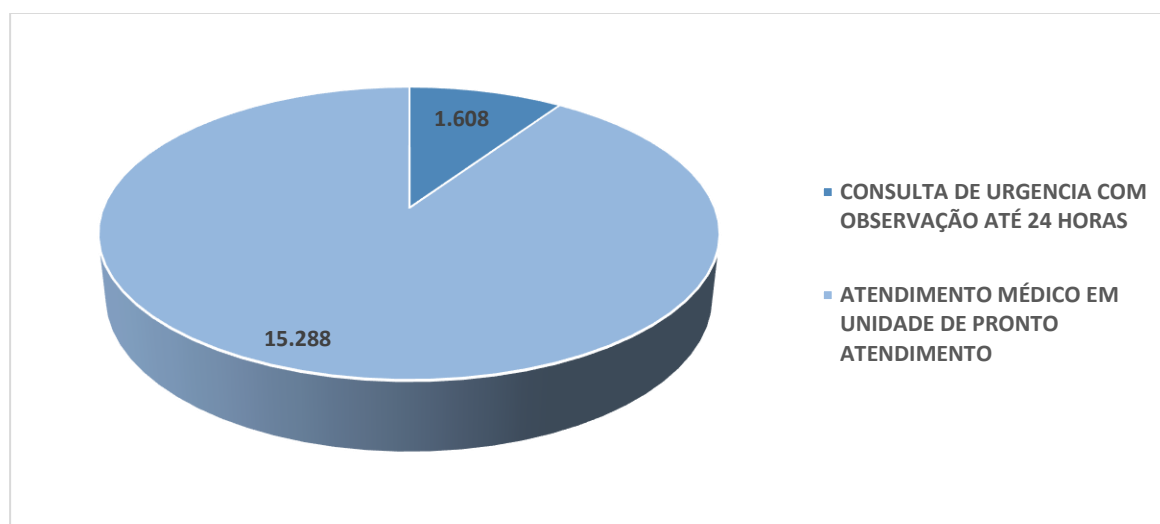
Tabela 36. Número de atendimentos por ano, UPA Santa Paula. Ponta Grossa, 2014-2020.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Consulta de urgência com observação até 24 horas	2.998	7.202	7.387	6.523	6.856	6.741	3.278
Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento	26.204	113.795	117.900	105.951	108.674	112.306	62.178

Fonte: Gerência de Controle e Avaliação.

O município conta ainda com a UPA Santana, que foi colocada em funcionamento em 14 de março de 2021, para dar cobertura aos demais agravos e ocorrências da urgência e emergência, uma vez que a outra unidade estava atendendo exclusivamente pacientes suspeitos de Covid. Atualmente conta com 166 profissionais concursados e complemento de escala com profissionais de serviço terceirizado.

Gráfico 24. Número de atendimentos por ano, UPA Santana. Ponta Grossa, 2021.



Fonte: Gerência de Controle e Avaliação. Dados preliminares até agosto de 2021.

b) Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192)

O SAMU é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

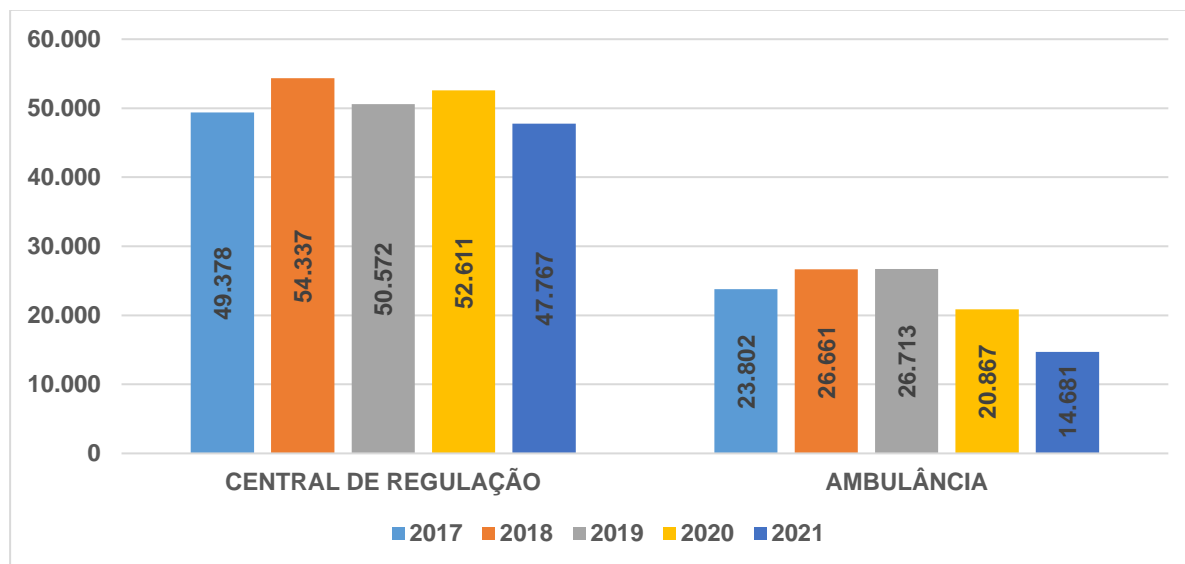
A Central de Regulação das Urgências, é a estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

Ao discar o número 192, o cidadão estará ligando para uma central de regulação que conta com profissionais de saúde e médicos treinados para dar orientações de primeiros socorros por telefone. São estes profissionais que definem o tipo de atendimento, ambulância e

equipe adequado a cada caso. Há situações em que basta uma orientação por telefone. O SAMU 192 atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública, ou seja, através do telefone 192 o atendimento chega ao usuário onde este estiver.

O SAMU está ativo em Ponta Grossa, desde o dia 9 de novembro de 2005, com uma equipe de cerca de 150 funcionários, entre servidores públicos e terceirizados. Possui em seu quadro: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas, auxiliares de enfermagem, condutores socorristas, telefonistas, rádio operador, assistentes administrativos e zeladores.

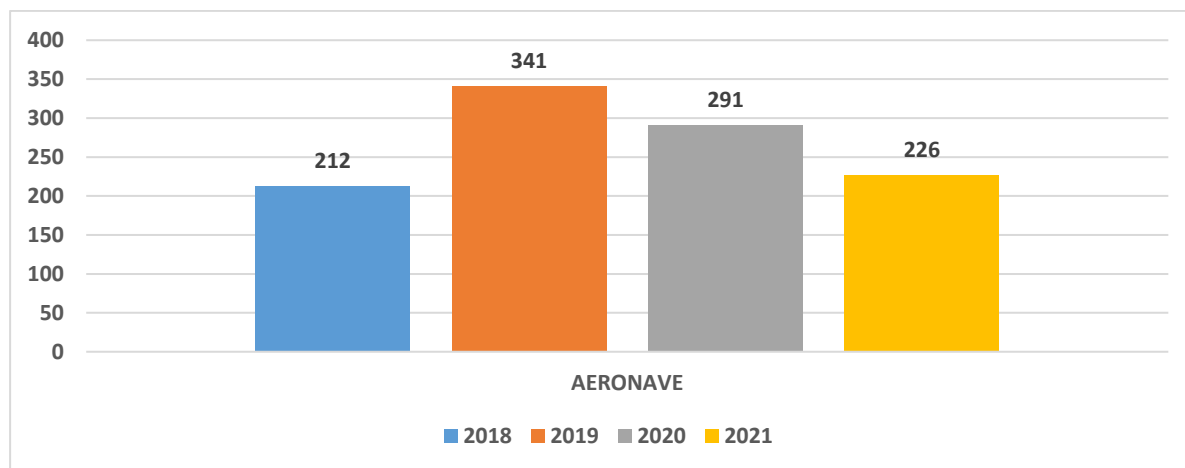
Gráfico 25. Número de atendimentos e Ano atendimento. Ponta Grossa, 2017 – 2021.



Fonte: Controle e Avaliação. Dados preliminares até agosto de 2021.

A partir de 19 de março de 2018 foi ativado em Ponta Grossa as atividades do aeromédico, através da Base Campos Gerais do Batalhão da Polícia Militar de Operações Aéreas (BPMOA), denominada de Comandante Luiz Carlos Dell’Aglío, atendendo cerca de 57 municípios, o serviço de urgência e emergência. A base aeromédica de Ponta Grossa, é feita pela equipe do SAMU, médicos e enfermeiros e com os pilotos do BPMOA, e o custeio da aeronave, de combustível e manutenção, é bancado pela SESA.

Gráfico 26. Número de atendimentos e Ano atendimento. Ponta Grossa, 2017 – 2021.



Fonte: Controle e Avaliação.

c) Grade de referência por Especialidade

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência são detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, para fins de estabelecer a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU e a oferta da atenção necessária em cada momento.

No atendimento de urgência, fica clara a importância da Regulação, permitindo a adequação das ofertas às necessidades mais imediatas. Para isso, foi construída a Grade de Referência, garantindo uma rede assistencial específica, com atendimento nas diversas complexidades, respeitando as pactuações existentes entre os prestadores hospitalares, bem como o grau de complexidade existente para o atendimento de urgência em cada município.

Tabela 37. Grade de Referência Regional.

