



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Plano Municipal de Saúde
Ponta Grossa 2018 / 2021

Ponta Grossa
2017

Prefeito

Marcelo Rangel Cruz de Oliveira

Vice- Prefeita

Elizabeth Silveira Schmidt

Secretária Municipal de Saúde

Ângela Conceição Oliveira Pompeu

Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

Luiz Antonio Delgobo

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

Robson Xavier da Silva

Supervisor em Gestão

Rodrigo Di Piero Mendes

Diretoria de Vigilância em Saúde

Carlos Eduardo Coradassi

Diretoria de Administração e Planejamento

Wilmar Marcos Biagini

Diretoria de Atenção Básica

Julita Simone Therezinha Rentschler

Diretoria de Atenção Secundária

Paola Renata Ferreira Horochoski Koloda

GRUPO COLABORADOR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Adriana Alves

Alexandra Luise Lopes

Ana Paula A. Rocha Ohata

Angela Sueli Raimundo Pauli

Caroliny Stocco

Edson Alves

Edenilde Aparecida Bastos

Elaine Cristina L. Machado

Elci Kamradt Becker

Eliana Hauagge Cecatto

Enio Naves Pereira

Fábia Cristine Rocha

Fabricio José dos Santos Alves

Fernanda Bierhals Spinelli

Giselde Siqueira Carneiro

Helsinki Carrielo

Jacir da Silva Pinto

Jean Fernando Sanderski Zuber

Julita Simone Rentscher

Karin Marian da Costa Agner

Leandro Monteiro Inglês

Luiz Sergio Matozo

Maria Aparecida da Costa Silva

Marivalda Zeny

Michele de F. Moraes Rodrigues

Morgana Alexandra Ferreira Horochoski

Patrick Westphal

Paola Renata Ferreira Horochoski Koloda

Paula Gisele Rocha Cabral Braz

Pedro Ricardo Souza Compasso

Priscila Degraff

Priscilla V. Alves Santos

Regina Aparecida Rodrigues

Renato Van Wilpe Bach

Rosana Aparecida Barbosa

Silvia Dimbarre Ingles

Silvio César V. Taborda

Silvio Tozetto Kaveski

Sonia Aparecida Calixto

Sonia Weber Ribas

Tereza Lopes Miranda

Ursula Kemmelmeier

Coordenação Técnica

Robson Xavier da Silva

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

Apoio Técnico

Diego Osmar Rodrigues

MESA DIRETORA DO CMS – GESTÃO 2017

Presidente

José Timóteo Vasconcellos Sobrinho

Segmento dos Trabalhadores

Vice-Presidente:

Fábia Cristine Rocha

Segmento dos Trabalhadores

1º Secretária

Maria Alina Lurdes Oliveira

Segmento dos Trabalhadores

2ª Secretário

Diego Osmar Rodrigues

Segmento dos Gestores

CONSELHEIROS MEMBROS TITULARES

Diego Osmar Rodrigues

Fernanda Gomes da Silva

Jefferson Magno Pereira

Franslei Eduardo Monteiro Corá

Elaine Cristina Antunes Rinaldi

Inês Chuy Lopes

Fábia Cristine Rocha

Regina Rosa Pedrozo Rosa

Vera Lúcia Leal Wosgerau

Cláudia Cristina Saveli
Geovane Menezes Lourenço
Maria Alina Lurdes Oliveira
Felipe Simão Pontes
Leandro Soares Machado
Paulo Saincler Heusi
Márcia Cristina da Silva Rodrigues
José Timóteo Vasconcellos Sobrinho
Inez Rosemari Safraide
Jefferson Leandro Gomes Palhão
Candido José Colesel
Sueli Terezinha Mensen
Rosélia de Lourdes Ribeiro
Ana Maria Bourquignon de Lima
Leandro dos Santos Dias

CONSELHEIROS MEMBROS SUPLENTES

Carlos Eduardo Coradassi
Everson Milleo
Isaias Cantóia Luiz
Renata Pires Siemieniaco
Elaine Cristina da Costa Portes
Debora Lee
Vanda Maria Arcoverde da Silva
Erika Schemiguel Basso
Bruno Cavasotti Almeida
Lucélia Ana Kowalechyn
Thelma Regina Labiak Pereira
Mara Diniz Braun

Péricles Martin Reche
Recson Eder Marques Pelentil
Inácio Golinski
Juliana de Jesus Maciel
Gilmar de Oliveira
Ana Caetano Pinto
Luiz Carlos de Oliveira
Gilberto Dias
Sílvia Filipaki Biscaia
Andrea Marques Ribeiro
Aline Poliana Schmatz
Ana Paula Costa de Andrade Roberti

ORGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS

- Secretaria Municipal de Saúde – SMS - Ponta Grossa
- 3º Regional de Saúde – Ponta Grossa
- Associação Beneficente e Cultural dos Aposentados e Pensionistas Ferroviários de Ponta Grossa (ASFER).
- Associação União das Mulheres dos Campos Gerais.
- Associação em Prol da Maternidade Ativa e Segura (AMAS).
- Associação Brasileira de Odontologia (ABO).
- Associação de Apoio, atendimento e assessoramento a Comunidade Surda Geny de Souza Ribas
- Central de Movimentos Populares (CMP).
- Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE).
- Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN).
- Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO).

- Grupo RENASCER de Apoio aos Homossexuais.
- Movimento Popular do Estado do Paraná.
- Núcleo Regional de Serviço Social Ponta grossa e Região (NUCRESS).
- Pastoral da Criança (Diocese de Ponta Grossa).
- Seção dos Docentes da Universidade Estadual de Ponta Grossa (SINDUEPG)
- Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos Servidores de Saúde de Ponta Grossa (SHESSPG).
- Sindicato dos Empregados no Comércio de Ponta Grossa
- Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas de Reparação de Veículos e Acessórios de Ponta Grossa.
- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Ponta Grossa e Região.
- Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Ponta Grossa (SINDSERV)
- Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO.....	13
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	15
2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.....	15
2.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE	26
3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL	41
3.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	41
3.2 REDE FÍSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE	46
3.2.1 ATENÇÃO BÁSICA	46
3.2.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	46
3.2.3 ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	48
3.2.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	49
3.2.5 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	50
3.2.6 ATENÇÃO HOSPITALAR	52
3.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	53
3.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	54

4. OBJETIVO, DIRETRIZES E METAS	56
5. AÇÕES ESTRATÉGICAS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	.70
ANEXO I – CARTA EM DEFESAS DO SUS.....	72

Apresentação

Após três anos e seis meses da primeira gestão do sistema municipal de saúde podemos constatar inúmeros avanços. Ampliamos os nossos serviços, contratamos mais profissionais e abrimos novos serviços em todo o município. Iniciamos ainda no ano de 2016 um forte processo de qualificação da Atenção Primária em Saúde, que é a porta preferencial do SUS, e onde 85% dos problemas de saúde de uma população podem ser resolvido. Embora os avanços sejam inquestionáveis, sabemos que muito ainda pode e deve ser feito.

A forte crise que se abate sobre o país, a retração econômica, a limitação orçamentária que será enfrentada pelos municípios pelos próximos 20 anos impõem aos gestores que apliquem racionalmente os recursos conforme as necessidades em saúde de sua população e que busquem alternativas para cada vez mais qualificar os seus serviços tornando-os cada vez mais resolutivos.

A instituição e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a adoção de Protocolos e a ampliação dos recursos para o fortalecimento da Atenção Primária devem ser as estratégias organizacionais primárias para o próximo quadriênio. Os desafios são inúmeros, mas as transformações que fizemos nos quatro primeiros anos, no período de 2014 a 2017 nos deixam com a certeza que os rumos devem continuar a serem seguidos.

Assim, o Plano Municipal de Saúde 2018/2021, construído e aprovado de forma democrática, ascendente e participativa, contou com a contribuição dos diversos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde / CMS, conforme preconizado nas normas e nos princípios doutrinários do SUS, bem como com a participação dos servidores das diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde, em um período de encontros que durou cerca de quatro meses.

O presente Plano parte de uma análise situacional dos aspectos demográficos e socioeconômicos, do perfil de morbimortalidade e das necessidades de saúde da população, e aponta para as intenções e os resultados a serem alcançados no período

de 2018 a 2021, expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Ações Estratégicas, se configurando como um importante instrumento de gestão e de controle social.

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

Boa leitura e bom trabalho.

Ângela Conceição Oliveira Pompeu

Secretária Municipal de Saúde

José Timóteo Vasconcellos Sobrinho

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Introdução

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

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

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

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

Em consonância com o Plano de Governo, com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2015, e com os Planos Nacional e Estadual de Saúde, visamos aprimorar a Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção; o fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; a garantia da assistência farmacêutica; a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho e relações do SUS, bem como, e, principalmente a implementação de um novo modelo de gestão, com centralidade na garantia do acesso, da gestão participativa, do controle social, e do financiamento estável.

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

Após o levantamento e a análise situacional em suas diversas dimensões, foram identificados os principais problemas de saúde da população e do sistema de saúde do município, subsidiando a formulação das Diretrizes de Intervenção, com suas respectivas metas para o período bem como ações estratégicas, que consideram a viabilidade política, econômica, técnico organizacionais e a coerência com as políticas dos governos federal e estadual.

Apresentado na 17ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em 07 de novembro de 2017, foi aprovado o Plano Municipal de Saúde, com sua formalização por meio da Resolução nº 012, de 08 de novembro de 2017, posteriormente

