

465

465

CÂMARA MUNICIPAL DE MARINGÁ
PROTOCOLO GERAL

Recebido em 28/01/15

às _____ horas

Ariel
Funcionário Responsável

Ofício nº 442/2015-GAPRE

Maringá, 19 de janeiro de 2015.

Senhor Presidente,

LIDO EM PLENÁRIO
Sala de Sessões 19/02/15
[Assinatura]
1º Secretário (a)

Em atenção ao Ofício nº 1063/2014-CMM, que atende Requerimento apresentado pelo Vereador **Luciano Marcelo Simões de Brito**, mediante o qual solicita o envio do Plano de Ação, Projetos, Avaliações e Agenda da Secretaria Municipal de Saúde para o biênio de 2014/2015, anexamos parecer da Secretaria Municipal de Saúde.

Atenciosamente,


José Luiz Bovo
Secretário Municipal de Gestão

À Sua Excelência o Senhor
FRANCISCO GOMES DOS SANTOS
Presidente da Câmara Municipal de Maringá
Nesta

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ



Parecer ou Informações n.º 03/2015-SAÚDE

Da: SECRETARIA DE SAÚDE

Para: Câmara Municipal de Maringá.

Referente: Processo n.º 34388/2014 – Ofício n.º 1063/2014.

Interessado: Câmara.

Maringá, 07 de janeiro de 2015.

Senhor Prefeito,

Em atenção ao Processo n.º 34388/2014 – Ofício n.º 1063/2014, informamos que o atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, através das Equipes de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), pelo Hospital Municipal de Maringá, através do setor de Emergência Psiquiátrica e pelo Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Conforme pactuado pelo Município no Plano de Enfrentamento ao Crack, no eixo cuidado, a Secretaria Municipal de Saúde, realizou em 2014 a transição do Programa Consultório de Rua para a Equipe de Consultório na Rua, cuja proposta é a ampliação do acesso da população de rua a atenção integral à saúde, por meio de equipe própria com atuação de 30 horas semanais, inclusive com profissional médico. Ainda na atenção Básica, todos os Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família, participaram do curso de Formação em Saúde Mental “Caminhos do Cuidado”, cujo enfoque foi o crack, álcool e outras drogas, com o objetivo de fornecer informações a estes trabalhadores sobre melhores procedimentos e as práticas mais eficientes para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, visando melhorar a atenção aos mesmos.


Antônio Carlos Figueiredo Nard
Secretário Municipal de Saúde
Decreto n.º 0005/2013
Secretaria de Saúde
MARINGÁ - PR

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ



Continuação do Parecer ou Informações n.º 03/2015-SAÚDE

Da: SECRETARIA DE SAÚDE

Para: Câmara Municipal de Maringá.

Referente: Processo n.º 34388/2014 – Ofício n.º 1063/2014.

Interessado: Câmara.

Houve a ampliação do horário de atendimento do CAPSad até às 22:00 horas, sendo que em 2015 passará a atender 24 horas, todos os dias da semana, inclusive nos finais de semana e feriados, com leitos de acolhimento noturno para pessoas em tratamento. Também está prevista a implantação da Unidade de Acolhimento Transitório.

Na atenção hospitalar, contamos com 26 leitos da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, e os 80 leitos de dependência química do Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Segue em anexo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, onde contempla os principais focos de atuação da Gestão Municipal.

Respeitosamente,


Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário Municipal de Saúde
Decreto n.º 0005/2013
Secretaria de Saúde
MARINGÁ - PR

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ-PR

2014 /2017

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 17/09/2013

PREFEITO- CARLOS ROBERTO PUPIN
VICE PREFEITO- CLAUDIO FERDINANDI
SECRETÁRIO DE SAÚDE- ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

Diretora Geral- Marly Regina Maçaneiro
Diretora de Vigilância em Saúde- Rosângela Treichel Saenz Surita
Diretora de Assistência à Saúde- Sandra Mori Munhoz
Diretora do Hospital Municipal- Rosimeire Munarin