ESPECIALIDADE	HOSPITAL	3ªRS
Cardiologia Intervencionista e Cirurgia Cardíaca	Associação Hospitalar Bom Jesus	X
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	HONPAR – Arapongas	
IAM (atendimento primário)	Associação Hospitalar Bom Jesus	X
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	Santa Casa de Irati	
Cirurgia Vascular	Associação Hospitalar Bom Jesus	X
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	HONPAR – Arapongas	
Doença Renal Crônica	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	Santa Casa de Irati	
Neurologia/AVC isquêmico	Associação Hospitalar Bom Jesus	X
	HU Regional dos Campos Gerais	X
TCE leve	Hospital Municipal Amadeu Puppi	X
	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Associação Hospitalar Bom Jesus	X
	Instituto Dr. Feitosa	
	Santa Casa de Irati	
Neurocirurgia / AVC Hemorrágico, TCE Moderado a grave	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	Hospital N. S. Do Rocio	X
Traumato-Ortopedia	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi	X
	Hospital Municipal Carolina Lupion	X
	Santa Casa de Irati	
	Instituto Dr. Feitosa	
Cirurgia Geral	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X
	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi	X
	Santa Casa de Irati	
	Instituto Dr. Feitosa	
Hemorragia Digestiva	HU Regional dos Campos Gerais	X
Oncologia	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	X*
	Hospital N. S. Do Rocio	

Hematologia Oncológica	Hospital Angelina Caron	X
SRAG	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Santa Casa de Irati	X
	Hospital Regional de Telêmaco Borba	X
Cirurgia Pediátrica	HU Regional dos Campos Gerais	X
	Hospital N. S. Do Rocio	X
Infectologia	HU Regional dos Campos Gerais	X

* Na Oncologia, os municípios da 3RS que são pactuados com o H. N. S. do Rocio: Palmeira, São João do Triunfo e Porto Amazonas.

Fonte: 3ª Regional de Saúde. Seção de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria.

Ponta Grossa é uma das poucas cidades do Paraná que possui um hospital de gestão municipal. O hoje nominado Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi, foi instituído dia 09 de dezembro de 1991, pela Lei nº. 4659/1991 como Fundação Municipal Pronto Socorro, vinculada a então Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social.

Atualmente o Hospital Municipal está em fase de transição dentro da Rede de Urgência e Emergência tendo seus serviços pautados dentro da Grade de Referência Regional, através dos atendimentos elencados na tabela 37 acima.

2.5.2.4. Atenção Secundária

Em seu escopo que 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 procedimentos e consultas ambulatoriais especializados, ações especializadas em odontologia, radiodiagnóstico, exames, fisioterapia, próteses e órteses.

Na perspectiva de garantir a integralidade na assistência à saúde, a rede especializada é formada por serviços próprios do município, Estado e serviços contratados e cujo acesso é feito por indicação da Atenção Básica e medida pela Central de Regulação.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade, atuando no atendimento ambulatorial especializado, com suporte à Atenção Primária, e em casos que não são de urgência e emergência.

O foco da Atenção Secundária é dar suporte aos pacientes referenciados da Atenção Primária, que serão atendidos pelos médicos e profissionais especialistas, sendo necessário que essas consultas sejam estratificadas na Atenção Primária, através da inserção do encaminhamento para consulta especializada no sistema de regulação SISREG.

Está organizada com a seguinte estrutura:

a) Centro Municipal da Mulher: Ambulatório Gestação Alto Risco (consultas, cardiocografia); Ambulatório Ginecologia (consultas, colposcopias, cauterizações químicas/elétricas, inserção e retirada de DIU, CAF, procedimentos de curetagem ginecológica); Ambulatório fisioterapia uroginecologia preventiva e corretiva; Consultório de fisioterapia para RN's de risco; Planejamento Familiar consulta do Serviço Social para conclusão e conferência dos Processos para o procedimento de Laqueadura e Vasectomia; Odontologia.

- b) Centro Municipal de Especialidades: Consultas especializadas em oftalmologia, pneumologia, ortopedia, fonoaudiologia, angiologia/vascular, otorrinolaringologia, endocrinologia e neurologia; Exames de mapeamento de retina, eletrocardiograma;
- c) Fisioterapia: Compreende o tratamento fisioterápico em clínicas credenciadas, com recursos eletroterápicos, termoterápicos, fototerápicos e cinesioterápicos em pacientes que necessitam conforme patologia e após avaliação do mesmo.
- d) Atendimento Domiciliar: Equipe atendimento domiciliar (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutricionista e quando da necessidade no atendimento a auxiliar de dentista acompanha para orientações e em casos de feridas uma enfermeira também acompanha)
- e) Ambulatório de Nutrição: Consultas.
- f) Centro Municipal de Órteses e Próteses: Bolsas de ostomias; Alimentação enteral; Fraldas; Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.
- g) Centro Especializado em Odontologia: Radiografias; Tratamento de Nevralgias faciais, obturação de dente decíduo, obturação em dentes permanentes, raspagem coronaradicular, reembasamento e conserto de prótese, excisão e sutura de lesão na boca, correção de bridas musculares, curetagem periapical, exodontia múltipla, gengivoplastia, remoção de dente retido, tratamento cirúrgico periodontal e prótese total mandibular e maxilar.
- h) Laboratório: o Laboratório Geral Dr. Alfredo Berger constituído em 1997, está localizado na Rua Engenheiro Schamber, 666, é responsável pela elucidação diagnóstica, acompanhamento e monitoramento das amostras coletadas através de toda a rede, nos diversos serviços do município de Ponta Grossa, sendo mais de 50 pontos de atendimentos, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Municipal, Centro Municipal de Especialidade e da Mulher, Ambulatório de Saúde Mental e também o Hospital Regional sobre os mutirões de cirurgias. O laboratório tem inúmeros equipamentos e tecnologias para diagnósticos precisos, totalizando uma demanda de atendimentos de mais de um milhão de exames por ano. São procedimentos desde cultura de urina, coagulograma, teste de tolerância a glicose, curva glicêmica, carga viral, dosagem de colesterol, dosagem de triglicérides, hemograma completo, exames bioquímicos, exames hematológicos e hemostasia, exames microbiológicos, entre outros.

2.5.2.5. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população.

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

Coordenação de Vigilância Epidemiológica - conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.

Coordenação de Vigilância Sanitária - conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

Tabela 38. Número de Inspeções Sanitária. Ponta Grossa, 2017 – 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
INSPEÇÃO SANITÁRIA	10253	8085	5561	2605	977

Fonte: Controle e Avaliação. No período de 2020 as licenças sanitárias foram prorrogadas por conta da pandemia. Prévia de 2021 até agosto.

Coordenação de Imunização - proporciona melhor qualidade de vida à população, prevenindo doenças. O calendário Nacional de Imunização contempla crianças, adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas. São 19 vacinas disponibilizadas na rotina de imunização, cuja proteção inicia ainda nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida. O Programa Nacional de Imunizações oferta 45 imunobiológicos diferentes para a população, com campanhas anuais para atualização da caderneta de vacinação.

Coordenação de Zoonoses - é responsável pela execução das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, como: raiva, leishmaniose, leptospirose, febre maculosa, febre amarela, dengue, chikungunya, zika, toxoplasmose, complexo teniose/cisticercose, esporotricose, doença de chagas, entre outras; faz orientação e o monitoramento de animais sinantrópicos a população; Atualmente o setor realiza a coleta e captura de animais das ruas, envolvidos em atropelamentos e/ou feridos, bem como no controle da natalidade destes; as Arboviroses são prioridade visto que apresentam impacto significativo na saúde pública.

Coordenação do Programa de IST/AIDS – o Programa Municipal de Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais está vinculado a Vigilância em Saúde, e atua na implementação das políticas públicas de prevenção e controle das ISTs, educação em saúde, distribuição de materiais e insumos de prevenção. Possui participação ativa, baseada na intersetorialidade da rede municipal e saúde suplementar. As ações desempenhadas pelo programa têm por objetivo favorecer a equidade no acesso à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Subdivide-se em: Serviço de Assistência Especializada – SAE. Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. Farmácia Especializada.

2.5.2.6. Assistência Farmacêutica

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

A Lei Orgânica da Saúde, 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em seu artigo 6º, elencou a assistência terapêutica integral,

incluindo a farmacêutica, como ação de execução do SUS, bem como a formulação da política de medicamentos.

A Lei Federal 12.401, de 28 de abril de 2011, visando alterar a Lei nº 8.080 e dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, legitima, em seu artigo 19º, que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

A partir da Lei Federal 13.021, de 08 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, foi definido, em seu artigo 2º, a AF como o conjunto de ações e de serviços que visam assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

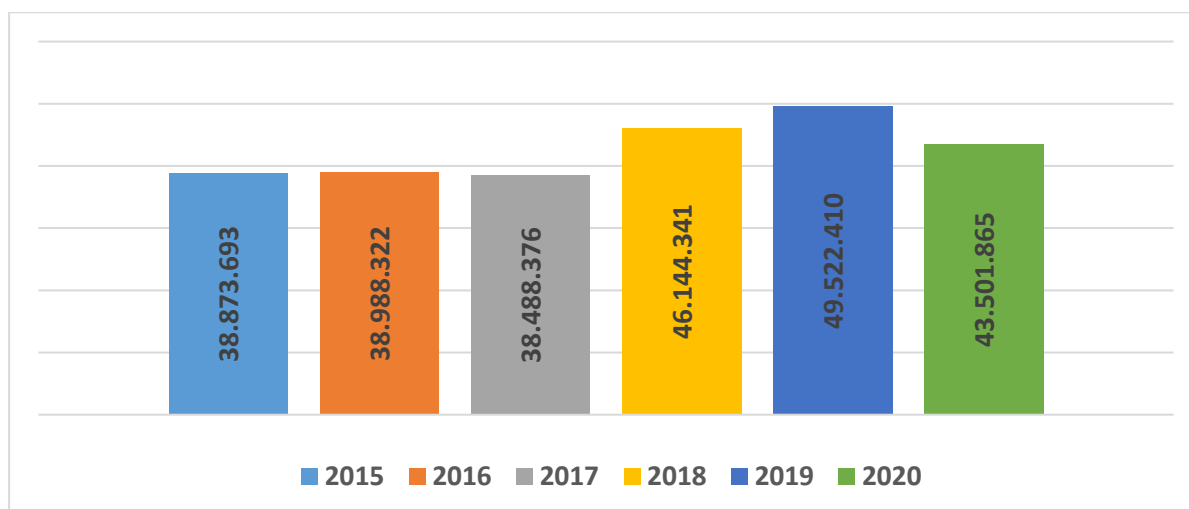
O artigo 3º da legislação supracitada ainda define a Farmácia como uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar AF, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, etc., legitimando, em seu artigo 5º, que as farmácias de qualquer natureza requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei. Ainda garante, através do artigo 4º, que é responsabilidade do poder público assegurar a AF de acordo com os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

O financiamento da Assistência Farmacêutica Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. É definido no Componente Básico do Bloco de Financiamento da AF, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017; na Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017; na retificação da Portaria GM/MS nº 2.001/2017, publicada no D.O.U nº 36, de 22/02/2018 e na Portaria GM/MS nº 3.193, de 09/12/2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017.