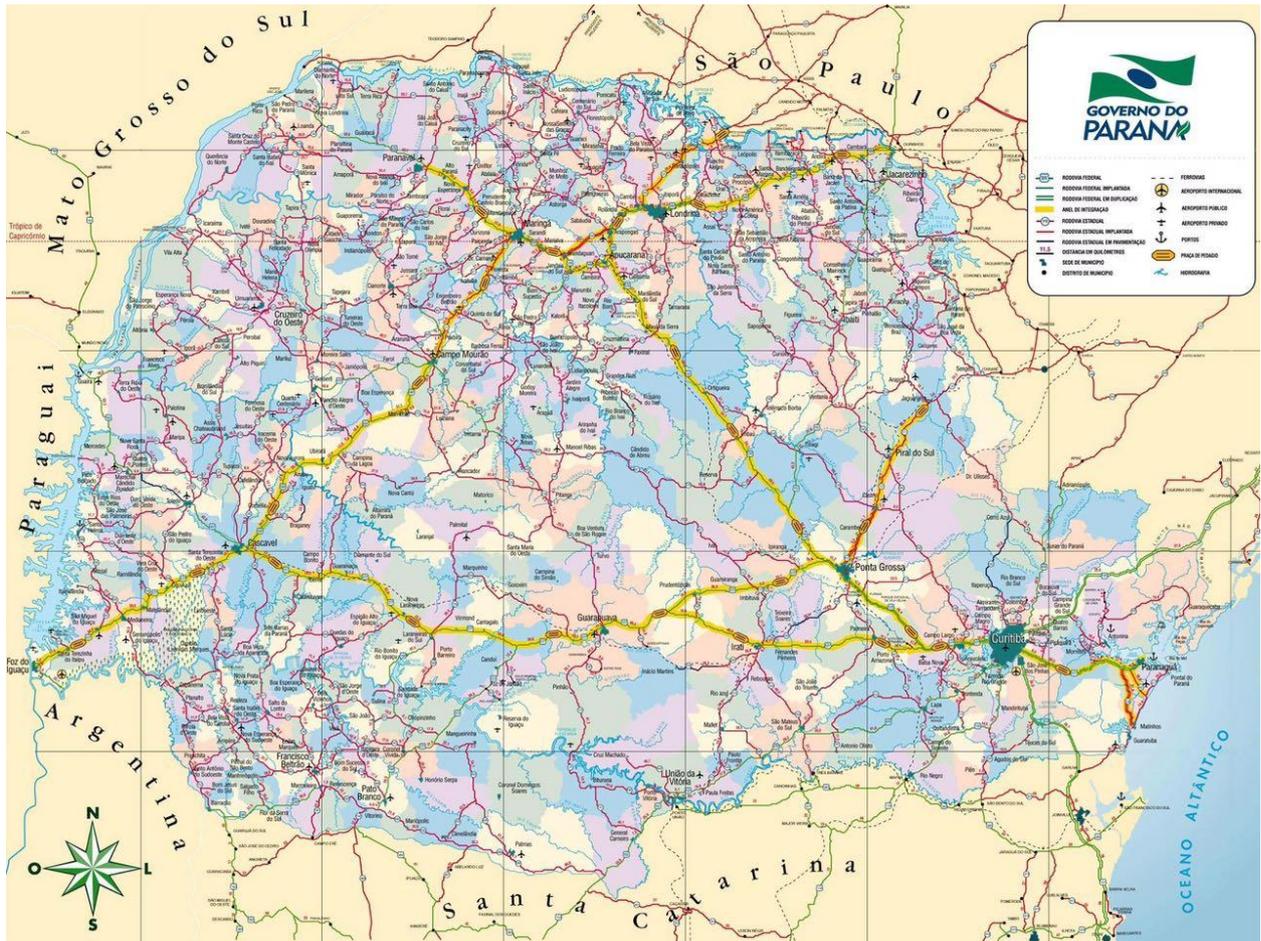
homologada e publicada no DO nº 2.182, do município de Ponta Grossa, nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2017.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 Aspectos Demográficos e socioeconômicos.

O município de Ponta Grossa, fundado em 15 de setembro de 1823, está localizado no centro do estado do Paraná. Possui uma população estimada em 341.130 mil habitantes (IBGE, 2016), e é um importante vetor de desenvolvimento para uma das regiões mais populosas do Estado, denominada Campos Gerais do Paraná, que hoje conta com uma população de mais de 1.100,000 habitantes (IBGE/2012). As perspectivas quanto ao desenvolvimento econômico do município são muito positivas.

MAPA 1 - Estado do Paraná



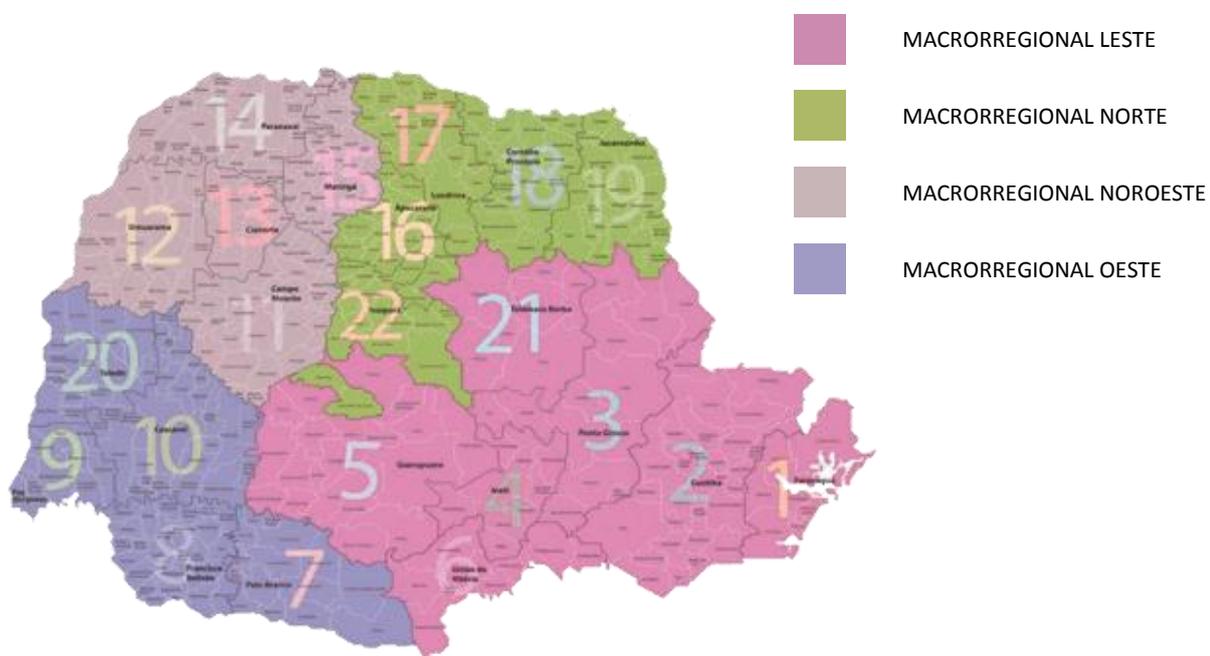
Fonte: Governo do Estado do Paraná.

MAPA 2 – LOCALIZAÇÃO



FONTE: IPARDES

MAPA 3 – REGIÕES DE SAÚDE E MACRORREGIÕES DE SAÚDE NO PARANÁ



FONTE: PMS. SESA – PR, 2017- 2021.

MAPA 3 – LIMITE DO MUNICÍPIO



FONTE: IPARDES

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

QUADRO 1 - Área Político-Administrativo

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
Número de Eleitores	TSE	2016	222.716 Eleitores
Prefeito (a)	TER	2017	Marcelo Rangel Cruz de Oliveira

QUADRO 2 - Área Social

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Censitária – Total	IBGE	2010	311.611	habitantes
População - Contagem (1)	IBGE	2007	306.351	habitantes
População - Estimada	IBGE	2016	341.130	habitantes
Número de Domicílios – Total	IBGE	2010	105.853	unid

Matrículas na Creche	MEC/INEP	2016	4.161	alunos
Matrículas na Pré-escola	MEC/INEP	2016	9.174	alunos
Matrículas no Ensino Fundamental	MEC/INEP	2016	50.570	alunos
Matrículas no Ensino Médio	MEC/INEP	2016	12.894	alunos
Matrículas na Educação Profissional	MEC/INEP	2016	3.279	alunos
Matrículas no Ensino Superior	MEC/INEP	2015	20.065	alunos

(1) Resultado da população residente em 1º de abril de 2007, encaminhados ao Tribunal de Contas da União em 14 de novembro de 2007. Para os municípios com mais de 170.000 habitantes. (Cascavel, Colombo, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e São José dos Pinhais) não houve contagem da população e nesses casos foi considerada a estimativa na mesma data.

QUADRO 3 – Infraestrutura

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
Abastecimento de Água	Sanepar	2016	134.014	unid. atend. (2)
Atendimento de Esgoto	Sanepar	2016	119.458	unid. atend. (2)
Consumo de Energia Elétrica	COPEL	2016	1.048.681	mwh
Consumidores de Energia Elétrica – nº	COPEL	2016	135.931	(3)

(2) Unidades (economias) atendidas é todo imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel para efeito de cadastramento e cobrança de tarifa (Adaptado do IBGE, CIDE, SANEPAR).

(3) Refere-se às unidades consumidoras de energia elétrica (relógio).

QUADRO 4 – Economia

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Economicamente Ativa (PEA)	IBGE	2010	149.288	pessoas
População Ocupada (PO)	IBGE	2010	139.096	pessoas
Número de Estabelecimentos - RAIS	MTE	2015	8.864	unidades
Número de Empregos – RAIS	MTE	2015	86.157	unidades
Produção de Soja	IBGE	2015	245.590	toneladas
Produção de Milho	IBGE	2015	76.500	toneladas
Produção de Trigo	IBGE	2015	37.045	toneladas
Bovinos	IBGE	2015	27.344	cabeças
Equinos	IBGE	2015	3.170	cabeças
Galináceos	IBGE	2015	829.170	cabeças
Ovinos	IBGE	2015	13.500	cabeças
Suínos	IBGE	2015	23.000	cabeças

Valor Adicionado Bruto(VAB) a Preços Básicos - Total	IBGE/Ipardes	2014	10.121.205	R\$ 1.000,00
VAB a Preços Básicos - Agropecuária	IBGE/Ipardes	2014	241.812	R\$ 1.000,00
VAB a Preços Básicos – Indústria	IBGE/Ipardes	2014	3.453.760	R\$ 1.000,00
VAB a Preços Básicos – Serviços	IBGE/Ipardes	2014	5.294.536	R\$ 1.000,00
Valor Adicionado Fiscal (VAF) – Total	SEFA	2015	7.369.726.988	R\$ 1,00 (P)
VAF - Produção Primária	SEFA	2015	441.770.006	R\$ 1,00 (P)
VAF - Indústria - Total	SEFA	2015	4.350.711.053	R\$ 1,00 (P)
VAF - Comércio/Serviços – Total	SEFA	2015	2.570.232.217	R\$ 1,00 (P)
VAF - Recursos/Autos	SEFA	2015	7.013.712	R\$ 1,00 (P)
Receitas Municipais	Prefeitura	2015	626.399.794,64	R\$ 1,00
Despesas Municipais	Prefeitura	2015	631.704.244,22	R\$ 1,00
ICMS por Município de Origem do Contribuinte	SEFA	2016	779.924.417,10	R\$ 1,00
Fundo de Participação dos Municípios (FPM)	MF/STN	2016	62.221.829,39	R\$ 1,00

Fonte: IPARDES, disponível em: www.ipardes.gov.br. 2017.

QUADRO 5 – Indicadores

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
Densidade Demográfica	IPARDES	2016	168,40	hab/km2
Grau de Urbanização	IBGE	2010	97,79	%
Taxa de Crescimento Geométrico	IBGE	2010	1,31	%
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M	PNUD/IPEA/FJP	2010	0,763	
Índice Ipardes de Desempenho Municipal - IPDM	Ipardes	2010	0,7357	
PIB Per Capita	IBGE/Ipardes	2014	34.670	R\$ 1,00
Índice de Gini da Renda Domiciliar Per Capita	IBGE	2010	0,5437	
Índice de Idosos	IBGE/Ipardes	2010	28,04	%

Fonte: IPARDES, disponível em: www.ipardes.gov.br. 2017.