Equipe de elaboração

Coordenação

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Maria da Penha Marques Sapata
Maria Tereza Soares Rezende Lopes

Ana Angélica Dario Pires
Ana Paula Salineiro
Ana Rosa P. Palácios
Andréia Santos
Antônio Guilherme Pupulin
Clície Arrias Fabri
Cristiane Moliani Sobreira Moraes
Danielle Benez Canassa Martins
Dora Ligia Bombo
Edlene Loureiro Aceti Goes
Evelin Miwa Nakashima Braga
Fátima Isolani Garcia
Gilda de Melo Kinushita
Ivonete Pereira
Jéssica dos Santos Pini
Letícia Moraes Padovez
Lourdes Thomé
Majorie Catherine Capdeboscq
Márcia Tupan
Maria Angela Casaroto
Maria Cristina Tarelho
Marisa de Souza Formaio
Neuza Doce Moreno
Patrícia Moia Pepi
Patrícia Portolese
Pollyana Gisele Peres Peres
Rita de Cássia Kikuchi
Robsmeire Calvo Melo Zurita
Rosângela Treichel Saenz Surita
Rosimeire Munarin
Sandra Mori Munhoz
Silvana Piccinin
Silvio Marcos Torrecilha
Suzana Ogawa
Udelysses Janete Veltrine Fonzar
Valéria Joana Moraes da Silva

Colaboração- Norico Miyagui Misuta- 15ª Regional de Saúde

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMAMUNIC- Pesquisa de Amamentação nos Municípios
AMUSEP- Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense
APSUS- Plano Diretor de Atenção Primária
ATI- Academia da Terceira Idade
AVC- Acidente Vascular Cerebral
CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CER- Centro Especializado em Reabilitação
CEO- Centro de Especialidade Odontológica
CISAM- Centro Integrado de Saúde Mental
CMEI- Centro Municipal de Educação Infantil
COMAD- Conselho Municipal de Álcool e Drogas
CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento
DST/AIDS- Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Aids
ELOTECH- Sistema informatizado de gestão pública
EAB- Equipe de Atenção Básica
ESB- Equipe de Saúde Bucal
ESF- Equipe de Saúde da Família
GACA- Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
HUM- Hospital Universitário de Maringá
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
IUBAAM- Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NVS- Núcleo de Vigilância em Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PCCS- Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PMAQ- Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSA- Antígeno Prostático
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEMUSP- Secretaria Municipal de Serviços Públicos
SESA- Secretaria de Estado da Saúde
SETRAN- Secretaria de Transportes
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIACS- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIM- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação Obrigatória
SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SNC- Sistema Nervoso Central
SISPNCD- Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmides populacionais de Maringá, de 1988 e 2012.	08
Figura 2- Taxa de mortalidade geral em de Maringá, de 2005 a 2012.	10
Figura 3- Taxa de mortalidade geral por causas em Maringá de 2005 a 2012.	11
Figura 4- Taxa de mortalidade prematura na faixa etária entre 30 e 69 anos pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis em Maringá e Brasil, de 2009 a 2011.	12
Figura 5- Taxa de mortalidade por câncer de pulmão no sexo masculino, em Maringá, de 2001 à 2012.	13
Figura 6- Taxa de mortalidade por câncer de próstata, em Maringá, de 1998 a 2012.	13
Figura 7- Exames de PSA realizados nos homens de 40 anos ou mais, em Maringá, de 2010 à 2012.	14
Figura 8- Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero e mama, em Maringá, de 1998 a 2012.	14
Figura 9- Taxa de mortalidade por causas externas, no sexo masculino, segundo principais eventos em Maringá, de 2002 a 2012.	15
Figura 10- Taxa de internação por causas externas, segundo sexo, em Maringá, de 2009 a 2012.	15
Figura 11- Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos, em Maringá, de 2007 à 2012.	16
Figura 12- Número de casos confirmados de dengue em Maringá, de 1995 a 2012	17
Figura 13- Taxa de cura de Tuberculose e hanseníase em Maringá, 2009 a 2012.	19
Figura 14- Número de casos confirmados de H1N1, em Maringá, de 2009 a 2012.	21
Figura 15- Coeficiente de mortalidade infantil em Maringá, de 2001 a 2012.	22
Figura 16- Coeficiente de mortalidade materna em Maringá, de 2001 a 2012.	23
Figura 17- Mapa de Maringá, com a localização das 28 Unidades Básicas de Saúde.	26
Figura 18- Taxa de internação SUS, em Maringá, de 2009 a 2012.	29
Figura 19- Percentual de receita aplicada em saúde em Maringá, de 2004 à 2012.	35