Os recursos federal e estadual são transferidos ao Consórcio por meio de convênio celebrado entre SESA-PR, Consórcio e Fundação Municipal de Saúde (FMS).

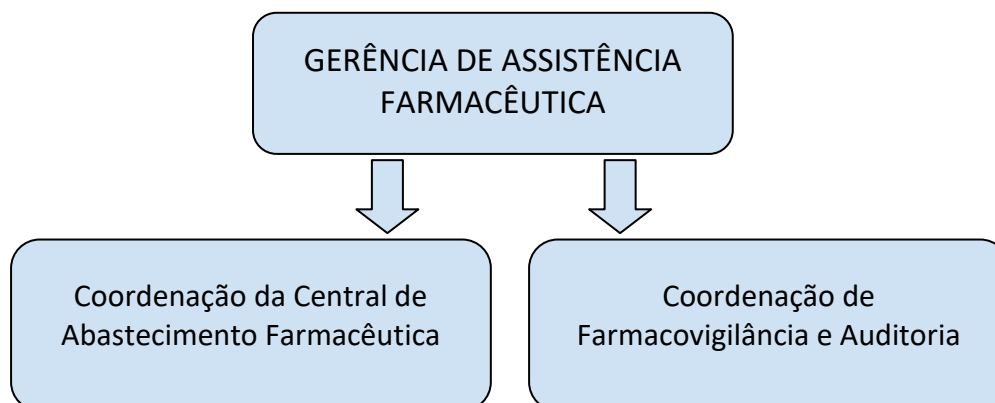
A estruturação da AF é um dos grandes desafios, uma vez que as ações desenvolvidas não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo para a sua implementação a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera do ciclo da AF, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos, acompanhamento farmacêutico, farmacovigilância, e a inserção efetiva da AF como uma ação de saúde.

Gráfico 27. Número de medicamentos distribuídos. Ponta Grossa, 2015-2020.



Fonte: Sistema de Gestão Tasy - Philips

A Gerência de Assistência Farmacêutica está pautada em 2 eixos estruturais: técnico gerencial e técnico assistencial, contando com duas Coordenações:



Fonte: Gerência de Farmácia.

1. Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF): responsável pelo recebimento, armazenagem e distribuição de medicamentos adquiridos pelo município, realizando a gestão de abastecimento em todas as suas etapas;
2. Farmacovigilância e Auditoria: parte do eixo técnico assistencial, responsável pela elaboração de protocolos, procedimentos operacionais padrão – POP, controle de estoque das farmácias, capacitação, operacionalização do programa informatizado e todas as atividades da farmacovigilância, como: detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos.

Atualmente, a Gerência de Assistência Farmacêutica da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa conta com:

- 10 Farmácias, com presença de profissional farmacêutico, promovendo dispensação de medicamentos da lista básica, medicamentos de controle especial, insulinas e insumos para otimização do tratamento para diabetes, acarretando em uma

cobertura de 22% de cobertura de Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde;

- 3 Farmácias Centrais regionalizadas, com a presença de profissionais farmacêuticos, realizando a dispensação de medicamentos de controle especial, insulinas e insumos para otimização do tratamento para diabetes;
- 40 pontos de distribuição de medicamentos, sem a presença de profissional farmacêutico, atendendo as demandas de medicamentos de lista básica;
- 1 Farmácia Especializada, com a presença de profissional farmacêutico e dispensando medicamentos referentes aos Programas Especiais;
- 2 Farmácias Hospitalares, com presença de profissionais farmacêuticos.

Para o avanço da AF no município, a Assistência Farmacêutica está sendo planejada buscando a inserção do profissional farmacêutico em todos os pontos de distribuição de medicamentos. Tem-se como proposta iniciar pelas Unidades de Estratégia Saúde da Família com 2 ou 3 Equipes de Saúde, partindo do pressuposto que o território é definido e a responsabilidade do profissional farmacêutico fica atrelada a uma população fixa, mantendo o vínculo e proporcionando dispensação com adesão ao tratamento, gestão do caso, orientação farmacêutica aos grupos e à demanda espontânea, seguimento farmacoterapêutico, farmacovigilância e implementação de grupos operativo-educativos.

2.5.2.7. Controle e Avaliação

O Controle e Avaliação são processos inerentes à função de gestão, voltados para os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde.

Conforme definições emanadas da NOAS 01/2002, o controle e avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS, compreendem o “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

Controle - Consiste no monitoramento de processos (normas e eventos), com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda.

Avaliação - Trata da análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos para o Sistema de Saúde.

Atribuições do Controle, Regulação e Avaliação:

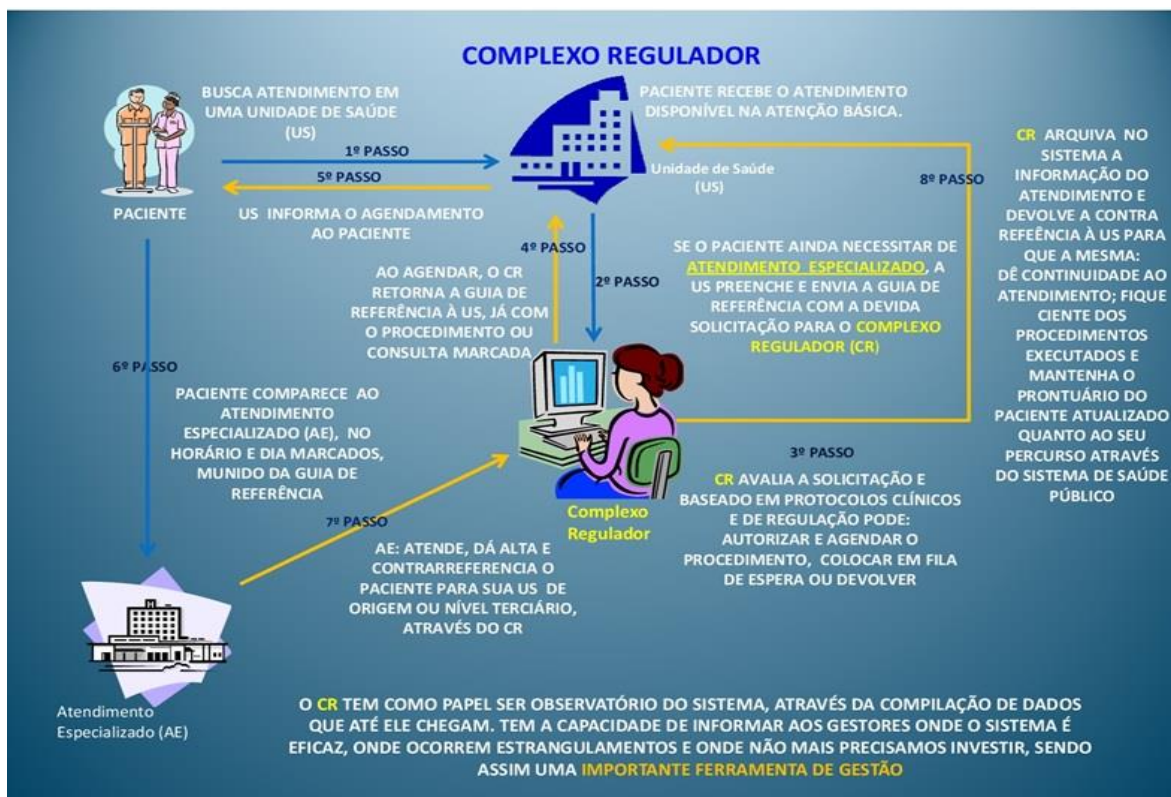
- atualizar, acompanhar e avaliar o sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos prestadores de serviço próprio, conveniado ou contratado do SUS;
- manter atualizadas as fichas de programação física e orçamentária dos serviços;
- aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;
- acompanhar e avaliar a execução físico/financeira dos contratos pertinentes à Regulação;

- acompanhar o envio mensal dos bancos de dados de produção ambulatorial e hospitalar, identificando atrasos e notificando quando necessário;
- identificar as distorções dos dados observados durante a conferência e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- realizar demais atividades correlatas solicitadas pela gestão municipal, da qual possua conhecimento e informações para participação efetiva e colaborativa;
- realizar de acordo com as normas e roteiros específicos as supervisões programadas e especiais, emitindo relatórios conclusivos;
- implementar auditoria assistencial para avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- estabelecer interface entre os diversos setores e departamentos da rede de saúde.

Através do Decreto nº 14.760, de 21/08/2018, foi instituída a Política Municipal de Regulação do Sistema Municipal de Saúde de Ponta Grossa. O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso.

Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Fundação Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Figura 18. Fluxo do Complexo Regulador.



O Sistema de Regulação – SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos ambulatorial e hospitalar que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário. As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento.

2.5.2.8. Gerência de Qualidade e Performance

Gestão da Qualidade é um conjunto de estratégias e ações adotadas de forma coordenada e sistematizada com o objetivo de melhorar de forma contínua seus serviços e processos. É interessante ressaltar que essa gestão não se concentra apenas na parte interna da gestão: ela se estende a toda cadeia produtiva, envolvendo fornecedores, parceiros e colaboradores.

O conceito de Gestão de Performance é composto pela mensuração do desempenho com indicadores, o acompanhamento das metas e gerenciamento da equipe, além disso, também inclui o planejamento das estratégias que direcionam para a alta performance e na melhoria da entrega de resultados.

A gestão de performance é definida por ser uma metodologia que realiza o alinhamento dos recursos, com as pessoas e suas competências para elevar a produtividade e assim alcançar os objetivos e desenvolver estratégias de melhorias mais assertivas.

Ou seja, é um conjunto de processos que visa estabelecer metas e indicadores para avaliar e mensurar o desempenho dos colaboradores em relação as diretrizes traçadas no Planejamento de Metas. A finalidade da gestão de performance é medir a qualidade e eficiência, incentivar a alta performance e verificar os riscos.

Os indicadores são ferramentas essenciais para a identificação de erros, auxiliar na Avaliação de Performance e na tomada de decisões e o propósito é justamente criar a cultura da alta performance e a motivação para elevar os resultados.

Coordenação da Sala de Situação em Saúde - consiste numa consolidação de dados em saúde de base municipal voltada para consulta pública e de interesse de múltiplos atores, tanto dos gestores e técnicos municipais quanto dos profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e cidadãos.

Coordenação da Qualidade e Segurança do Paciente - significa a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários, durante a atenção à saúde. Ela é composta por estratégias que buscam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de eventos adversos decorrentes das práticas de atenção em saúde associadas ao cuidado.

Coordenação de Planejamento e Projetos - efetua a captação de recursos financeiros para a FMS, onde são realizadas as buscas por recursos no Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde a fim de concretizar projetos/obras de infraestrutura, saúde, entre outros. Acompanha o desenvolvimento de todos os repasses, participando da elaboração dos planos de trabalho, anexando à documentação necessária para celebração dos convênios, cadastrando e enviando as propostas para os órgãos responsáveis e acompanhando ainda a liberação dos recursos, até a prestação de contas e conclusão do projeto/obra. Articular, coordenar e auxiliar na elaboração dos instrumentos básicos de gestão – Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão, bem como condução do processo de aprovação destes instrumentos junto aos órgãos competentes e inclusão nos sistemas do Ministério da Saúde.

Coordenação de Tecnologia e Informação (TI) - coordena as atividades das equipes de TI, avalia e identifica soluções tecnológicas para otimizar os processos, planeja projetos de implantação de sistemas e acompanha as necessidades da gestão; coordena as atividades de gestão das plataformas computacionais, de rede de dados interna e externa; planeja e coordena a implementação, a utilização e a manutenção dos sistemas computacionais; supervisiona a prestação de suporte técnico aos usuários na instalação, utilização e operação dos recursos computacionais e de alto desempenho, de forma a dar continuidade às atividades finalísticas; coordena e fiscaliza o desenvolvimento e a implementação de sistemas, desenvolvidos e de terceiros; gerencia o sistema de segurança da informação para a proteção de dados.

2.5.2.9. Gerência Administrativa e Financeira

Financiamento do SUS

Os recursos para financiar o Sistema Único de Saúde são provenientes dos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O financiamento da saúde tem se configurado um dos maiores desafios a gestão do SUS. Na atual conjuntura e diante das mudanças demográficas, do perfil epidemiológico, caracterizado pelo surgimento de novas e o agravamento de antigas doenças, dos avanços tecnológicos e farmacêuticos, os recursos para atender as necessidades de saúde da população não têm se mostrado suficientes.

O repasse financeiro dos recursos do SUS é feito diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos dos Estados e para os fundos dos Municípios, ou de forma complementar, dos FES para os Fundos Municipais. Essa modalidade de transferência é chamada de repasse fundo a fundo. A saúde de Ponta Grossa vem sendo financiada por repasses de recursos do Tesouro Municipal, Recursos Estaduais e de transferências Fundo a Fundo do Ministério da Saúde.

A Lei Complementar 141/2012 define os valores mínimos de recursos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados e municípios na saúde na seguinte ordem:

- Recursos da União: o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual. Caso a variação do PIB no período seja negativa, esta não poderá ser deduzida do Orçamento para a Saúde. Esse repasse não pode ser inferior a 15% da arrecadação anual;
- Recursos Estaduais e do DF: no mínimo, 12% do valor arrecadado através dos impostos;
- Recursos Municipais e do DF: no mínimo, 15% do valor arrecadado através dos impostos.

Tabela 39. Valor e percentual de recursos financeiros, segundo tipo de fonte de financiamento. Ponta Grossa, 2013-2020.

Exercício	Tesouro Municipal	%	Outros Recursos Federal e Estadual	Total
2013	81.775.599,88	23,51	43.874.057,69	125.649.657,57
2014	93.829.289,83	24,80	64.232.342,61	158.061.632,44
2015	116.682.103,79	28,70	64.739.652,27	181.421.756,06
2016	117.514.249,34	25,50	61.997.553,56	179.511.802,90
2017	132.997.886,54	22,87	68.600.792,01	201.598.678,55
2018	139.886.629,96	26,04	85.109.228,87	224.995.858,83

2019	138.687.163,30	22,57	59.904.028,28	198.591.191,58
2020	141.776.244,81	19,46	108.344.203,74	250.120.448,55

FONTE: SIOPS, Paraná

A área administrativa e financeira, é composta por diferentes profissionais e atribuições, que compõem os serviços burocráticos da Fundação Municipal de Saúde sendo eles:

Financeiro e Orçamentário: coordenar, dirigir e supervisionar os assuntos relativos à contabilidade, executando e registrando os atos e fatos da gestão orçamentária, financeira e patrimonial; controlar o fluxo orçamentário, financeiro e contábil dos Fundos vinculados; autorizar as ordens de pagamentos; elaborar os demonstrativos financeiros; propor alterações orçamentárias de acordo com a necessidade; assinar empenhos, balancetes, balanços e Relatórios de Gestão Fiscal e de Execução Orçamentária; manifestar-se, nos processos de efetivação de despesas de alienação, cessão ou recebimento de bens, direitos e obrigações, que envolvam execução orçamentária ou extra-orçamentária, bem como definir a classificação contábil da despesa; acompanhar o repasse dos recursos financeiros necessários à execução das metas anuais; elaborar o cronograma financeiro de desembolso mensal e anual; autorizar pagamentos de pessoal, fornecedores, prestadores de serviços, e seus encargos; emitir ordens de pagamentos e cheques, gerenciando os recursos em contas correntes vinculadas; efetuar, quando devido e mediante autorização da autoridade competente, o pagamento de diárias e/ou ressarcimentos de despesas de membros e servidores; elaborar a prestação de contas da Fundação Municipal de Saúde dentro dos prazos legais; coordenar a elaboração de balancetes e o Balanço Geral do FMS e seus Fundos; participar da elaboração de atos ligados às normas de execução orçamentária, financeira e contábil; autorizar a transmissão das ordens bancárias; estudar permanentemente o sistema orçamentário da FMS, propondo as devidas alterações em função de novas necessidades de atualização e aumento da eficiência; analisar pedidos de anulação e suplementação de dotações orçamentárias, emitir parecer sobre eles e, posteriormente, remetê-lo ao Coordenador-Geral para aprovação;

Suprimentos: planejar a renovação dos registros de preços, para que não haja desabastecimento de materiais expediente, materiais construção, materiais de limpeza, materiais médico-hospitalares e medicamentos; revisar as requisições de compras e de mapas de preços, para que não haja erros na descrição do objeto, valores, quantitativo e local de entrega; requisitar a notificação das empresas que estão em atraso na entrega do material descrito nos empenhos; acompanhar o recebimento das notas fiscais e encaminhar para pagamento.

Contratos e Convênios: assessorar na elaboração de Projetos Básicos visando a contratação de prestação de serviços; realizar o controle dos contratos e convênios, quanto à vigência, necessidade de adaptação e de aditivos; assessorar na elaboração de projetos básicos para editais de credenciamento de serviços específicos; diligenciar junto ao Departamento de Compras, visando sempre a regularidade da licitação, e a maior lisura aos certames, atendendo sempre as exigências da legislação em vigor.

Almoxarifado / Patrimônio: receber dos fornecedores suprimentos adquiridos pela FMS coordenando o controle de confrontação do empenho/nota fiscal, bem como conferir a quantidade, qualidade e especificações; organizar a estocagem visando: preservar a higiene, integridade física e condições de uso dos materiais; manter controle de estoque (entradas e saídas), inventariando o estoque físico; suprir em até 48 horas úteis, as requisições dos usuários enviadas pelo sistema de gestão adotado pela FMS, inventariar os bens permanentes da FMS, utilizando dos sistema de controle propostos.