QUADRO 6 – População censitária segundo faixa etária e sexo, 2010

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor 1 ano	2385	2184	4569
1 a 4 anos	9404	9234	18638
5 a 9 anos	12544	12324	24868
10 a 14 anos	14479	13994	28473
15 a 19 anos	14392	14078	27261

20 a 29 anos	26978	26594	53572
30 a 39 anos	23492	24915	48407
40 a 49 anos	19512	21639	41151
50 a 59 anos	14731	17621	32352
60 a 69 anos	8335	10204	18539
70 a 79 anos	3955	5717	9672
80 anos e mais	1364	2745	4109
Total	151.362	160.249	311.611

Fonte: IBGE – Censo Demográfico. 2010.

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

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

QUADRO 7 – População estimada		
ANO	POPULAÇÃO	MÉTODO
2016	341.130	Estimativa

Fonte: IBGE

NOTA: Dados divulgados pela fonte, em 30 de agosto de 2016.

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

O crescimento populacional decorre dos fluxos migratórios e do crescimento vegetativo, sendo o último a relação entre as taxas de natalidade e as de mortalidade. Quando a taxa de natalidade é maior que a de mortalidade, tem-se um crescimento vegetativo positivo; caso contrário, o crescimento é negativo; e quando as duas taxas

são equivalentes, o crescimento vegetativo é nulo. No município, no período de 2008 a 2012, não se observa uma variação expressiva nas taxas de natalidade e mortalidade, denotando que o crescimento populacional se dará em maior parte em virtude dos fluxos migratórios, considerando o crescimento econômico do município e da região.

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

QUADRO 8 – População Censitária segundo cor / raça, 2010	
COR / RAÇA	POPULAÇÃO
Branca	245.119
Preta	8.417
Amarela	1.483
Parda	56076
Indígena	516
Sem declaração	-
Total	311.611

FONTE: IBGE - Censo Demográfico (2010)

NOTA: Posição dos dados, no site da fonte, 14 de maio e 28 de julho de 2014.

Segundo dados do IBGE, em Ponta Grossa (2010), 21,4% da população se autodeclarava não branca e 78,6% branca. Desde 1991, observa-se um aumento percentual de pessoas que se autodeclararam negras, pardas, amarelas e indígenas. No último Censo Nacional a população branca totalizava 47,7%, enquanto pretos e pardos totalizavam 50,7%.

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

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

Quadro 9 – População, segundo tipo de domicílio e sexo

TIPO DE DOMICÍLIO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Rural	3.631	3.247	6.878
Urbana	147.731	157.002	304.733
Total	151.362	160.249	311.611

Fonte: IBGE (2010)

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

Os indicadores apontam para uma melhoria na qualidade de vida da população brasileira residente nas áreas urbanas e rurais. Em Ponta Grossa, onde o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é o 320º melhor do país, essa melhoria, associada ao crescimento da população do município, demandará maiores investimentos na assistência médica e na distribuição de medicamentos. A taxa de urbanização no Estado é de 85,33%, próxima a da média nacional que é de 84,36%. O município possui uma das mais altas concentrações urbanas de todo o estado e país, percentual de 97,9%.

QUADRO 10 – Dados Educacionais, segundo o número de matrículas

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA
Matrículas na Creche	MEC/INEP	2016	4.161 alunos
Matrículas na Pré-escola	MEC/INEP	2016	9.174 alunos
Matrículas no Ensino Fundamental	MEC/INEP	2016	50.570 alunos
Matrículas no Ensino Médio	MEC/INEP	2016	12.894 alunos
Matrículas no Ensino Superior	MEC/INEP	2015	20.065 alunos

Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES 2016), 34.105 alunos estão matriculados no Ensino Fundamental, totalizando 14,82% da população estimada para o município no ano de 2016 que é de 341.130 (IBGE).

Essa população escolar deve ser beneficiada com ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de

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

Quadro 11 – Taxa de analfabetismo, segundo faixa etária, 2010	
FAIXA ETÁRIA (ANOS)	TAXA (%)
De 15 ou mais	3,69%
De 15 a 19	0,71
De 20 a 24	0,67
De 25 a 29	1,01
De 30 a 39	1,69
De 40 a 49	3,03
De 50 e mais	9,39

Fonte: IBGE (Censo Demográfico)

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

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

O Estado brasileiro está comprometido com as Metas dos Objetivos do Milênio pactuado com a Organização das Nações Unidas (ONU). Esse indicador aponta para a situação de desenvolvimento de um grupo social em seu aspecto educacional, e a realizações de intervenções, sobretudo junto às mulheres, impacta positivamente na saúde das crianças e na redução das taxas de mortalidade infantil e materna, conforme atestam estudos da OMS.

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

Quadro 12 – Consumo e número de consumidores de energia elétrica, 2016		
CATEGORIAS	CONSUMO (Mwh)	CONSUMIDORES (1)
Residencial	215.387	119.069

Setor Secundário	262.034	3.075
Setor Comercial	148.006	10.480
Rural	10.250	1.845
Outras Classes (2)	75.810	1.422
Consumo livre (indústria) (3)	337.193	40
TOTAL	1.048.681	135.931

FONTE: COPEL

(1) Entende-se por consumidor as unidades consumidoras de energia elétrica (relógio).

(2) Inclui as categorias: consumo próprio, iluminação pública, poder público e serviço público.

(3) Refere-se ao consumo de energia elétrica da autoprodução da indústria. Inclui os consumidores atendidos por outro fornecedor de energia e os que possuem parcela de carga atendida pela COPEL Distribuição e a outra parcela por outro fornecedor.

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

Quadro 13 – Atendimento de esgoto, pela SANEPAR, segundo categorias – 2016

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS*	LIGAÇÕES
Residenciais	110.628	90.624
Comerciais	7.421	5.308
Industriais	197	196
Utilidade Pública	708	696
Poder Público	504	504
TOTAL	119.458	97.328

Fonte: SANEPAR (2016)

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

Quadro 14 – Atendimento de água, pela SANEPAR, segundo categorias – 2016

CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS*	LIGAÇÕES
Residencial	123.979	102.225

Comercial	8.232	6.020
Industrial	377	374
Utilidade Pública	841	825
Poder Público	585	585
TOTAL	134.014	110.029

Fonte: SANEPAR (2012)

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

2.2 Perfil de Morbimortalidade

Segundo projeções das Organizações das Nações Unidas (2003), a estrutura etária da população brasileira em 2050 será semelhante à atual estrutura etária dos

países desenvolvidos. Observa-se globalmente uma queda na taxa de natalidade, fato que também acontece no Brasil que, embora continue crescendo, tal crescimento tem sido com taxas cada vez menores, seguido de um período de transição epidemiológica em que doenças infectoparasitárias coexistem com a crescente prevalência de doenças crônico-degenerativas.

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

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

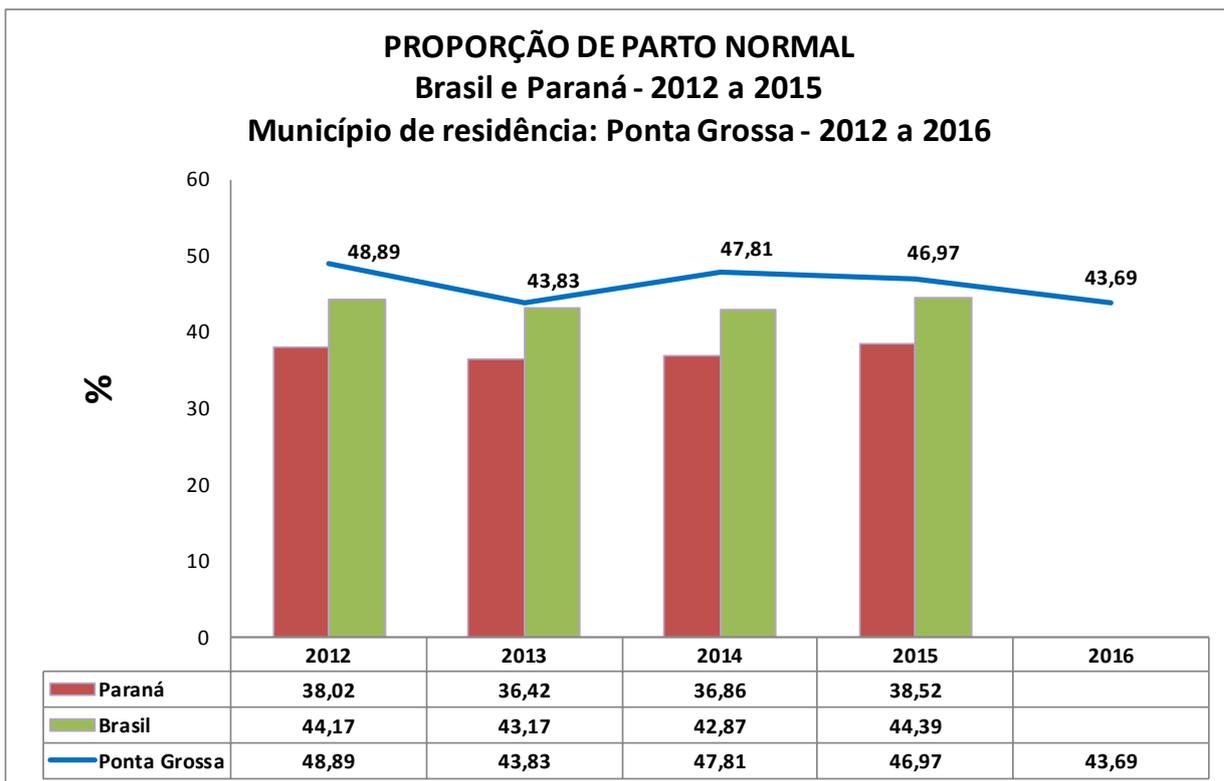
QUADRO 15 - Frequência de nascimentos, segundo a idade da mãe no período de 2012 – 2016					
IDADE DA MÃE	2012	2013	2014	2015	2016
10 a 14 anos	49 (0,93)	41 (0,79)	70 (1,25)	40 (0,74)	31 (0,58)
15 a 19 anos	1.004 (19,08)	965 (18,58)	1.039 (18,60)	924 (17,19)	856 (16,04)
20 a 24 anos	1.343 (25,53)	1.307 (25,16)	1.366 (24,45)	1.371 (25,50)	1.341 (25,13)
25 a 29 anos	1.245 (23,66)	1.176 (22,64)	1.255 (22,46)	1.285 (23,90)	1.369 (25,65)
30 a 34 anos	984 (18,70)	1.017 (19,58)	1.137 (20,35)	1.030 (19,16)	1.019 (19,09)
35 a 39 anos	505 (9,60)	543 (10,45)	585 (10,47)	586 (10,90)	575 (10,77)

40 a 44 anos	124 (2,36)	140 (2,69)	126 (2,26)	130 (2,42)	136 (2,55)
45 a 49 anos	6 (0,11)	5 (0,10)	9 (0,16)	10 (0,19)	8 (0,15)
50 a 54 anos	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,04)
55 a 59 anos	0 (0,00)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Total	5.261 (100,00)	5.195 (100,00)	5.587 (100,00)	5.376 (100,00)	5.337 (100,00)