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Distribuição da incidência de Hepatites Virais, 2009 a 2012, Maringá-Paraná, 2013	18
Tabela 2- Distribuição da frequência dos casos de Aids por ano de notificação, Maringá-Paraná, 2013	20
Quadro 1- Instituições hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos SUS em Maringá- Paraná, 2013	29

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1- ANÁLISE SITUACIONAL	8
1.1- Condições de saúde	8
1.1.1- Panorama demográfico	8
1.1.2- Mortalidade e Morbidade	9
1.2- Determinantes e condicionantes	23
1.2.1- Aspectos socioeconômicos	23
1.2.2- Condições de vida, trabalho e meio ambiente	23
1.2.3- Hábitos de vida	24
1.3- Acesso a ações e serviços de saúde	25
1.3.1- Atenção básica	25
1.3.2- Atenção especializada	27
1.3.3- Atenção hospitalar	28
1.3.4- Atenção às urgências	29
1.3.5- Assistência farmacêutica	30
1.3.6- Saúde mental	30
1.3.7- Vigilância em saúde	31
1.4- Gestão em saúde	33
1.4.1- Gestão do trabalho e educação em saúde	33
1.4.2- Gestão de materiais e equipamentos	34
1.4.3- Financiamento	35
1.4.4- Participação e controle social	35
2- DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	37
Diretriz 1- Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, em tempo oportuno, com qualidade e resolutividade	37
Diretriz 2- Qualificação da Atenção Básica à Saúde.	38
Diretriz 3- Aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência e participação na articulação regional para organização e implantação dos seus componentes.	39
Diretriz 4- Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implantação dos componentes da Rede Materno-infantil, articulando as ações e serviços no âmbito local e regional	40
Diretriz 5- Aprimoramento da Rede de Saúde Mental, fortalecendo os pontos de atenção em nível municipal, para enfrentamento dos agravos decorrentes do uso de crack e outras drogas e o transtorno mental.	41
Diretriz 6- Garantia de atenção integral aos portadores de doenças crônicas e da pessoa idosa.	42
Diretriz 7- Implantação dos componentes da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com articulação das ações e serviços no âmbito local e regional.	42
Diretriz 8- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	43
Diretriz 9- Fortalecimento da Assistência Farmacêutica.	45
Diretriz 10- Valorização dos trabalhadores do SUS e democratização da gestão do trabalho.	46
Diretriz 11- Gestão de materiais e equipamentos	47
Diretriz 12- Garantia da Educação Permanente em Saúde	47
Diretriz 13- Desenvolvimento e fortalecimento dos espaços de participação social e garantia da participação do controle social	49
Referências	50
Anexos	51

Apresentação

O presente Plano aponta os principais focos de atuação que deverão ser pautados pela administração pública municipal nestes próximos 4 anos.

Seu conteúdo está em consonância com as políticas estadual e nacional de saúde, com base nas novas diretrizes definidas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e pela Lei 141, de 13 de janeiro de 2012, buscando vivenciar um novo momento de inovações, as quais deverão promover transformações na gestão, no planejamento da saúde e nos resultados sanitários.

Foi construído de forma ascendente, visando contemplar todos os anseios da comunidade e dos trabalhadores da saúde. Para isso, foram utilizadas as informações e as propostas produzidas nas oficinas de discussão realizadas nas unidades de saúde e serviços, nas deliberações das Conferências Municipais de Saúde e nas discussões das comissões do Conselho Municipal de Saúde.

Sua estrutura obedece as normas propostas pelo Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde.