Infraestrutura, Transporte e Manutenção: coordenar e controlar as atividades dos servidores de manutenção e transporte; manter registros que permitam o controle individual das

despesas com veículos; fiscalizar a execução de serviços de manutenção corretiva de veículos nas oficinas; programar a manutenção preventiva, evitando a paralisação de veículos e prevenindo custos excessivos; providenciar a regularização dos veículos de acordo com a legislação em vigor; coordenar e controlar os trabalhos dos motoristas; autorizar o abastecimento de combustíveis e lubrificantes dos veículos, controlando e registrando o seu consumo; zelar pelo perfeito estado de funcionamento, das instalações telefônicas, elétricas, hidráulicas, os equipamentos para prevenção de incêndios; promover a instalação, a troca e o remanejamento de paredes divisórias, armários modulados, balcões, painéis de cortina, acessórios para banheiro, instalação de portas e execução de pequenos reparos, montagens e desmontagem de móveis, aberturas e consertos de fechaduras em geral e outros serviços na área de zeladoria.

Gestão de Pessoas: examinar processos relativos à área de Recursos Humanos; elaborar folha de pagamento; elaborar ficha individual dos servidores; efetuar descontos legais; certificar a implementação do período de tempo de serviço para a concessão de adicionais; notificar servidores do prazo de férias; desenvolvimento do plano de carreiras, elaborar cálculos de verbas rescisórias e indenizatórias dos servidores, bem como diferenças salariais; executar outras atividades afins.

Licitações: iniciou os serviços exclusivamente na FMS, a partir de março de 2020, com as atribuições de: receber o processo administrativo da licitação, verificar se está em conformidade com os procedimentos; articular-se com os demais setores a fim de adequar convenientemente toda a documentação; escolher a modalidade e tipo da licitação, assim como, o regime de execução da contratação a ser utilizada; autuar o processo e registrar no sistema; preparar e compilar o edital com a minuta do contrato, termo de referência ou projeto básico e demais anexos; pré-analisar o edital para o setor jurídico; marcar a data da licitação; solicitar a publicação do aviso da licitação para o setor de comunicação; sugerir a comissão que conduzirá a sessão pública; elaborar termos de abertura e encerramento de volume; registrar a movimentação e a situação dos processos em andamento; julgar todos os recursos em primeira instância e subir os autos; planejar, dirigir, coordenar e executar as licitações na forma da legislação pertinente, e de acordo com a dotação orçamentária, para a contratação de serviços de fornecimento de materiais e equipamentos; deliberar atos administrativos, padronizar procedimentos, determinar controles internos; preparar os documentos dos processos de contratação direta (dispensa e inexigibilidade); fundamentação das contratações diretas; realizar pregão; conduzir as sessões públicas.

2.5.2.10. Ouvidoria em Saúde

A Ouvidoria Municipal de Saúde foi instituída através do Decreto nº 7227, de 09/05/2013, e tem por objetivos: I - propiciar ao cidadão um instrumento de defesa de seus direitos e um canal de comunicação com a administração da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa; II - atuar com ética, transparência e imparcialidade, de forma a garantir respostas às manifestações recebidas e assegurar ao cidadão oportunidade de participação na gestão pública, traduzida pela capacidade de manifestação de suas sugestões, reclamações, denúncias e elogios através de canais de contato ágeis e eficazes, com a preservação dos aspectos éticos de prioridade e confiabilidade de todas as etapas no processo das informações; III - contribuir para a melhoria dos serviços prestados pelo Município e para o combate à corrupção e atos de improbidade administrativa.

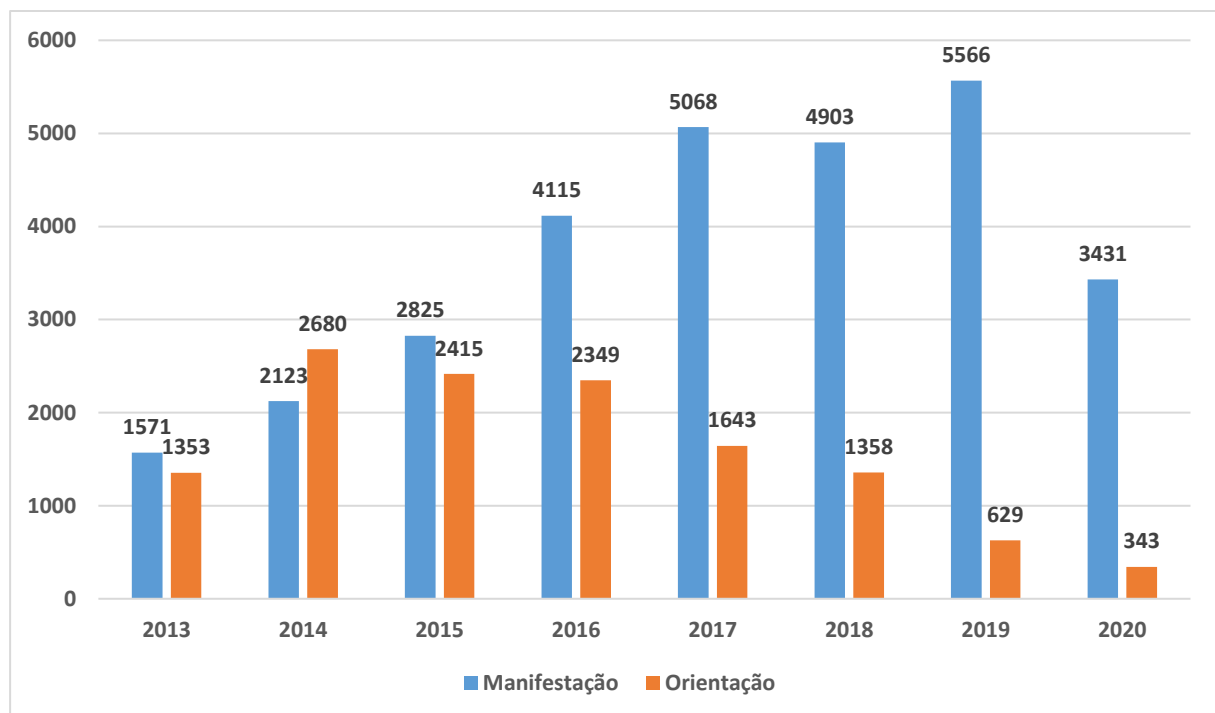
À Ouvidoria compete as seguintes atribuições:

- receber, analisar, encaminhar, acompanhar as reclamações, denúncias ou críticas, informações e sugestões apresentadas por cidadãos;

- formular e proceder às respostas aos usuários acerca das demandas, dentro dos prazos estabelecidos;
- promover ações de informação e conhecimento acerca da Ouvidoria, junto à população em geral;
- apresentar e divulgar relatórios das atividades da Ouvidoria às Ouvidorias Regionais de Saúde;
- identificar fatores que devam ser revistos e/ou melhorados, vinculados direta ou indiretamente a Secretaria Municipal de Saúde.

A Ouvidoria Municipal de Saúde funciona na sede da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, está vinculada à Fundação Municipal de Saúde e dispõe de estrutura visando à escuta dos usuários, sendo a porta de comunicação entre o cidadão e a administração pública.

Gráfico 28. Manifestações acolhidas pela ouvidoria municipal de saúde



Fonte: Ouvidoria

2.5.2.11. Educação Permanente em Saúde

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Fundação Municipal de Saúde foi criado em 2014, e em 2021 foi reestruturado comportando 2 gerências: Gerência da Escola de Saúde Pública e Gerência de Educação Permanente as quais estão subordinadas a Superintendência de Gestão em Saúde, para tanto a seguir fazemos o descritivo da estruturação de acordo com as demandas necessárias e afetas aos processos educacionais e afins da FMS.

a) Gerência da Escola de Saúde Pública (GESP) - coordenar, acompanhar e organizar as atividades da escola de saúde pública e das áreas correlatas, como os programas de pós-graduação (Residências e Especializações, Mestrados e Doutorados), Comissão Municipal de Integração Ensino Serviço, Programas de Extensão e pesquisa vinculados a instituições de ensino superior, acompanhar e prover, se necessário os processos seletivos de ingresso nas residências e especializações. Gerenciar as Atividades de Tele Saúde e Call center. Compor as Comissões afetas a escola: Comissão de residência multiprofissional em Saúde

(COREMU), Comissão Residência Médica (COREME), Comissão Municipal de Integração Ensino Serviço e Comunidade (CMIESC).

Atribuições da Coordenação de Educação à Distância dos Programas de Pós-Graduação da FMS (CEAPP) - Esta coordenação tem como função: planejar, desenvolver, acompanhar e avaliar todas as iniciativas de educação aberta e a distância desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública, bem como dispõe dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) para desenvolvimento das ações. Desenvolvimento de projetos de formação inicial e continuada de docentes, tutores e preceptores mediante o estabelecimento de parcerias com órgãos públicos e privados.

Atribuições da Coordenação Administrativa dos Programas de Residência. (CAPR) - Coordenar os processos relativos as Residências no âmbito administrativo, tais como atualização de Projetos Pedagógicos, representar e planejar o orçamento e elaborar projetos básicos para contratação de serviços de terceiros, contratualizar contrapartidas de empresas públicas e privadas que possam contribuir para o desenvolvimento de mais programas. Captar Recursos e concorrer a editais públicos a fim de implementar o orçamento das residências.