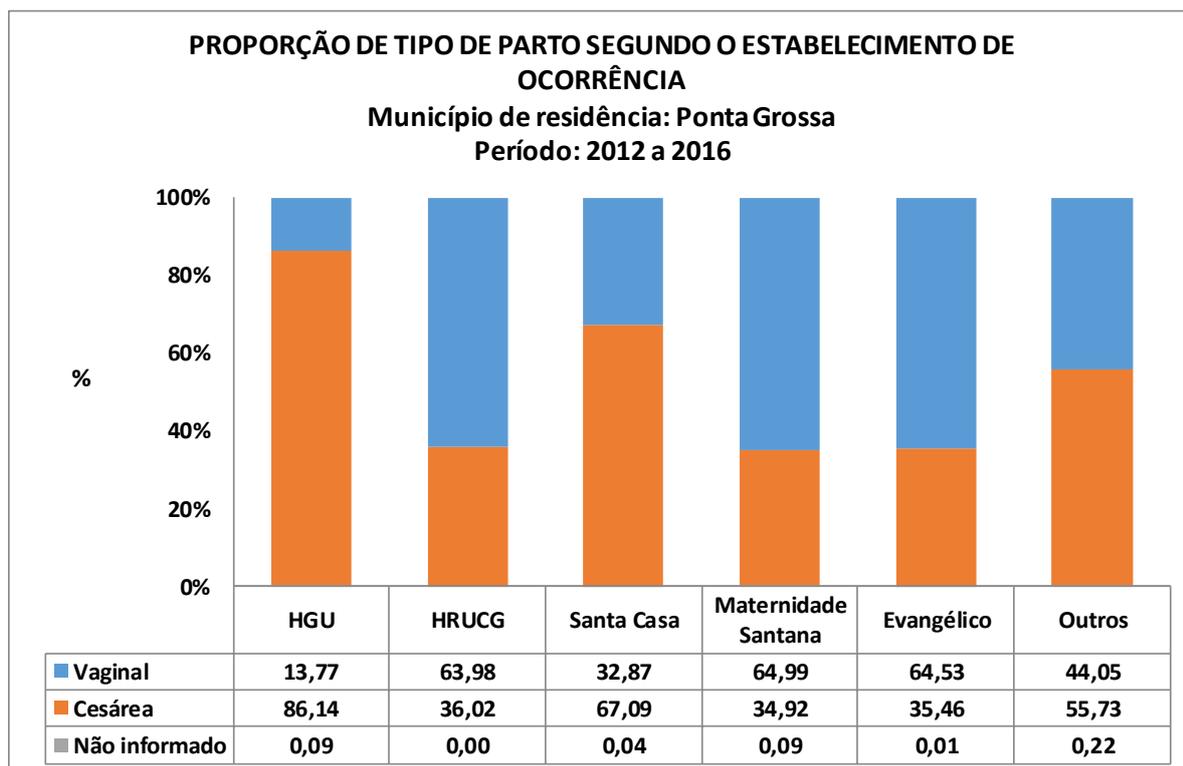
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).

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

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



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).

O Ministério da Saúde comemora que pela primeira vez, desde 2010, o número de cesarianas na rede pública e privada não cresceu no país. Esse tipo de procedimento, que apresentava uma curva ascendente, caiu 1,5 pontos percentuais em 2015. Dos 3 milhões de partos realizados no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% partos normais. Considerando apenas partos no Sistema Único de Saúde (SUS), a situação se inverte e o número de partos normais é maior, sendo 59,8% e 40,2% de cesarianas. Em 2016, a tendência de estabilização se mantém com o mesmo índice de 55,5% (dados preliminares).

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

QUADRO 18 - Percentual de Crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais de 2012 a 2016

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	2012	2013	2014	2015	2016
Nenhuma	25 (0,48)	26 (0,50)	35 (0,63)	30 (0,56)	22 (0,41)
1 a 3 consultas	144 (2,74)	127 (2,44)	146 (2,61)	116 (2,16)	115 (2,15)
4 a 6 consultas	849 (16,14)	910 (17,52)	822 (14,71)	645 (12,00)	671 (12,57)
7 ou mais consultas	4.207 (79,97)	4.091 (78,75)	4.548 (81,40)	4.584 (58,27)	4.529 (84,86)
Ignorado	36 (0,68)	41 (0,79)	36 (0,64)	1 (0,02)	0 (0,00)
Total	5.261 (100,00)	5.195 (100,00)	5.587 (100,00)	5.376 (100,00)	5.337 (100,00)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).

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

Na média, conforme preconizado, a proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal, de 2013 a 2016, em Ponta Grossa, foi superior a 96%.

QUADRO 19 – Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos

MORTALIDADE	2012	2013	2014	2015	2016
Óbito infantil (número absoluto)	54	57	66	59	57
Taxa de mortalidade infantil	10,26	10,97	11,81	10,97	10,68
Taxa de mortalidade perinatal	78 (14,68)	62 (11,87)	82 (14,59)	86 (15,84)	75 (13,98)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).

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

QUADRO 20 – Percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação

INÍCIO DO PRÉ-NATAL	2012	2013	2014	2015	2016
1 a 4 semanas	4.655 (88,48)	4.552 (87,62)	5.019 (89,83)	4.976 (92,56)	4.915 (92,09)
5 a 8 semanas	377 (7,17)	180 (3,46)	310 (5,55)	290 (5,39)	306 (5,73)
9 a 12 semanas	30 (0,57)	15 (0,29)	17 (0,30)	6 (0,11)	10 (0,19)
Sem informação	199 (3,78)	448 (8,62)	241 (4,31)	104 (1,93)	106 (1,99)
Total	5.261 (100,00)	5.195 (100,00)	5.587 (100,00)	5.376 (100,00)	5.337 (100,00)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2017).

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

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

QUADRO 21 - Óbitos infantis, segundo causas no período de 2012 – 2016						
CAUSAS EVITÁVEIS (0 a 1 ano)	2012	2013	2014	2015	2016	Total (%)
1. Causas evitáveis	32	35	41	39	33	180 (61,86)
2. Causas mal definidas	3	4	4	2	3	16 (5,50)
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	19	17	20	18	21	95 (32,65)
Total	54	56	65	59	57	291 (100,00)

QUADRO 22 – Óbitos Infantis, segundo causas evitáveis no períodos de 2012 – 2016

1. CAUSAS EVITÁVEIS	2012	2013	2014	2015	2016	Total (%)
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1	0	0	0	0	1 (0,56)
1.2. Reduz.atenção gestação parto feto recém-nascido	28	29	33	32	32	154 (85,56)
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	18	20	22	23	10	93 (60,39)
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	4	3	4	4	6	21 (13,64)
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	6	6	7	5	16	40 (25,97)
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	3	4	5	3	1	16 (8,89)
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinculado a ações de atenção	0	2	3	4	0	9 (5,00)
Total de causas evitáveis	32	35	41	39	33	180 (100,00)

Fonte: MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (2012 – 2015). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Mortalidade (2017).

Em todos os anos ainda predominam a ocorrência de causas evitáveis de mortalidade, com mais de 80% de causas reduzíveis por adequada atenção a gestação, parto e ao feto/recém-nascido. Desse percentual, a maior proporção era passível de redução mediante adequada atenção à mulher na gestação.

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

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

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

QUADRO 23 – Razão de Mortalidade Materna (a cada 100 mil nascidos vivos)					
ÓBITO MATERNO	2012	2013	2014	2015	2016
Número Absoluto	1	4	1	3	1
Razão de mortalidade materna	19,03	77,28	18,83	55,83	31,29

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Mortalidade (2017).

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

A Rede Mãe Paranaense, que está vinculada ao Programa Rede Cegonha, do Governo Federal, propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações de pré-

natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

QUADRO 24 – Cobertura Vacinal					
Menores de 1 ano	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	5061 (101,89)	5396 (104,72)	5430 (103,31)	5623 (108,24)	5655 (101,65)
Pentavalente 3ª dose	4928 (99,21)	4553 (88,36)	5272 (100,30)	5666 (109,07)	4703 (84,54)
Rota Vírus Humano	4575 (92,11)	4422 (85,81)	5054 (96,16)	5258 (101,21)	4541 (81,63)
Poliomielite Inativada	4782 (96,28)	4506 (87,44)	5162 (98,21)	5410 (104,14)	4507 (81,02)

Fonte: SI- API, Ministério da Saúde.

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

As coberturas vacinais informadas pelo SI - PNI têm como população projetada em 2016 de 5563 crianças menores de um ano.

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

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), 97% das crianças menores de 01 ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre 96% (NE, N) a 99% (CO).

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

As Equipes de Saúde da Família ao planejar as suas ações devem estar atentas e desagregar os dados por microáreas, onde poderão ser identificadas e propostas

intervenções a essas variações em áreas específicas, bem como realizar busca ativa das crianças menores de 01 ano, com verificação das Cadernetas de Saúde da Criança, dentre outras ações.

QUADRO 25 – Doenças de Notificação Compulsória, 2012 - 2016					
Doença de Notificação	2012	2013	2014	2015	2016
Hepatite Viral B	27	23	28	16	28
Hepatite Viral C	41	78	59	41	59
Outras Hepatites Virais	165	224	259	224	177
Intoxicações por agrotóxico	5	10	7	5	5
Intoxicações por medicamentos	96	140	127	102	72
Intoxicação por raticida	4	9	6	5	8
Doença Meningocócica	0	2	3	4	4
Meningite Viral	0	14	17	17	19
Meningite Bacteriana	4	8	16	11	11
Meningite não especificada	17	12	5	2	1
Sífilis em gestante	13	41	35	60	97
Tétano Acidental	1	2	0	3	0
Tuberculose	76	62	73	69	82
Varicela	388	841	608	36	70
Hanseníase	37	37	20	23	17
AIDS adulto (13 anos ou mais)**	75	79	59	77	57
AIDS criança (até 12 anos, 11 meses e 29 dias)***	1	0	0	0	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN). 2017.

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

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

QUADRO 26 – Sífilis Congênita

NÚMERO ABSOLUTO	2012	2013	2014	2015	2016
Crianças com sífilis congênita	4	6	3	7	6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN). 2017.

Conforme preconizado na Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece a vigilância do óbito infantil e fetal o município de Ponta Grossa realiza suas investigações. Esse indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e também durante o parto. A Vigilância e a Atenção Primária devem realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados, aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal e destinar tratamento adequado para as gestantes com sífilis.

QUADRO 27 – Natalidade Geral no município de Ponta Grossa, no período de 2012 – 2016.