Esperamos que este documento seja mais do que um simples cumprimento de prerrogativas legais, mas que exerça um papel importante de nortear e fundamentar as ações realizadas no âmbito municipal, porém de forma integrada com a região de saúde, com a finalidade de alcançar melhores resultados e contribuir com a qualidade de vida da população maringaense.

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário de Saúde

1- Análise situacional

1.1- Condições de saúde

1.1.1- Panorama demográfico

Maringá é um município brasileiro do estado do Paraná, de porte médio-grande, planejada e de urbanização recente, sendo a terceira maior do estado e a sétima mais populosa da região sul do Brasil. Destaca-se por ser um importante entroncamento rodoviário regional.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Maringá em 2012 foi de 367.410 habitantes, com densidade populacional de 753 habitantes/km², sendo que a maior concentração é na região norte do município.

A taxa de urbanização, que é a percentagem de população residente na área urbana, é de 98,2%. No Paraná esta taxa é de 85,33% e no Brasil de 84,36% (PARANÁ, 2013).

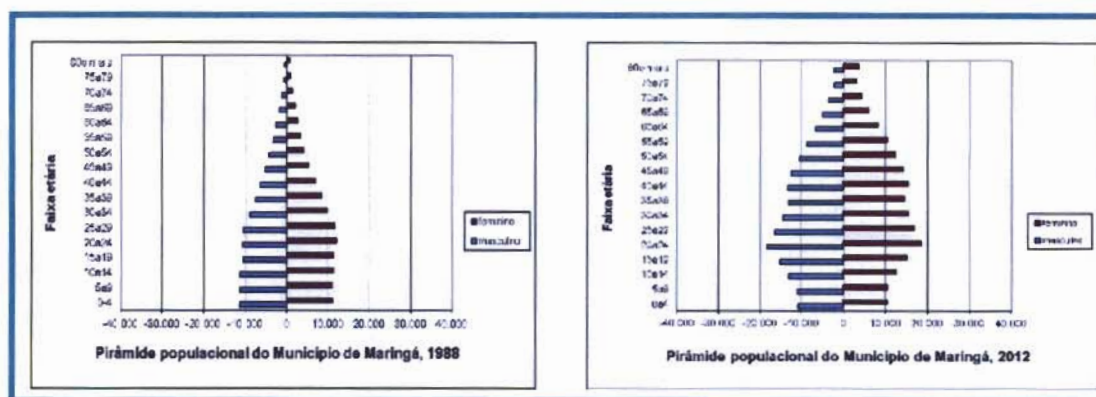


Figura 1- Pirâmides populacionais de Maringá, de 1988 e 2012.

Fonte: IBGE

Como se pode observar na Figura 1, as pirâmides populacionais de Maringá de 1988 e de 2012 mostram um grande aumento nas populações da faixa etária adulta e idosa.

Dados do IBGE apontam também, que o crescimento médio geométrico anual do município, no período entre 2000 e 2010 foi de 2,15%, um dos maiores do estado do Paraná. No entanto, a taxa de fecundidade, número médio de filhos que teria uma mulher ao final do seu período fértil, caiu de 6,16 em 1940 para 1,86 em 2010, abaixo do nível de reposição, que é de 2,10 filhos por mulher, o que tem contribuído para o envelhecimento da população. Estudos demonstram que a redução se deu pelo aumento do nível de instrução. Nas mulheres sem instrução e com ensino fundamental incompleto, a taxa de fecundidade chega a 3,00 filhos por mulher,

enquanto que, entre as mulheres com ensino superior completo, a taxa é de 1,14 filho (IBGE, 2010).

A baixa taxa de fecundidade tem acarretado mudança na estrutura etária populacional, que se apresenta bem mais envelhecida, em função do aumento proporcional de idosos e diminuição de crianças.

Em Maringá, o percentual de jovens de zero a 14 anos, que era de 38,2% em 1980, passou para 24,1% em 2012, enquanto que o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 4,0% em 1980, passou para 7,4% em 2012. O aumento da expectativa de vida no município de 66,51 anos em 1991 para 72,22 anos em 2000.