Atribuições da Coordenação de Extensão e Pesquisa (CEXP) - Coordenar, acompanhar e organizar, com ações complementares, a execução de projetos de extensão e pesquisa oriundos das IES que possuem convenio/acordo de cooperação técnica com a FMS. Avaliar, orientar e elaborar as cartas de autorização para cadastro na plataforma Brasil para fins da ética na Pesquisa conforme resolução vigente do Conselho Nacional de Saúde. Acompanhar diretamente os Projetos de extensão executados em qualquer dependência da FMS. Responsável pelo depósito de teses, dissertações e artigos que tenham interface com a FMS.

b) Gerência de Educação Permanente em Saúde (GEPS) - Executar a gestão, acompanhar e organizar as atividades da educação permanente em saúde e das áreas correlatas; Avaliar os problemas identificados por meio de processos de avaliação, facilitando a tomada de decisão estratégica e intervenções necessárias; Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos nas políticas institucionais, regimentos, regulamentos, instruções de trabalho, fluxogramas, planos, protocolos e demais documentos da Fundação Municipal de Saúde; Promover rotina de reuniões afetos ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a GEPS; Atuar em consonância e de forma colaborativa com a Gerência da Escola de Saúde Pública (GESP); Gerenciar o Núcleo Técnico de Protocolo, instituído pela Fundação Municipal de Saúde; Produzir materiais e documentos técnicos para Fundação Municipal de Saúde; Articular contatos interinstitucionais para firmar parcerias com diferentes áreas e setores, favorecendo o desenvolvimento das ações da GEPS; Assessorar as gerências e o secretário em assuntos pertinentes a educação permanente em saúde; Coordenar e supervisionar os funcionários sob sua gestão; Supervisionar estagiário quando presentes no setor de educação permanente em saúde; Levantar necessidades de treinamento e capacitação dos colaboradores.

2.5.2.12. Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa (CMS) foi instituído a partir da Lei Municipal nº 4658 em 06 de dezembro de 1991. É um órgão colegiado de caráter permanente, com funções deliberativas, de assessoramento, fiscalizadoras e consultivas nas questões referentes as ações e serviços municipais de saúde.

Conforme a Lei Municipal, o Conselho Municipal de Saúde é composto por 24 membros e respectivos suplentes, para mandato de 4 (quatro) anos a contar da data da nomeação, da seguinte forma:

- 3 (três) representantes da Administração Pública;
- 3 (três) representantes dos prestadores de serviços de saúde;
- 6 (seis) representantes dos trabalhadores de saúde;
- 12 (doze) representantes dos usuários.

Em relação à periodicidade das reuniões, ordinariamente este conselho têm reuniões quinzenais, constituindo-se em espaço de participação, discussão e encaminhamento dos diversos assuntos e demandas ligados a saúde. Conforme necessidade são marcadas reuniões extraordinárias para deliberação de assuntos de urgência.

Atualmente o CMS possui 04 Comissões Temáticas que tem por finalidade propor e acompanhar medidas que permitam implementar a Política de Saúde no município. São responsáveis por emitir pareceres e sugerir encaminhamentos respaldados em estudos específicos, atendendo as demandas. Sendo elas: Comissão de Orçamento, Programas e Projetos; Comissão de Saúde Mental; Comissão de Fiscalização e Denúncias e Comissão de Vigilância em Saúde.

As Conferências Municipais de Saúde realizadas demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS. Do ano de 1991 a 2015 foram realizadas 13 Conferências Municipais de Saúde descritas tabela 40:

Tabela 40. Série histórica de Conferências de Saúde em Ponta Grossa – 1995 a 2019.

CONFERÊNCIA	DATA	TEMA
1ª Conferência Municipal de Saúde	2 de setembro de 1995	Saúde no Município
2ª Conferência Municipal de Saúde	1997	
3ª Conferência Municipal de Saúde	14 e 15 de maio de 1999.	Saúde para o novo Milênio.
4ª Conferência Municipal de Saúde	28 e 29 de setembro de 2001.	10 anos de SUS.
5ª Conferência Municipal de Saúde	29 e 30 de agosto de 2003.	Um novo ciclo para o SUS. Uma nova fase para Ponta Grossa.
6ª Conferência Municipal de Saúde	30 de setembro e 01 de outubro de 2005.	Saúde do Cidadão – Pacto de Gestão, Responsabilidade dos três níveis de Governo e Controle Social.
7ª Conferência Municipal de Saúde	21 de julho de 2007.	Fortalecimento do Controle Social.
8ª Conferência Municipal de Saúde	31 de outubro de 2009	Ao SUS o que é do SUS.
9ª Conferência Municipal de Saúde	22 e 23 de julho de 2011	SUS, Patrimônio do Povo Brasileiro “Construindo as Redes de Atenção à Saúde”.
10ª Conferência Municipal de Saúde	26 e 27 de junho de 2015	Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas, direito do Povo Brasileiro.
11ª Conferência Municipal de Saúde	29 e 30 de março de 2019	Democracia e Saúde: luta e resistência em defesa do SUS

Fonte: Conselho Municipal de Saúde / Fundação Municipal de Saúde.



3. Diretrizes, Objetivos e Metas

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

DIRETRIZ 01 Fortalecimento e Organização da Atenção Primária					
Objetivo 1.1 Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	60%	65%	70%	75%
2	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%	70%	80%	90%
3	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	61%	62%	63%
4	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida	50%	60%	70%	80%
5	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%	55%	60%	65%
6	Proporção de crianças atendidas até 6 meses de vida com 3 consultas ou mais, sendo um atendimento no primeiro mês de vida	50%	51%	52%	53%
7	Aumentar o cadastro da população através do E-SUS (percentual total do município)	75%	80%	85%	90%
8	Ampliar o número de salas de vacinação nas Unidades de Saúde com territorialização e acessibilidade (nº total do município)	21	23	24	25
9	Promover a prevenção em Saúde Mental na Atenção Primária através da implantação de grupos de Terapia Comunitária.	2	2	2	2
10	Realizar campanha de conscientização sobre o cuidado com o patrimônio público nas comunidades.	1	1	1	1
11	Realizar campanhas de valorização e promoção de uma alimentação saudável e práticas de exercícios físicos.	1	1	1	1
12	Implementar o Programa de Tabaco nas unidades de saúde, visto que a maioria dos usuários de O2 são fumantes ou ex-fumantes. (conforme disponibilidade de medicamentos pelo Estado)	2	2	2	2
13	Desenvolver efetivas ações de incentivo, apoio e orientação da amamentação e alimentação complementar saudável para gestantes e familiares. (Agosto Dourado)	1	1	1	1
14	Número de visitas realizadas e cadastradas no E-SUS pelo ACS (nº total de cadastros no município)	420.000	425.000	430.000	435.000
15	Qualificação do cadastro individual no sistema E-SUS pelo ACS, com a correção e redução das inconsistências,	40%	35%	30%	25%
16	Percentual de realização de cadastro individual no sistema E-SUS pelo ACS	70%	71%	72%	73%
17	Número de Unidades de Saúde com grupo de gestante ativo	10	12	14	16

18	Promover ações em Saúde da Mulher, voltados a Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mama.	2	3	4	5
19	Garantir a realização dos Teste Rápido - HIV de rotina para a população em geral	12000	12000	12000	12000
20	Garantir a realização dos Teste Rápido - Sífilis de rotina para a população em geral	12000	12000	12000	12000
21	Garantir a realização do tratamento diretamente observado (TDO) nas Unidades de Saúde	80%	85%	90%	95%
22	Realizar busca do sintomático respiratório para TB nas Unidades da rede com exame laboratorial	6480	6480	6480	6480
23	Realizar ações de atendimento diferenciado com foco na população quilombola cadastrada, dentro das linhas de cuidado	6	6	6	6
24	Buscar parcerias para fomentar ações de fitoterapia na comunidade quilombola	6	6	6	6
25	Sensibilizar a rede de atendimento à saúde da mulher com relação as violências. (com vistas a integrar a rede de atendimento)	4	4	4	4
26	Implantar ações alusivas a saúde do homem na Atenção Primária	4	4	4	4
27	Realizar o cadastramento da população do assentamento, com vínculo na Unidade de Saúde Cleon de Macedo	100%	100%	100%	100%
28	Realizar ações de atendimento diferenciado com foco na população cadastrada do assentamento, dentro das linhas de cuidado	4	4	4	4

DIRETRIZ 02 Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde					
Objetivo 2.1 Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na Vigilância em Saúde					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
29	Implementar o programa Saúde do Trabalhador, compondo 2 equipes volantes durante os 4 anos para promover o monitoramento nos locais de trabalho.	1	0	1	0
30	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	95%	95%	95%	95%
31	Acompanhar a fluoretação das águas de abastecimento público através da garantia dos relatórios das amostras do heterocontrole realizadas pelo município	200	210	220	230
32	Estabelecer estratégias de prevenção para IST nas Escolas/ Colégios.	8	8	8	8
33	Percentual de beneficiários do PBF acompanhados nas condicionalidades de saúde	85%	85%	85%	85%
34	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	80%	85%	90%	90%
35	Proporção de indivíduos com diagnóstico para hepatite C tratados	95%	95%	95%	95%
36	Proporção de tratamentos de casos novos em HIV nos últimos 12 meses	80%	85%	90%	95%

37	Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	77,50%	80%	85%	90%
38	Realizar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI não vinculada ao SUS através da proporção de semanas com informação de agregado semanal de internações pelo CID J09 ao J18.	90%	90%	90%	90%
39	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	90%	90%	90%
40	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	90%	90%	90%
41	Descentralizar a digitação dos mapas de acompanhamento do PBF para as UBS	10	20	40	45
42	Fortalecimento de campanhas para esclarecimento da importância da vacinação, com ênfase às vacinas: pentavalente, tríplice viral, HPV.	2	2	2	2
43	Garantir a cura de todos os casos novos de hanseníase	100%	100%	100%	100%
44	Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos/empresas classificadas como alto risco sanitário pelo Decreto Municipal nº 17.757/2021 sujeitos a vigilância sanitária	1900	2000	2100	2200
45	Percentual de julgamento dos Processos Administrativos Sanitários - PAS	90%	91%	92%	93%
46	Realizar análise e aprovação de projetos básicos de arquitetura - PBA	300	310	320	330
47	Realizar ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos notificados de relevância para saúde pública	80%	81%	82%	83%
48	Registrar no SINAP (Sistema de Informações de Animais Peçonhentos) os exemplares encaminhados a zoonoses	100%	100%	100%	100%
49	Realizar 4 ciclos de LIRAA/ano	100%	100%	100%	100%
50	Desenvolver ações de promoção em saúde, através da Coordenação de Zoonoses, em parcerias com outras secretarias	2	2	2	2