CAPÍTULO CID 10	2012	2013	2014	2015	2016	Total (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	67	59	85	84	86	381 (3,40)
II. Neoplasias (tumores)	393	453	461	451	448	2.206 (19,68)
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	9	14	7	19	9	58 (0,52)
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	109	150	104	99	113	575 (5,13)
V. Transtornos mentais e comportamentais	61	57	67	31	45	261 (2,33)
VI. Doenças do sistema nervoso	55	82	77	77	83	374 (3,34)
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0 (0,00)
VIII. Doenças do ouvido e da	0	0	0	0	0	0 (0,00)

apófise mastóide						
IX. Doenças do aparelho circulatório	586	572	602	692	598	3.050 (27,21)
X. Doenças do aparelho respiratório	220	260	247	212	269	1.208 (10,78)
XI. Doenças do aparelho digestivo	114	114	125	138	127	618 (5,51)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	0	2	8	8	24 (0,21)
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	14	12	13	4	48 (0,43)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	42	48	42	69	55	256 (2,28)
XV. Gravidez parto e puerpério	1	4	1	3	1	10 (0,09)
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	72	65	83	81	76	377 (3,36)
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	24	20	23	16	21	104 (0,93)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	114	87	92	78	219	590 (5,26)
XIX. Lesões, Envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	0	0	0	0	0	0 (0,00)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	193	216	206	231	224	1.070 (9,55)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	0	0	0	0 (0,00)
Total	2.071	2.215	2.236	2.302	2.386	11.210 (100,00)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Mortalidade (2017).

No período se observou uma maior incidência de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e digestivo, respectivamente, para todos os anos.

QUADRO 28 – Outros indicadores de mortalidade proporcional, no município de Ponta Grossa, no período de 2012 – 2016.

INDICADORES DE MORTALIDADE	2012	2013	2014	2015	2016
Total de óbitos	2.071	2.215	2.236	2.302	2.386
População	317.339	331.084	334.535	337.865	341.130
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	6,53	6,69	6,68	6,81	6,99
% óbitos por causas mal definidas	114 (5,50)	87 (3,93)	92 (4,11)	78 (3,39)	219 (9,18)
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas)	567 (399,86/ 100.000)	607 (428,07/ 100.000)	569 (401,27/ 100.000)	591 (416,78/ 100.000)	563 (397,04/ 100.000)
População de 30 a 69 anos	141.800	141.800	141.800	141.800	141.800

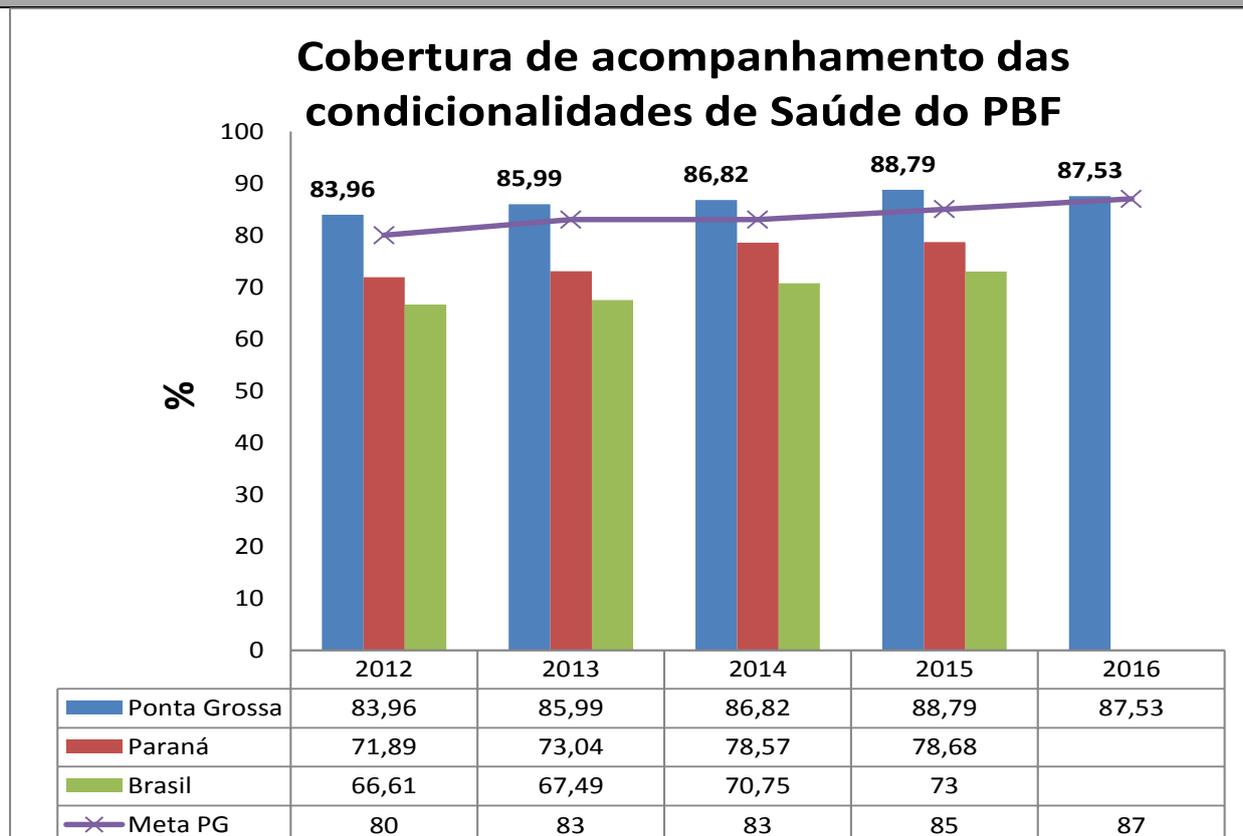
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Sistema de Informação sobre Mortalidade (2017).

IBGE – Estimativas populacionais. 2012 a 2016.

DATASUS. IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS. 2012.

Observa-se aumento da taxa de mortalidade prematura por (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas a partir de 2012. O indicador de 2015 foi de 416,78/100.000 e em 2016 passa para 397,04/100.000.

O indicador de Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica permite o registro e acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias com perfil saúde. A cada ano o município tem melhorado esse indicador, alcançando resultados acima da média dos Estados da Região Sul e a média nacional.



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

O Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero.

A Atenção Básica do município possui 52 Unidades de Saúde da Família que abrigam 80 ESF e 13 de Saúde Bucal e 02 Unidades Básicas com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstétrica. A cobertura populacional do município pela Estratégia Saúde da Família é de 90%, segundo competência agosto de 2017, e tem como meta atingir 95% de cobertura até 2020.

3- Estrutura Organizacional e Funcional da Gestão Municipal

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

3.1 Estrutura Organizacional

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

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

A SMS tem como missão formular, implantar e regular a política municipal de saúde, conforme princípios do SUS, com ações e serviços de saúde resolutivos e de qualidade para toda a população. A visão de futuro é constituir-se até o ano de 2023

como referência em gestão municipal da saúde no Paraná, em especial na Região dos Campos Gerais, tendo como valores fundamentais a serem incorporados em todos os níveis da gestão e em cada um dos pontos de atenção a competência, o comprometimento, a ética, o senso democrático, a transparência e a valorização profissional.

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

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

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

1) Perspectiva dos Processos

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

2) Perspectiva de Gestão

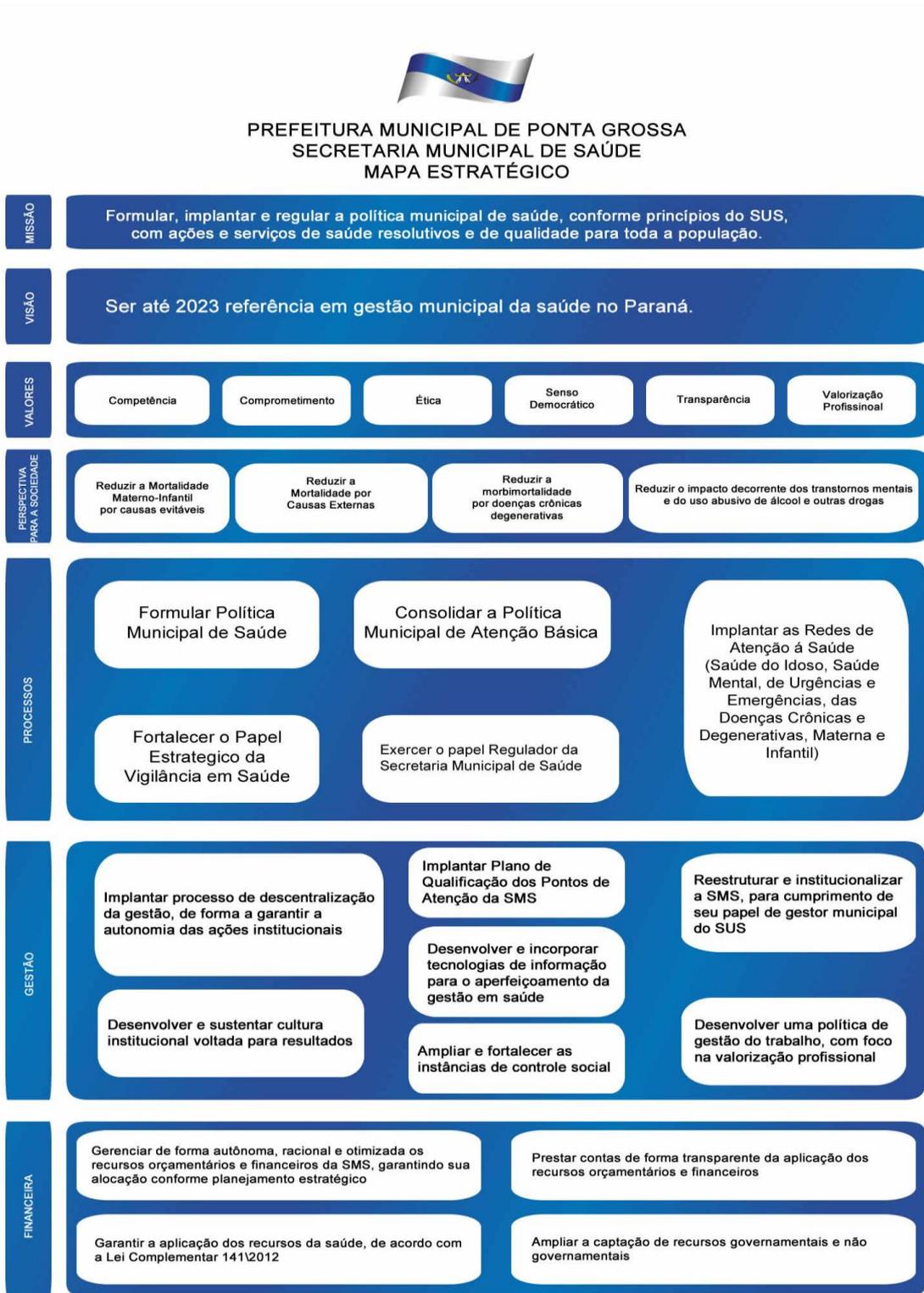
- a) Implantar processo de descentralização da gestão, de forma a garantir a autonomia das ações institucionais.
- b) Desenvolver e sustentar cultura institucional voltada para resultados.
- c) Implantar Plano de Qualificação dos Pontos de Atenção da SMS.
- d) Desenvolver e incorporar tecnologias de informação para o aperfeiçoamento da gestão em saúde.
- e) Ampliar e fortalecer as instâncias de controle social.
- f) Reestruturar e institucionalizar a SMS, para cumprimento de seu papel de gestor municipal do SUS.
- g) Desenvolver uma política de gestão do trabalho, com foco na valorização profissional.