O processo de envelhecimento da população significa o aumento das condições crônicas, que tem se tornado um grande desafio para os gestores.

Quando analisada a cor da população, observa-se que em Maringá a maioria é branca (69%), seguida da parda (21,1%), amarela (5,2%), preta (4,7%) e indígena (0,1%) (IBGE, 2012).

Entre os agravos e doenças, os negros têm mais chances de desenvolver doenças cerebrovasculares, doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite, hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatose, desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais, derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

1.1.2- Mortalidade e Morbidade

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial as doenças crônicas, por atingir os segmentos de maior idade.

As condições crônicas vão além das doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, ao envolverem doenças infecciosas como hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, condições relacionadas a maternidade e ao período perinatal, condições ligadas à manutenção da saúde por ciclo de vida, distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas, doenças metabólicas, doenças bucais, as condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevem nos padrões biomédicos.

As condições crônicas se iniciam e evoluem lentamente, usualmente apresentam múltiplas causas, como hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos. Já as condições agudas iniciam repentinamente, apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada, geralmente são de curta duração, e respondem bem a tratamentos específicos por uso de medicamentos e/ou

procedimentos cirúrgicos. A atenção aos eventos agudos depende dos conhecimentos e das experiências dos profissionais para diagnosticar e tratar.

Historicamente, o sistema de saúde está voltado para o tratamento das condições agudas, com ações e serviços de saúde para tratar o evento agudo, que é necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos, contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde a longo prazo (MENDES, 2012).

a) Mortalidade geral

Em 2012 ocorreram 2.009 óbitos de residentes do município de Maringá. Destes, 54,7% foram de indivíduos do sexo masculino.

A taxa de mortalidade geral no município vem crescendo nos últimos anos, conforme demonstrado na Figura 2.

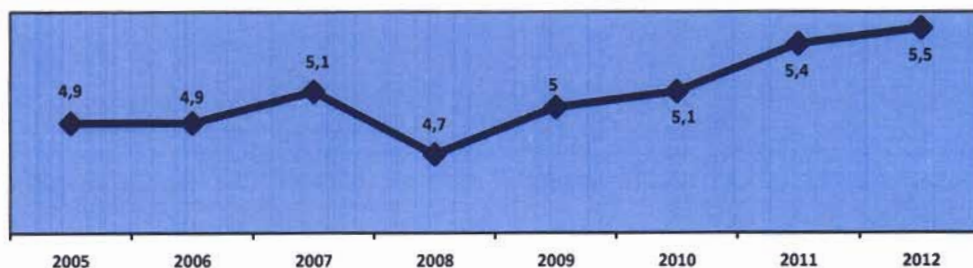


Figura 2- Taxa de mortalidade geral em Maringá, de 2005 a 2012.

Fonte: SIM

As doenças do aparelho circulatório lideram as causas de morte no município, como em todo país, especialmente a diabetes, o AVC e o infarto agudo do miocárdio.

Apesar disso, observa-se na Figura 3, que tem ocorrido um declínio da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório e aumento da taxa de mortalidade por causas externas, a qual passou a ser a 3ª causa de mortalidade em 2012, acompanhando as taxas nacionais. Este incremento se deve principalmente aos homicídios e acidentes de trânsito.