DIRETRIZ 03	Fortalecimento da Atenção Secundária				
Objetivo 3.1	Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na Atenção Secundária				
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
51	Garantir o atendimento fisioterápico para a rede municipal do SUS, através da publicação de edital de credenciamento para clínicas de fisioterapia.	1	1	1	1
52	Garantir o atendimento da demanda de exames laboratoriais da FMS	100%	100%	100%	100%

53	Realizar o atendimento aos pacientes ostomizados/incontinentes urinários e/ou fecal do município de Ponta Grossa, conforme Lei Municipal nº Fraldas 12978/2017, Dietas 12977/2017	100%	100%	100%	100%
54	Realizar a oferta de consultas do Centro Municipal de Especialidades, conforme profissionais já estabelecidos/concursados. Sendo a oferta conforme quantitativo de médicos por consulta hora (3 consultas hora entre iniciais e retorno)	13024	13050	13100	13150
55	Garantir o agendamento de 02 exames de ultrassom obstétricos por gestante, conforme Protocolo Municipal de Pré-Natal de Baixo Risco.	100%	100%	100%	100%
56	Realizar a oferta de consultas ginecológicas especializada no Centro Municipal da Mulher. Sendo a oferta conforme quantitativo de médicos por consulta hora (3 consultas hora entre iniciais e retorno)	3500	4000	4500	5000
57	Realizar o atendimento de pacientes através da Equipe Multiprofissional de Apoio (Atenção Domiciliar)	600	610	620	630
58	Realizar a oferta de consultas de atendimento Odontológico Especializado (CEO) - inicial e retorno	5500	5700	6000	6300
59	Realizar a oferta de atendimento na radiologia odontológica - CEO	3800	4000	4200	4500
60	Atualizar e instituir Protocolo de Atendimento Odontológico Especializado	1	0	0	0
61	Oferta de prótese odontológica - CEO	400	420	440	460

DIRETRIZ 04		Fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência			
Objetivo 4.1		Trabalhar as principais linhas de cuidados na Rede de Urgência e Emergência (RUE)			
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
62	Padronizar e atualizar protocolo de acolhimento e classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento - UPA	1	1	1	1
63	Número de capacitações realizadas - UPA e SAMU para habilitação e qualificação junto ao Ministério da Saúde - Educação Permanente	12	12	12	12
64	Realizar o acolhimento dos pacientes com Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento, conforme descrição do procedimento no SIGTAP	202.500	202.500	202.500	202.500
65	Realizar atendimento médicos nas Unidades de Pronto Atendimento após classificação de risco, registrando os dados de acordo com a tabela SIGTAP	202.500	202.500	202.500	202.500

66	Elaborar e atualizar protocolos clínicos, padronizando as principais linhas de cuidado (traumatologia, cardiovascular, cerebrovascular) na Rede de Urgência e Emergência da FMS	3	3	3	3
67	Viabilizar uma segunda porta de atendimento infantil 24h	0	1	0	0

DIRETRIZ 05 Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica					
Objetivo 5.1 Monitorar a cobertura de Assistência Farmacêutica nos serviços da FMS					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
68	Cobertura de assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde na área urbana	28%	34%	40%	46%
69	Assistir a população com medicamentos básicos da REMUME	90%	91%	92%	93%
70	Implantar a Farmacovigilância, com notificação de eventos notificáveis	10	15	20	25
71	Realizar inventário e auditoria nas Unidades de Saúde que dispensam medicamento	4	6	8	10
72	Realiza evento sobre Assistência Farmacêutica e Uso Racional de Medicamentos	1	1	1	1

DIRETRIZ 06 Fortalecimento da Política de Saúde Mental					
Objetivo 6.1 Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes que atuam nos serviços de Saúde Mental					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
73	Implementar ações de promoção e prevenção em Saúde Mental na Atenção Primária	6	8	10	12
74	Ampliar ações de matriciamento em Saúde Mental nas Unidades de Saúde e Urgência e Emergência	120	125	130	135
75	Implantar programa de prevenção e cuidado em saúde mental para os servidores municipais.	2	2	2	2
76	Garantir estrutura física própria, em imóveis municipais, para os serviços de saúde mental que estão em imóveis alugados (Ambulatório, CAPS II)	0	1	1	0
77	Implementar ações de promoção e prevenção a saúde mental da mulher na Atenção Primária	6	8	10	12
78	Ampliar a capacidade de atendimento individual de psicologia no Ambulatório de Saúde Mental	900	1000	1100	1200
79	Realizar o atendimento em grupos no Ambulatório de Saúde Mental	20	25	30	35
80	Desenvolver capacitação em Saúde Mental para os profissionais da Secretaria Municipal de Educação	10	10	10	10

81	Executar consultas psiquiátricas infantojuvenil junto ao CENSE	80	85	90	95
82	Realizar o atendimento individual de pacientes no CAPS IJ	1000	1100	1200	1250
83	Realizar atendimento domiciliar de pacientes em acompanhamento no CAPS II	900	1050	1100	1150
84	Promover ações de redução de danos aos pacientes em acompanhamento no CAPS AD	2000	2500	3000	3100
85	Realizar supervisão clínico institucional nos serviços de saúde mental.	12	12	12	12
86	Realizar visitas domiciliares aos pacientes em acompanhamento nos CAPS (AD, II e IJ)	900	950	1000	1050
87	Realizar ações de Saúde Mental na Atenção Primária	12	12	12	12
88	Realizar reuniões trimestrais do Comitê Municipal Intersectorial de Saúde Mental	4	4	4	4
89	Articular intersetorialmente a inclusão de usuários da Saúde Mental no mercado de trabalho formal	4	4	4	4
90	Fomentar a capacitação em cursos de economia solidária para usuários de Saúde Mental	4	4	4	4
91	Viabilizar a captação de recursos para a implantação de CAPS III municipal	0	50%	50%	100%

DIRETRIZ 07 Núcleo de Informações Estratégicas em Saúde					
Objetivo 7.1	Desenvolvimento de tecnologias em saúde como subsídio à gestão SUS, garantindo a publicização e transparência das informações sobre a saúde no município.				
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
92	Implantar o aplicativo WEB SAÚDE, nas Equipes de Saúde da Família, com suporte de Agentes Comunitários de Saúde para cidadãos que não tem equipamento ou acesso à Internet	10	10	10	10
93	Implantar, estruturar e manter um espaço físico e virtual para Sala de Situação em Saúde com dados de produção dos serviços	1	1	1	1
94	Trabalhar em softwares para gestão especializada do serviço proporcionando sustentabilidade na utilização de papel	60%	70%	80%	90%
95	Informatizar as salas de vacina com o agendamento do calendário nacional de vacinação (nº de salas)	3	3	3	3

Objetivo 7.2 Fortalecimento da gestão da qualidade e segurança do paciente					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025

96	Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente Municipal com equipe multidisciplinar, conforme a RDC 36/2013.	1	0	0	0
97	Implantar e divulgar as 6 metas internacionais para segurança do paciente nos serviços de saúde da Fundação Municipal de Saúde.	0	2	2	2
98	Estabelecer o Programa de Qualidade e Segurança do Paciente estruturando 4 núcleos estratégicos (núcleo de processos, núcleo de protocolos, núcleo de riscos, núcleo de melhoria contínua)	1	1	1	1
99	Aplicar o Net Promoter Score (NPS) nos estabelecimentos de saúde administrados pela Fundação Municipal de Saúde	50%	60%	70%	80%
Objetivo 7.3 Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas pelo Controle e Avaliação					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
100	Realizar a transmissão exportação de base do CNES conforme cronograma do Ministério da Saúde	48	48	48	48
101	Realizar a transmissão exportação de base do faturamento MAC/PAB	12	12	12	12
102	Percentual de processos analisados pelos reguladores no SISREG	80%	82%	85%	90%
103	Número de agendamentos de consultas/procedimentos eletivos ofertados pela SESA	9000	9050	9100	9150
104	Realizar o transporte de pacientes/acompanhantes através do Tratamento Fora Domicílio - TFD	10.000	10.000	10.000	10.000
105	Realizar o transporte de alta hospitalar de pacientes acamados, residentes de Ponta Grossa em TFD pelo SUS	150	150	150	150
106	Normatizar e publicizar o Transporte Sanitário considerando o protocolo de TFD, nos serviços da Fundação Municipal de Saúde	1	1	1	1
107	Atualizar o Decreto que regulamenta o fluxo e utilização do transporte para pacientes "Tratamento Fora Domicílio - TFD", selecionando o tipo de veículo, de acordo com a avaliação clínica, conforme protocolo já instituído, bem como a oferta de mais horários de saída.	1	0	0	0

DIRETRIZ 08	Gerência Administrativa Financeira				
Objetivo 8.1	Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas pela Gerência				
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025