Perspectiva Financeira

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

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

FIGURA 1 – MAPA ESTRATÉGICO



3.2 Rede Física de Atenção à Saúde

QUADRO 30 - TIPOS DE ESTABELECIMENTOS	
TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO
Centro de Saúde/Unidade Básica	49
Posto de Saúde	13
Clinica Especializada/Centro de Especializado	07
Central de Gestão em Saúde	01
Rede Hospitalar	09
Pronto Atendimento - UPA	01
SIATE/SAMU	01
Total	81

Dados do CNES – 2016/ SMS

3.2.1 Atenção Básica

Hoje a Atenção Primária conta com 52 Unidades Básicas de Saúde - UBS localizadas na área urbana e 10 na área rural. São 80 Equipes de Saúde da Família - ESF e 13 de Saúde Bucal. Foram implantadas 5 equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família - NASF e 01 Equipe de Atenção Domiciliar.

3.2.2 Atenção Especializada

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

Com o intuito de facilitar o acesso da população a esses procedimentos, a SMS está reestruturando a Atenção Ambulatorial Especializada. Para isso, estão sendo levados em consideração os parâmetros de cobertura assistencial propostos pelo Ministério da Saúde, a disponibilidade de especialistas e a viabilidade técnica e

econômica para a alocação racional dos recursos, além da condição viária para acesso da população e o quadro epidemiológico e social do município.

Está organizada com a seguinte estrutura:

1. Centro Municipal da Mulher
 2. Centro Municipal de Especialidades (Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas e Exames/Tratamento Fora de Domicílio)
 3. Central de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte Via TFD)
 4. Laboratório Geral
 5. Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral,fraldas, oxigênio)
 6. Ambulatório de Pediatria de Alto Risco
 7. Programa Saúde Escolar
- 8.** Segundo a Portaria Ministerial nº 1,101, de 12 de junho de 2006, estima-se de 2 a 3 consultas médicas nas especialidades básicas / ano por habitante. A Secretaria Municipal de Saúde adotou como parâmetro a realização de 2 (duas) consultas sendo, 63% nas especialidades básicas, 22% com consultas especializadas, 12 % em consultas básicas de urgência e 3% de urgência, pré-hospitalar e trauma.

QUADRO 31 - Número de Consultas Especializadas, comparativo entre as produções realizadas no ano de 2012 e 2016.

CONSULTAS	PRODUÇÃO 2012	PRODUÇÃO :
Básicas	491.604	258.740
Especializada	80.984	57.569
Urgência	92.672	126.203
Pré-hospitalar e trauma	4.734	24.058
UPA	*	130.287
Total	669.994	596.857

CNES 2016

3.2.3 Assistência Farmacêutica

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

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

Há em curso Plano de Expansão, considerando a necessidade de proporcionar a assistência em todos os pontos de distribuição de medicamentos da Atenção Básica, que atualmente conta com a presença do Farmacêutico em 09 Unidades de Saúde, beneficiando aproximadamente 92.000 pessoas.

Atualmente a Assistência Farmacêutica conta com a seguinte estrutura

- e) **Central de Abastecimento Farmacêutico** - Responsável pelo recebimento, guarda e distribuição para 24 Unidades com Estratégia Saúde da Família, 17 Unidades Básicas de Saúde, Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidades, 04 Centros de Atenção à Saúde (CAS), Hospital da Criança e Hospital Municipal Amadeu Puppi.
- f) **Farmácia Central** - Responsável pela Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos, Medicamentos Especiais não disponíveis nas Unidades de

Saúde, Mandados Judiciais, Insulinas e insumos para diabéticos, Vacina Anti-RH+, Tamiflu.

g) Farmácia Especializada: É responsável pelo fornecimento de Medicamentos Anti-Retrovirais, Paraná sem Dor, Tuberculose, Hanseníase e Doenças Auto-imunes (Lupus) para Ponta Grossa e Região. Medicamentos Repassados pelos Governos Federal e Estadual (Componente Estratégico).

h) Farmácia Hospital Amadeu Puppi:

i) Farmácia Hospital da Criança:

j) Farmácia em Unidades de Saúde: Egon Roskamp, atendendo aproximadamente 12.000 pessoas; **Farmácia Unidade Básica de Saúde – Abraão Federmann:** atendendo aproximadamente 8.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Adilson Baggio,** atendendo aproximadamente 8.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Nilton Luiz de Castro,** atendendo aproximadamente 12.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Lubomir Urban,** atendendo aproximadamente 8.000 pessoas, **Farmácia Unidade Saúde da Família – Roberto de Jesus Portela,** atendendo aproximadamente 12.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Adam Polan,** atendendo aproximadamente 12.000 pessoas; **Farmácia Unidade Saúde da Família – Cleon de Macedo,** atendendo aproximadamente 8.000 pessoas e **Farmácia Unidade Saúde da Família – Zilda Arns,** atendendo aproximadamente 12.000 pessoas.

3.2.4 Redes de Atenção

Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoçam e não apenas cuidar das doenças. Os sistemas de saúde foram organizados ao longo do tempo para atender as condições agudas, resposta importante para dar conta das condições de saúde vigentes no estado do Paraná no século passado. Porém, as mudanças no estilo de vida das pessoas, o aumento de expectativa de vida, a urbanização, a diminuição das taxas de fecundidade tem ocorrido de uma forma acelerada, enquanto as respostas necessárias do sistema de saúde do Paraná têm sido muito lentas para dar conta de todo esse processo. Isso exige uma mudança

profunda no sistema de saúde do Paraná, mudanças do ponto de vista de organização dos serviços e do modelo de atenção. Por isso a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná tem, desde o início de 2011, proposto a implantação das Redes de Atenção à Saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial no Paraná. Dadas as características singulares das condições agudas e crônicas, o seu manejo pelos sistemas de serviços de saúde deve ser inteiramente diverso. Por isso, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos - inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente auto-percebidos pelas pessoas – pela atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares.

O modelo de atenção à saúde do Paraná deve mudar radicalmente para dar conta da situação de saúde. É preciso organizar esse sistema sob a forma de redes de atenção à saúde. Podem-se definir as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

3.2.5 Atenção Psicossocial

Conforme preconizado na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, Decreto 7.179 de 20 de maio 2010.

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

I – Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II – Combate a estigmas e preconceitos;

III – Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

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

São objetivos da rede de atenção psicossocial:

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

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

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

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

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

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

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

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

- I) CAPS-AD: Destinado á atenção aos adultos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Acesso ao serviço “portas abertas”.
- II) CAPS – II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”.
- III) CAPS ij: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente

intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”, não necessitando de encaminhamento.

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

3.2.6 Atenção Hospitalar

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

QUADRO 32 – Internações por Especialidades	
INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE	REALIZADO 2016
Cirúrgica (20%)	9138
Clinica Médica (33%)	14578
Obstétrica (20,25 %)	2508
Pediátrica (15%)	1384
Total	27608

FONTE: CNES 2016.

QUADRO 33 – Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos			
CATEGORIA	EXISTENTES	EM USO	DISPONÍVEIS AO SUS
Equipamentos de diagnóstico por imagem	344	334	120
Outros equipamentos	3210	3022	1768

FONTE: CNES 2016.

QUADRO 34 – Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS, por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento

CATEGORIA	EXISTENTES	DISPONÍVEIS AO SUS
Mamógrafo	11	7
Raio X	222	40
Tomógrafo Computadorizado	13	9
Ressonância Magnética	9	6
Ultrassom	79	50
Equipo Odontológico Completo	388	171

FONTE: CNES 2016.

3.3 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

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

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

Está em curso pela gestão municipal um conjunto de ações na área da gestão do trabalho e da educação, que visam valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como: a discussão e implementação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários; a desprecarização dos vínculos de trabalho com a realização de concursos públicos extensivos à todos os níveis; a instituição de gratificação por resultado e desempenho

mediante o alcance indicadores prioritários para a gestão na área da saúde; o incentivo a educação permanente por meio de participação dos profissionais em seminários, simpósios e cursos de especialização dentre outras iniciativas.

3.4 Participação e Controle Social

A participação e o controle social representam a avaliação e o monitoramento da população sobre as políticas públicas implementadas pelo ente federativo. As mais diferentes formas de participação popular nas ações estatais são resultado do longo processo de lutas sociais que antecede a Constituição de 88. Este processo de lutas assegurou que a participação popular fosse inclusa na Constituição de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na construção das políticas de saúde, visando garantir seu caráter universal e integral, é necessária a incorporação e participação da população na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas que visam atender as necessidades de cada localidade. Neste sentido, foram pensados mecanismos institucionais, tais como os Conselhos, Conferências de Saúde e Ouvidorias para o exercício do democrático do controle social, elemento indispensável na conquista de melhores condições de saúde e qualidade de vida da população.

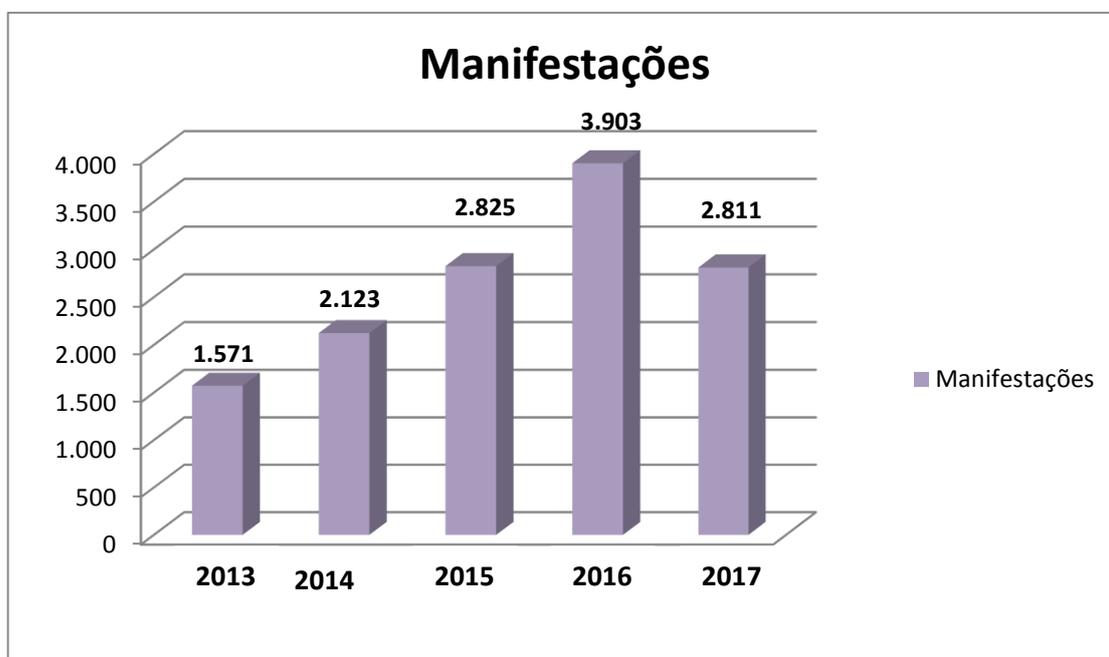
O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa tem contribuído de forma singular para a consolidação do SUS no município, notadamente no que tange ao fortalecimento da participação dos vários segmentos na formulação e implementação da política de saúde municipal, com enfoque na valorização dos espaços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

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

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

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

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



Fonte: Ouvidoria –SMS (2017)

4. Objetivo, Diretrizes e Metas

4.1 OBJETIVO

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

4.2 DIRETRIZES E METAS.

DIRETRIZ 1 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar.