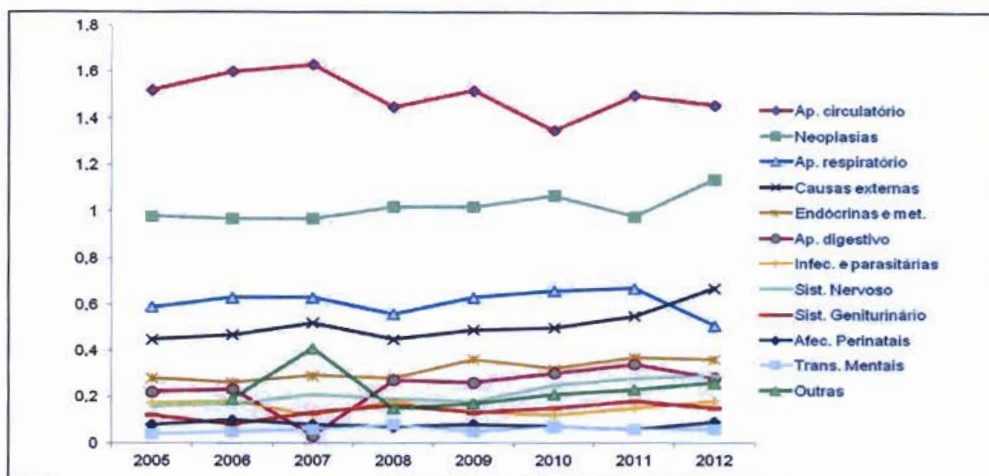


Figura 3- Taxa de mortalidade geral por causas em Maringá de 2005 a 2012.

Fonte: SIM

b) Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Com relação à taxa de mortalidade prematura na faixa etária entre 30 e 69 anos pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis, que são as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, observa-se que, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em Maringá vem se mantendo nos anos de 2009 a 2011, entre 253 e 261 por 100.000 habitantes desta faixa etária. Porém, apresenta-se mais baixa que a taxa brasileira que, de 2009 a 2011, variou entre 317 e 323 por 100.000 habitantes (Figura 4).

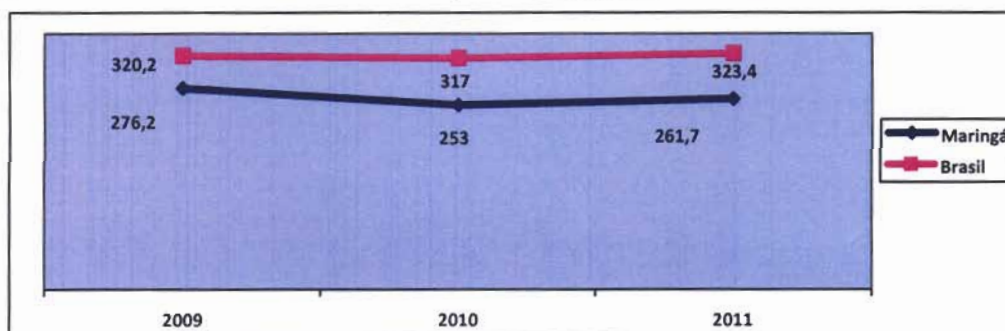


Figura 4- Taxa de mortalidade prematura na faixa etária entre 30 e 69 anos pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis em Maringá e Brasil, de 2009 a 2011.

Fonte: SIM

Neoplasias

Quando analisadas as principais causas de mortes por neoplasias, observamos que em Maringá o câncer de pulmão tem ocupado o primeiro lugar nos últimos anos, principalmente no sexo masculino. O câncer de próstata também tem figurado entre as principais causas de morte por neoplasias no sexo masculino. No sexo feminino, o câncer de mama lidera entre as principais causas de morte por neoplasias nos últimos anos.

Apesar de ser a principal causa de morte entre as neoplasias, a taxa de mortalidade por **câncer de pulmão** no sexo masculino tem apresentado declínio nos três últimos anos, conforme demonstrado na Figura 5.

A Secretaria de Saúde assinou o Termo de Compromisso de Ambientes Livres de Tabaco em 14/11/07, com a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis e possui legislação específica para proibir o uso de tabaco em ambientes coletivos, desde 2006, o qual é considerado um dos principais fatores de risco para o câncer de pulmão.

Anualmente vem sendo realizado programas de combate ao tabagismo, bem como grupos de cessação do tabaco em 17 UBS e no CAPS ad, visando a redução do câncer de pulmão. Necessita-se ampliar os grupos de cessação do tabaco para 100% das UBS para favorecer o acesso da população que deseja abandonar este hábito. Embora tenha sido realizada capacitação de médicos de todas as UBS para o desenvolvimento destes grupos, a rotatividade destes profissionais tem prejudicado esta meta.