108	Realizar concurso público para substituição e nova contratação de profissionais	1	0	1	0
109	Exigir o registro de controle biométrico para todos os profissionais de saúde, contratados ou concursados, em todos os pontos de atenção.	100%	100%	100%	100%
110	Realizar a manutenção preventiva das estruturas da FMS	80%	80%	80%	80%
111	Realizar a manutenção corretiva das estruturas da FMS	40%	40%	40%	40%
112	Realizar inventário do Almoxarifado, com levantamento do estoque de materiais e insumos	1	2	2	2
113	Elaboração de POPs	25%	25%	25%	25%
114	Realizar o controle informatizado dos diários de bordo, melhorando a rastreabilidade dos veículos oficiais	100%	100%	100%	100%
115	Realizar a inclusão/exclusão dos bens adquiridos e patrimoniados no Portal da Transparência	100%	100%	100%	100%
116	Número de Registros de Preços válidos para aquisição de materiais e insumos necessários a FMS	30	30	30	30
117	Número de processos licitatórios implantados no Portal da Transparência	100%	100%	100%	100%
118	Realizar a revisão dos contratos vigentes (gestor, fiscal, vencimento, objeto), bem como as formas de contratação considerando as alterações da legislação que trata de licitações e demais modalidades de contratação, visando aprimorar o controle por meio de ferramentas informatizadas.	50%	100%	100%	100%
119	Realizar a redução do custo do quilômetro rodado da frota da FMS	5%	10%	15%	20%
120	Realizar a padronização dos itens de compra dos Registros de Preço da FMS	30%	100%	100%	100%
121	Realizar as notificações as empresas via sistema informatizado	100%	100%	100%	100%
122	Efetivar contrato de participação de serviços através de consórcio (nº de consórcios em parceria)	3	3	3	3

DIRETRIZ 09 Gestão em Saúde					
Objetivo 9.1 Estruturar a rede física e de recursos humanos para atendimento adequado nos serviços da FMS					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
123	Disponibilizar nas salas de espera, orientações de saúde enquanto o usuário aguarda atendimento.	10	20	30	40
124	Realizar adequações necessária para a emissão de licença sanitária nos estabelecimentos de saúde da FMS	14%	21%	28%	35%

125	Garantir a implantação do plano de cargos e salários para todos os trabalhadores da FMS	100%	100%	100%	100%
126	Realizar o monitoramento através de câmeras de segurança dos estabelecimentos de saúde	15%	16%	17%	18%
127	Ampliar o número de Equipes de Atenção Primária à Saúde	4	5	4	0
128	Ampliar o número de Equipes do Atendimento Odontológico atuando nas unidades de saúde	4	4	5	0
129	Implantar em Unidades de Saúde, o programa Saúde na Hora, com horário de atendimento estendido	1	2	1	0
130	Construir e operacionalizar novas Unidades de Saúde	1	2	1	0
131	Realizar aquisição de equipamentos, mobiliários e material médico para os serviços da FMS (nº de itens)	550	600	600	600
132	Criar a função de apoiadores de unidades de saúde	18	20	25	29
133	Garantir a substituição das vagas dos ACE's devido ao desfalque de profissionais o que acarreta a redução no número de visitas, assegurando a proporção de 800 a 1000 imóveis visitados por agente a cada ciclo.	50%	60%	70%	80%

DIRETRIZ 10	Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde				
Objetivo 10.1	Desenvolver ações de Educação Permanente na FMS				
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
134	Fortalecer a educação permanente dos profissionais de saúde do município.	1	1	1	1
135	Manter o Núcleo de Educação Permanente, garantindo estrutura física, recursos humanos e tecnológicos adequados para o seu funcionamento.	1	1	1	1
136	Disponibilizar treinamentos, capacitações, e educação permanente para todos os servidores lotados na Fundação Municipal de Saúde, preferencialmente em horário protegido.	52	52	52	52
137	Manter e ampliar os programas de residência ofertados pelo Município para a área da saúde.	3	5	5	5
138	Realizar capacitação e formação continuada visando a saúde do trabalhador dentro dos órgãos públicos de saúde sobre as rotinas administrativas e funcionais, reforçando a importância de cada etapa de todos os procedimentos do dia-a-dia para evitar falhas prejudiciais aos usuários.	4	4	4	4

139	Realizar palestras frequentes por segmentos de saúde, a fim de esclarecer as usuárias e trabalhadores do SUS quanto à proteção e cuidados da saúde da mulher lésbica e bissexual.	2	2	2	2
140	Capacitar as equipes de unidade de saúde sobre as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde do Brasil (2017) e sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto normal (2018).	2	2	2	2
141	Efetivar a política nacional de humanização para que usuários/as e servidores/as da área de saúde a executem.	1	1	1	1
142	Oferecer capacitação para os profissionais da saúde acolherem e atenderem de forma mais humanizada a população LGBTQIA+	2	2	2	2
143	Implantar e manter a Escola Municipal de Saúde Pública.	1	1	1	1
144	Estabelecer parcerias em projetos extensionistas das diversas Instituições de Ensino Superior do município e região.	10	10	10	10
145	Discutir a política de estágio obrigatório em serviço com as Instituições de Ensino, visando uma melhor integração academia x serviço.	1	1	1	1

DIRETRIZ 11 Fortalecimento do Controle Social e Ouvidoria					
Objetivo 11.1 Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas na FMS					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
146	Implantar conselhos locais de saúde, conforme Art. 4º inciso XXXI do Regimento Interno	1	1	1	1
147	Revisão e atualização do Regimento Interno	1	1	1	1
148	Realizar a eleição de Mesa Diretora do CMS	1	1	1	1
149	Realizar acompanhamento de faltas dos conselheiros, conforme Art. 13 do Regimento Interno do CMS, apresentando a mesa diretora relatório mensal	12	12	12	12
150	Encaminhar todas as resoluções aprovadas em plenária para publicação em Diário Oficial e manter o original assinado no CMS e publicizada no site da FMS	100%	100%	100%	100%
151	Realizar a Conferência Municipal de Saúde	0	1	0	0
152	Elaborar ata das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, mantendo via original assinada, publicada em Diário Oficial e publicizada no site da FMS	100%	100%	100%	100%
153	Realizar a composição de Comissões de assessoramento (técnicas e temáticas), sejam elas permanentes ou transitórias	4	4	4	4

154	Encaminhar relatório quadrimestral de atendimentos da Ouvidoria ao Conselho Municipal de Saúde	3	3	3	3
155	Realizar capacitação sobre a Ouvidoria de Saúde	6	6	6	6
156	Realizar ouvidoria itinerante nos serviços de saúde municipal e eventos	1	1	1	1

DIRETRIZ 12					
Enfrentamento a Pandemia da Covid-19					
Objetivo 12.1					
Monitorar e a avaliar as ações desenvolvidas no enfrentamento da COVID					
Nº	DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
157	Manter COE - Comitê de Operações de Emergências, para elaboração de ações estratégicas com reuniões periódicas para atualização e tomadas de decisão	1	1	1	1
158	Elaborar e atualizar Plano de Contingência Municipal	1	1	1	1
159	Elaborar e atualizar Plano de Vacinação Municipal contra a COVID, com base no Plano Estadual de Vacinação	1	1	1	1
160	Elaborar Boletim Municipal com dados da situação epidemiológica do COVID	90%	90%	90%	90%
161	Desenvolver capacitações aos profissionais de saúde quanto ao acolhimento de casos suspeitos, limpeza e desinfecção de superfícies e higienização das mãos	10	10	10	10
162	Adquirir Equipamentos de Proteção Individual - EPI e demais materiais necessários, para a prevenção dos profissionais de saúde	100%	100%	100%	100%
163	Executar a aplicação das doses de vacina conforme disponibilizada pela SESA/MS e plano estadual de vacinação	95%	95%	95%	95%
164	Operacionalizar e manter, através da Sala de Situação em Saúde e equipe de Tecnologia e Informação, um painel de indicadores para acompanhamento dos casos de COVID-19.	1	0	0	0
165	Operacionalizar e manter, através da Sala de Situação em Saúde e equipe de Tecnologia e Informação, um painel de indicadores para acompanhamento e transparência nos dados de vacinação contra a COVID-19.	1	0	0	0
166	Elaborar informativo e publicizar as orientações para a população quanto à prevenção e controle da infecção humana pelo covid-19.	12	12	12	12
167	Manter PROGRAMAS DE TELE SAÚDE para mitigar dúvidas e angústia causadas pela pandemia de covid-19 no município (call center, telemedicina, apoio psicológico) conforme regulamentação ministerial.	3	3	3	3

Lei Municipal 4.658 de 06 de Dezembro de 1991

Rua: Balduino Taques, 445 - Centro, Ponta Grossa - PR, 84010-050
Telefone: 3220-1000 Ramal 2056 ou 2057 - E-mail: Conselhomunicipaldesaudepg@gmail.com

RESOLUÇÃO Nº 006 de 15 de março de 2022.

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, regulamentado conforme disposto no inciso III do artigo 169 da Constituição Estadual e art. 1º das Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, no uso de sua competência municipal, conferida pelo inciso XIII, art. 3º, da Lei 4.658/1991.

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, em reunião Extraordinária no dia 04 de março de 2022.

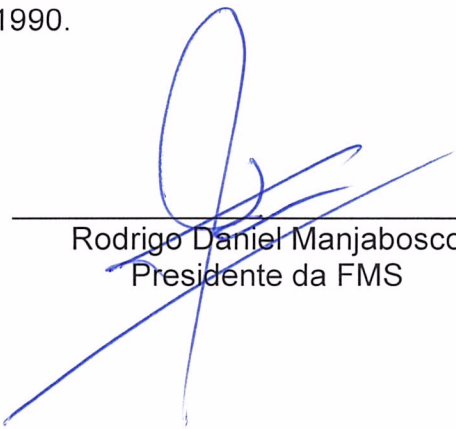
Resolve: Aprovar o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, por 19 (dezenove) votos favoráveis.

Obs.: Revoga-se a Resolução Nº 002 de 09 de fevereiro de 2022.



Adriane do Rocio Lopes
Presidente do CMS

Homologo a presente Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa (CMS/PG) nº **006, de 15 de março de 2022**, nos termos do § 2º, artigo 1º da lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.



Rodrigo Daniel Manjabosco
Presidente da FMS