METAS	2018	2019	2020	2021
Ampliar equipes de saúde bucal na ESF/ESB	02	03	03	01
Ampliar nº de equipes de Saúde da Família na AP	02	03	03	02
Ampliar nº de equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF	01	00	01	00
Reformar Unidades de Saúde	03	03	02	02
Implantar Centro de Práticas Integrativas e Complementares,	Elaborar projeto	Implantar	Manter	Manter

em consonância com a Política Nacional (PNPIC).				
Promover o acesso aos pacientes em tratamento fora domicílio, conforme legislação vigente, portaria 055 de 24 de fevereiro de 1999.	100%	100%	100%	100%
Garantir o atendimento fisioterápico para a rede municipal do SUS, através de credenciamento com as clínicas de fisioterapia.	100%	100%	100%	100%
Garantir o atendimento qualificado da demanda de exames laboratoriais e de diagnósticos de acordo com as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de assistência ao pré-natal, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	100%	100%	100%	100%
Reformar e Ampliar Laboratório Geral de Ponta Grossa	Elaboração	Execução	Manter	Manter
Proporcionar atendimento aos pacientes ostomizados / incontinentes urinários e/ou fecal do município de Ponta Grossa.	100%	100%	100%	100%
Ampliar a razão de exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,52	0,53	0,54	0,55

Ampliar a razão de exames de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.	0,22	0,23	0,24	0,25
Adequar as salas de vacinas às recomendações da Coordenação do Programa Nacional de Imunização	10	10	10	10
Contratação de serviço de manutenção preventiva /corretiva nos equipamentos da rede de frio trimestralmente.	100%	100%	100%	100%
Manter o agendamento de consultas e exames do CME, através de contratos, credenciamentos, convênios e Consórcio Intermunicipal de Saúde	100%	100%	100%	100%
Manter o agendamento de exames referentes à saúde da mulher, conforme Protocolo Municipal (Transvaginal e Pélvico) com ênfase na qualidade dos mesmos.	100%	100%	100%	100%
Realizar os atendimentos aos recém nascidos de alto risco, seguindo o protocolo municipal de puericultura/linha guia Mãe Paranaense	100%	100%	100%	100%
Realizar os atendimentos aos recém nascidos de risco intermediário, seguindo o protocolo municipal de puericultura/linha guia Mãe Paranaense	100%	100%	100%	100%
Manter assistência ambulatorial de urgência e emergência	100%	100%	100%	100%
Manter internamentos em média	100%	100%	100%	100%

complexidade nas áreas clinica medica, cirurgia geral e ortopedia				
Manter internamentos em alta complexidade em cuidado intensivo UTI	100%	100%	100%	100%
Adquirir veículos para as diversas áreas da SMS, em especial aos NASF – Núcleos de Apoio Saúde da Família.	08	04	08	04

Diretriz 2 – Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de assistência ao pré-natal, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Saúde Bucal.

METAS	2018	2019	2020	2021
Atender a Rede de Doenças Crônicas dos usuários estratificados conforme a Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na Atenção Primária.	10%	20%	30%	40%
Realizar os atendimentos aos Recém nascidos de alto risco, seguindo protocolo municipal de Puericultura/linha guia Mãe Paranaense.	100 %	100%	100%	100%
Implantar exame de Carga Viral (HIV e Hepatites), no município de Ponta Grossa e região.	Adequar estrutura	Implantar	Manter	Manter

Fortalecer as ações de matriciamento em Saúde Mental com a Atenção Primária em Saúde	100%	100%	100%	100%
Prevenção da cárie dentária em estudantes da rede municipal de ensino através da distribuição de escovas e cremes dentais, bem como educação permanente.	95%	98%	100%	100%

Diretriz 3 – Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adultos e idosos), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades como as pessoas com deficiência – PCD, gênero e a diversidade sexual, religiosa e étnica (quilombolas e povo cigano) na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

METAS	2018	2019	2020	2021
Garantir 03 consultas odontológicas às gestantes cadastradas no sistema.	80%	85%	90%	100%
Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	100%	100%	100%	100%
Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	100%	100%	100%	100%
Proporcionar triagem visual dos alunos no 1º/1º ciclo matriculados na rede municipal de ensino.	50%	60%	70%	80%

Proporcionar triagem auditiva dos alunos no 1º/1º ciclo matriculados na rede municipal de ensino.	50%	60%	70%	80%
Garantir o fluxo de atendimento aos pacientes que necessitam de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e adaptação de lentes esclerais e próteses oculares.	100%	100%	100%	100%
Garantir a realização de 02 exames ultrassom obstétricos por gestante, conforme Protocolo Municipal de Pré-Natal de Baixo Risco.	100%	100%	100%	100%
Manter a vinculação de atendimentos com 100% da demanda de Gestação de Alto-Risco conforme Linha Guia da Mãe Paranaense.	100%	100%	100%	100%
Garantir a referência de atendimento ginecológico especializado no Centro Municipal da Mulher, conforme Protocolo Municipal Saúde da Mulher.	100%	100%	100%	100%
Garantir a realização de exames nas redes de atenção em especial as de atenção as gestantes se dêem de maneira satisfatória e, sobretudo com qualidade de diagnóstico.	100%	100%	100%	100%

Implementar protocolos e fluxos de referência e contra referência nas redes de atenção a saúde do município, com ênfase nas diversidades conforme diretriz.	100%	100%	100%	100%
---	------	------	------	------

Diretriz 4 – Qualificar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

METAS	2018	2019	2020	2021
Assistir a População com medicamentos básicos - REMUME	90%	92%	93%	95%
Assistir população com Atenção Farmacêutica (cobertura)	20%	30%	40%	50%
Implantar Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (nº de profissionais contratados)	10	10	10	10

Diretriz 5 – Aprimorar a relação interfederativa e a atuação da Secretaria Municipal de Saúde como gestora plena do sistema municipal de saúde.

METAS	2018	2019	2020	2021
Realização de Concurso Público para contratação e preenchimento de quadro técnico e operacional de pessoal da SMS.	01	00	00	00
Contratar servidores para	10	10	10	00

implantar serviços de 24 horas				
Implantar PCS para quadro próprio dos servidores da SMS.	Implantar Plano	Manter	Manter	Manter

Diretriz 6 – Melhorar o padrão de gasto, ampliar e garantir o financiamento da Atenção Primária, assumir a gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do Sistema Municipal de Saúde.

METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar sistema de gestão de custos e gerenciamento de projetos	Implantar	Manter	Manter	Manter
Contratação de Empresa para digitalização dos documentos da secretaria. (Digitalização ou microfilmagem).	01	00	00	00
Implantar sistema de regulação na APS	Implantar	Manter	Manter	Manter

Diretriz 7 – Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

METAS	2018	2019	2020	2021
Ampliar a adesão dos usuários aos tratamentos originados no SAE	75%	80%	85%	90%

Garantir a realização dos exames dos contatos nos casos novos de hanseníase.	>80%	>80%	>80%	>80%
Realizar exames anti-HIV em novos casos de tuberculose pulmonar.	100%	100%	100%	100%
Realizar eventos de sensibilização dos adolescentes para a redução de novos casos de IST no município.	08	08	08	08
Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	00	00	00	00
Desenvolver ações de promoção em saúde em conjunto com a secretaria municipal de educação através do programa saúde da escola.	02	02	02	02
Promover ações em Saúde da Mulher, voltados a Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mama.	03	03	03	03
Contratação do profissional Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro para Salas de Vacinas da APS.	10	10	10	10

Diretriz 8 – Promover a produção, a disseminação de informações e análises de situação de saúde, em tempo oportuno, qualificando as estratégias de planejamento das ações locais.

METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar assinatura eletrônica na rede SUS.	Realizar projeto	Implantar	Manter	Manter
	Elaborar	Implantar	Manter	

Implantar protocolo municipal de atendimento aos pacientes com indicação de dieta enteral/suplementação alimentar.					Manter
Implantar protocolo municipal de atendimento aos pacientes com indicação de oxigenoterapia domiciliar contínua/CPAP/BIPAP	Elaborar protocolo	Implantar protocolo	Avaliação e monitoramento do Protocolo		Avaliação e monitoramento do Protocolo
Implantar Protocolo Clínico de Solicitação de Exames de imagem e laboratoriais.	Elaborar projeto	Viabilizar implantação	Prontuário implantado		Monitorar e Avaliar implantação
Implantar prontuário eletrônico nos serviços da rede municipal de saúde.	Elaborar projeto	Viabilizar implantação	Prontuário implantado		Monitorar e Avaliar implantação

Diretriz 9 – Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

METAS	2018	2019	2020	2021
Realizar curso introdutório da estratégia Saúde da Família para ACS	01	01	01	01
Realizar capacitação com os profissionais da saúde conforme preconiza o Projeto de Humanização do Ministério da Saúde	03	03	03	03

Realizar capacitação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	05	05	05	05
Proporcionar educação continuada para os profissionais atuantes nos serviços de saúde mental	100%	100%	100%	100%
Promover o estímulo profissional da equipe através da realização de palestras, educação continuada, incentivo para capacitações externas (congressos, cursos). Promover inserção de novas estratégias de trabalho através da educação permanente, contando com o apoio do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde	100%	100%	100%	100%

Implantar Protocolo de Classificação de Risco (Hipertensão e Diabetes) na Atenção Primária.	01	Monitorar e avaliar	Monitorar e avaliar	Monitorar e avaliar
Capacitar servidores para a realização dos testes rápidos.	01	01	01	01
Implantação da Residência Multiprofissional em Saúde.	Implantar	Manter e/ou Ampliar	Manter e/ ou Ampliar	Manter e/ou Ampliar

Diretriz 10 – Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

METAS	2018	2019	2020	2021
Realização de Ouvidorias itinerantes nos serviços de	12	12	12	12

Saúde com maior número de queixas no ano.				
Realizar capacitações sobre o papel estratégico da Ouvidoria.	01	01	01	01

Diretriz 11 – Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar conselhos locais de saúde conforme área distrital. (Uvaranas, Oficinas, Nova Rússia, Santa Paula e Esplanada).	01	01	01	02

Diretriz 12 – Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

METAS	2018	2019	2020	2021
Realizar castrações de cães e gatos no município de Ponta Grossa.	3.200	3.200	3.200	3.200
Ampliar o Centro de Referência de Animais de Risco.	Elaboração de Projeto	Captação de Recursos	Início das Obras	Conclusão da ampliação
Manter o índice de infestação predial para o Aedes aegypti abaixo de 1%;	<1%	<1%	<1%	<1%