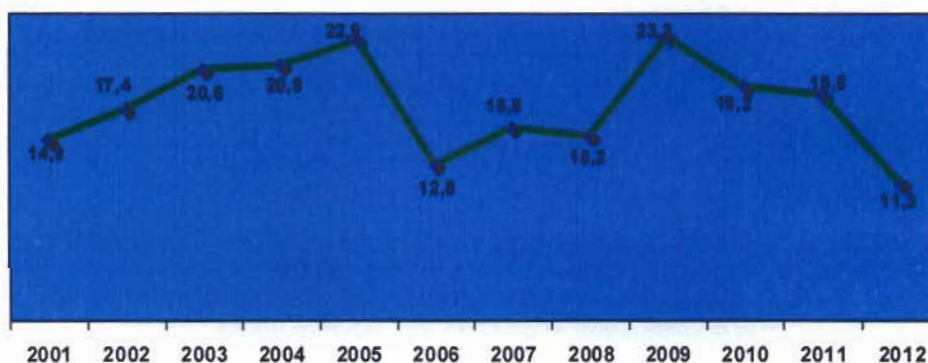


Figura 5- Taxa de mortalidade por câncer de pulmão no sexo masculino, em Maringá, de 2001 a 2012.

Fonte: SIM

A taxa de mortalidade por **câncer de próstata** vem variando entre 10,3 e 16,8 por 10.000 homens nos anos de 1998 a 2012, com exceção dos anos de 1999 e 2001 que apresentaram-se mais baixos, conforme Figura 6. No Brasil, em 2010, esta taxa foi de 13,1/10.000 homens e no Paraná, de 15,1/ 100.000.

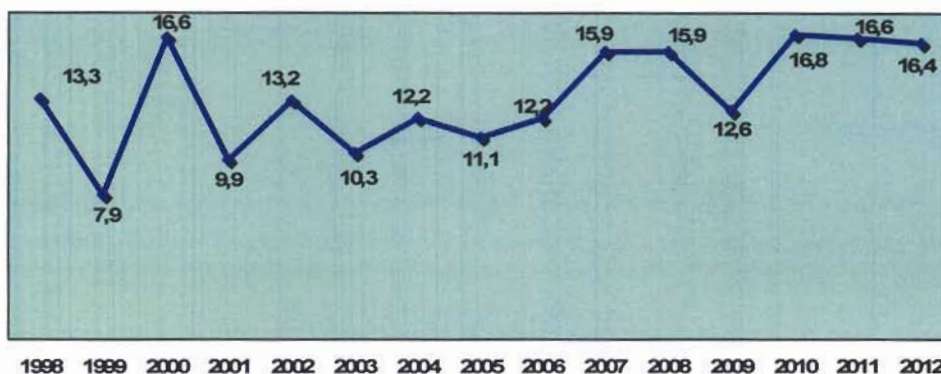


Figura 6- Taxa de mortalidade por câncer de próstata, em Maringá, de 1998 a 2012.

Fonte: SIM

A meta de coleta de exames de PSA em homens acima de 40 anos não tem alcançado 30% nestes anos, mas vem aumentando significativamente, conforme demonstrado na Figura 7, mostrando que os profissionais vêm se sensibilizando com a necessidade de ampliação de cobertura de exames diagnósticos e com a captação precoce do câncer de próstata.

Em 2009, a Secretaria de Saúde implantou cinco referências nas UBS maiores, com médicos capacitados para atender a população masculina, visando o diagnóstico dos principais problemas que acometem o gênero, principalmente o câncer de próstata. Porém, é necessário continuar investindo na ampliação de cobertura de exames diagnósticos e em capacitações da rede, visando à redução da mortalidade por câncer de próstata.