Realizar levantamento de índice rápido para o Aedes aegypti)	04	04	04	04
Aumentar as Inspeções Sanitárias realizadas em estabelecimentos comerciais, prestadores de serviços, indústrias, EAS e EIS	44,7%	47,7%	50,7%	53,7%
Aumentar a proporção de análise realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	65%	70%	72%	75%
Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	86%	86,2%	86,5%	87%
Número de fontes notificadoras com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada implantado.	22	23	24	25
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	100%	100%	100%	100%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	100%	100%	100%	100%

Número absoluto de óbitos por dengue	0	0	0	0
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	95%	95%	95%
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	94%	95%	96%	97%
Manter a regularidade de envio de lotes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano	52	52	52	52
Manter a regularidade de envio de lotes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano	52	52	52	52
Manter a regularidade de envio de lotes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de acordo com o número de semanas epidemiológicas de cada ano.	52	52	52	52

Realizar a vigilância da Síndrome Gripal em Unidade Sentinela através da proporção de semanas com informação de agregado semanal de atendimentos por Síndrome Gripal.	80%	80%	80%	80%
Realizar a vigilância da Síndrome Gripal em Unidade Sentinela através da proporção de casos de Síndrome Gripal com coleta de amostra em relação ao preconizado (5 amostras) por semana epidemiológica.	80%	80%	80%	80%
Realizar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI vinculada ao SUS através da proporção de casos de SRAG internados na UTI com coleta de amostra.	80%	80%	80%	80%
Realizar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI não vinculada ao SUS através da proporção de casos de SRAG internados na UTI com coleta de amostra.	80%	80%	80%	80%
Realizar a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma UTI vinculada ao SUS através da proporção de semanas com informação de	90%	90%	90%	90%

agregado semanal de internações pelo CID J09 ao J18.

5. AÇÕES ESTRATÉGICAS

As ações estratégicas que nortearão o Plano Municipal de Saúde, com vigência de 2018 a 2021, também subsidiarão a elaboração do Plano Anual de Saúde, bem como contribuirão para a avaliação e monitoramento de todo o processo de planejamento no âmbito municipal.

Tais ações estratégicas foram estabelecidas tendo como base as deliberações da última Conferência Municipal de Saúde (2011), do Plano de Governo para o período de 2018 a 2021, da última Plenária da Saúde (2013), das discussões das Oficinas de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, e de contribuições dos conselheiros de saúde em reunião de apresentação do mesmo, bem como dos diversos instrumentos normativos que orientam o gestor nas suas competências de planejamento em saúde.

- 1) *Fortalecer o modelo de organização assistencial no âmbito do município, tendo como prioridade a expansão e o fortalecimento da Atenção Primária, tendo a Estratégia Saúde da Família como central no processo.*
- 2) *Instituir a Política Municipal de Atenção Primária, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Estadual de Atenção Primária.*
- 3) *Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como ordenadora dos serviços.*
- 4) *Fortalecer a Rede Cegonha (Mãe Paranaense), e instituir as Redes de Atenção às*

Urgências e Emergências, Rede de Saúde Bucal, de Atenção Psicossocial, e dos Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

- 5) *Instituir Política de Educação Permanente, de forma a qualificar os profissionais de todos os níveis e pontos de atenção à saúde no âmbito do município, garantindo, conforme disponibilidade orçamentária, a participação dos servidores da saúde em eventos de formação e qualificação.*
- 6) *Garantir a integralidade da assistência, qualificando os instrumentos de referência e contra-referência na rede de saúde, com a adoção do Prontuário Eletrônico.*
- 7) *Fortalecer as ações da Ouvidoria, de forma a estabelecer um canal de diálogo com a sociedade, subsidiando a gestão municipal no desenvolvimento, avaliação e monitoramento de suas ações.*
- 8) *Promover a intersetorialidade no desenvolvimento de pesquisas e de ações da gestão municipal e das Equipes da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de afetividade das ações e na otimização dos recursos públicos.*
- 9) *Garantir a utilização de Protocolos Clínicos instituídos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, em todos os níveis de atenção.*
- 10) *Instituir ações de humanização em todos os pontos de atenção à saúde, conforme preconizado na Política Nacional de Humanização.*
- 11) *Garantir a execução do Plano Municipal de Enfrentamento às Violências contra Crianças e Adolescentes garantindo o cumprimento das ações de responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).*
- 12) *Promover ações em seus 07 eixos prioritários (alimentação saudável, práticas*

corporais/atividade física, tabagismo, álcool e outras drogas, acidentes de trânsito, cultura de paz, desenvolvimento sustentável)

- 13) Constituir no âmbito da SMS, Grupo de Sistematização e Gerenciamento de Informações, com o objetivo de produzir relatórios e informações da vigilância em saúde, da atenção básica, da atenção especializada e hospitalar.*
- 14) Assegurar assistência integral para pacientes com doenças crônicas, preferencialmente por equipe multidisciplinar, através dos protocolos no serviço público.*
- 15) Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento às DST/HIV/AIDS/HV e outras doenças transmissíveis e não transmissíveis na atenção primária em saúde.*
- 16) Garantir a participação e o controle social, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e dos demais Conselhos instituídos no âmbito do município.*
- 17) Integralizar os diferentes sistemas de entrega/dispensação de medicamentos (farmacovigilância) buscando melhoria no atendimento/acompanhamento aos pacientes com doenças crônicas.*
- 18) Instituir a Política Municipal de Saúde Mental, em consonância com as Políticas Nacional e Estadual.*
- 19) Desenvolver ações estratégicas de comunicação de campanhas educativas e campanhas informativas versando sobre a organização e estruturação dos serviços de saúde no âmbito do município.*
- 20) Promover reestruturação do organograma da SMS, estabelecendo fluxos e atribuições das Superintendências, gerências e coordenações.*
- 21) Incentivar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS nos serviços de Atenção Primária e Saúde Mental.*

- 22) *Garantir que os serviços prestados pela saúde por contratualizações (terceirizações) atendam às necessidades da população, de forma complementar, com efetividade e resolutividade.*
- 23) *Articular junto ao Governo Estadual que o Hospital Regional/Universitário assuma a condição de porta de entrada de urgência e emergência para região dos Campos Gerais.*
- 24) *Contribuir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial com a redução da mortalidade infantil e materna e a cobertura vacinal.*
- 25) *Fortalecer a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal (Mãe Paranaense), garantindo atendimento à gestante conforme a estratificação de risco, incluindo mecanismos de referencia e contra-referência.*
- 26) *Dotar o SAMU/SIATE de melhores recursos de comunicação e equipamentos, de tal forma, a proporcionar mais agilidade nos atendimentos, quanto ao seu tempo resposta, bem como, oferecer mais segurança nos registros de comunicação, entre os profissionais médicos, paramédicos e administrativos.*
- 27) *Capacitar de forma permanente os profissionais farmacêuticos da Atenção Básica no manejo das doenças crônicas, com a devida utilização dos protocolos clínicos.*
- 28) *Ampliar o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de forma a ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica.*
- 29) *Implantar o Serviço de Atenção Domiciliar (EMAD Tipo 1), de forma a ofertar a humanização da atenção com atendimento qualificado, reduzindo o período de internação e a redução da demanda por atendimento hospitalar.*
- 30) *Reorganizar o trabalho assistencial com ênfase no modelo de atenção às condições crônicas.*

- 31) *Vigiar a proporção de partos normais, a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, bem como realizar investigação de óbito de mulher em idade fértil e materno*
- 32) *Vigiar a Taxa de Incidência de AIDS em menores de 5 anos*
- 33) *Instituir Plano de Carreira para todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.*
- 34) *Promover a intersetorialidade das ações no âmbito da SMS, de forma a garantir a otimização de escassos recursos, fortalecendo o protagonismo e dando visibilidade às ações da área com a construção de agenda positiva.*
- 35) *Instituir o Núcleo de Educação Permanente – NEP, como articulador do trabalho em rede.*
- 36) *Ampliar os meios de divulgação de informações relativas ao orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde.*
- 37) *Divulgar nos serviços municipais de saúde o link para acesso ao relatórios dos investimentos condensados por unidade.*
- 38) *Implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, através da estratificação de dados sociodemográficos e epidemiológicos destas populações, a fim de garantir acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas.*
- 39) *Garantir a execução das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços.*
- 40) *Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades*

étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

- 41) *Desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbi-mortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; IST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;*
- 42) *Realizar intervenção com ações educativas e de busca ativa do público-alvo, com a finalidade de promover uma redução do índice de gravidez na adolescência, através de ações educativas junto aos adolescentes assistidos pelos serviços de saúde.*

Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em:

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

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

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

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

ANEXO I – CARTA EM DEFESA DO SUS

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, reunidos no Primeiro Seminário Municipal do Controle Social: “Fortalecendo os Movimentos Sociais em Defesa do SUS”, representando o controle social, referenda a defesa do SUS no momento em que a instabilidade política e econômica promove o seu sucateamento, ferindo os princípios da equidade, universalidade, integralidade e a participação popular.

Mesmo que tenhamos registrado avanços significativos na política de saúde nos últimos anos, os indicadores do país ainda apresentam uma realidade preocupante.

Por isso, neste Seminário, defendemos um desenvolvimento sustentável e solidário orientado para:

- a promoção da igualdade com respeito aos direitos humanos, combatendo todas as formas de discriminação e violência de gênero, raça/cor, etnia, idade, orientação sexual e na condição física;
- a implementação de políticas e estratégias adequadas à realidade local e às necessidades da população, tanto rural quanto urbana;
- a transformação e a redução das desigualdades, comprometido com a soberania e segurança alimentar, com o manejo sustentável dos recursos naturais e com o respeito às culturas e ao saber popular;

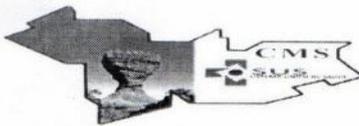
- a tolerância às diversas manifestações religiosas, mas que na implementação das políticas públicas seja autônomo e independente do poder das instituições;

- assegurar qualidade de vida para toda a população que vive e trabalha no campo, na floresta e na cidade, indígenas, quilombolas, ciganos e, sobretudo, para as gerações futuras.

Reafirmamos os princípios da universalidade, equidade e integralidade, tendo como perspectiva o fortalecimento da participação popular e o controle social das políticas e dos serviços de atenção à saúde dentro do SUS, enfrentando a resistência dos setores hegemônicos da medicina e do sistema de saúde privado.

Que a atenção primária, como ordenadora das redes de atenção à saúde, tenha recursos assegurados os orçamentos municipais.

Ponta Grossa, 31 de agosto de 2017.



RESOLUÇÃO Nº 012/ de 08 de novembro de 2017.

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

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, reunido ordinariamente em 07 de Novembro de 2017, considerando.

RESOLVE: Aprovar por 15 (quinze) votos favoráveis, o Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021.

José Timóteo Vasconcellos Sobrinho
Presidente do CMS

Homologo a presente Resolução do Conselho Municipal de Saúde (COMSAÚDE/PG) nº 012/2017, nos termos do §2º, artigo 1º da lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Ângela Conceição Oliveira Pompeu
Secretária Municipal de Saúde