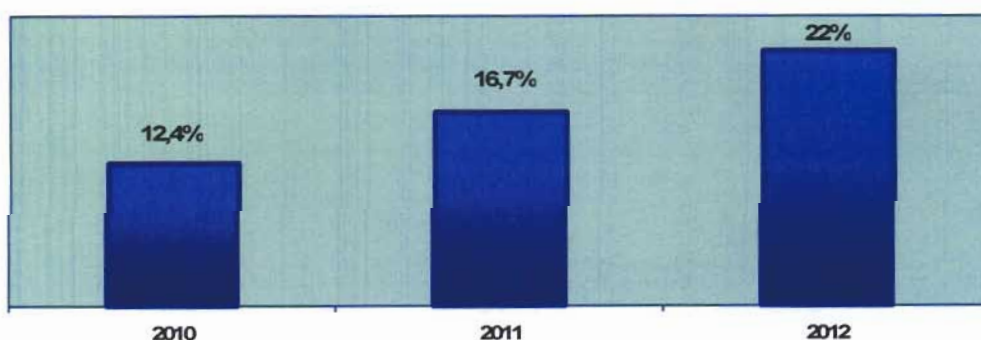


Figura 7- Exames de PSA realizados nos homens de 40 anos ou mais, em Maringá, de 2010 a 2012.

Fonte: Laboratório Municipal

Observa-se pela série histórica (Figura 8), que o coeficiente de mortalidade por **câncer de mama** teve alto índice em 2004, com 19,3/100.000 mulheres e depois apresentou um declínio, mantendo-se nos anos posteriores. Este coeficiente esteve

acima do índice nacional que, em 2010 foi de 12,3/100.000 mulheres. Quanto à mortalidade por **câncer de colo de útero**, o coeficiente teve um pico de 7,9 em 2009 e agora vem se mantendo entre 3 e 5/100.000 mulheres nos últimos anos, equiparando-se ao índice nacional.

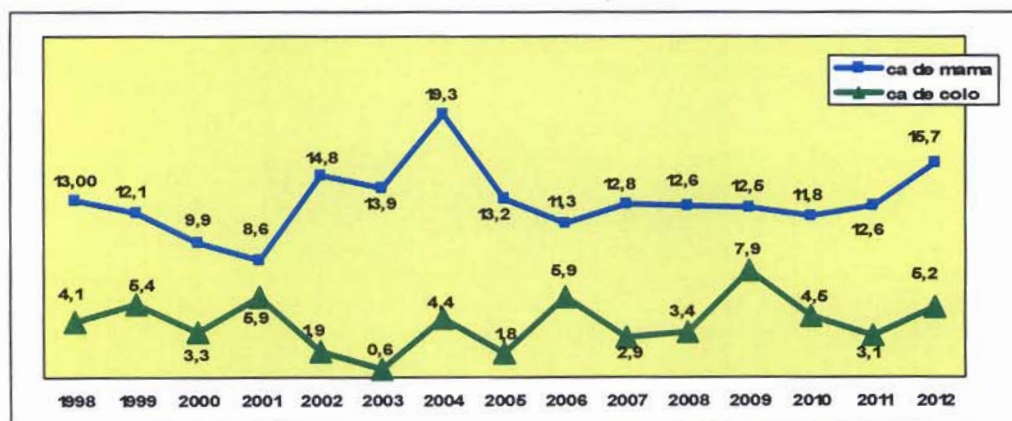


Figura 8- Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero e mama, em Maringá, de 1998 a 2012.

Fonte: SIM

Apesar da grande mobilização nestes anos, com a finalidade de alcançar índices de cobertura de exames para detecção do câncer de colo de útero e de mamas, por meio de parcerias com empresas, atendimentos em contraturno, campanhas na comunidade e outras ações, a meta pactuada para cobertura dos exames colpocitológico e de mamografia não tem sido alcançada.

Violências e Acidentes

Quando avaliada a mortalidade por causas externas em 2012, observa-se que, dos 237 óbitos ocorridos, 175 foram do sexo masculino (73,8%), sendo que os acidentes lideram, seguidos dos homicídios, suicídios e quedas, conforme demonstrado na Figura 9.

A taxa de homicídios no sexo masculino em Maringá é duas vezes menor do que a média brasileira. As demais taxas equiparam-se.

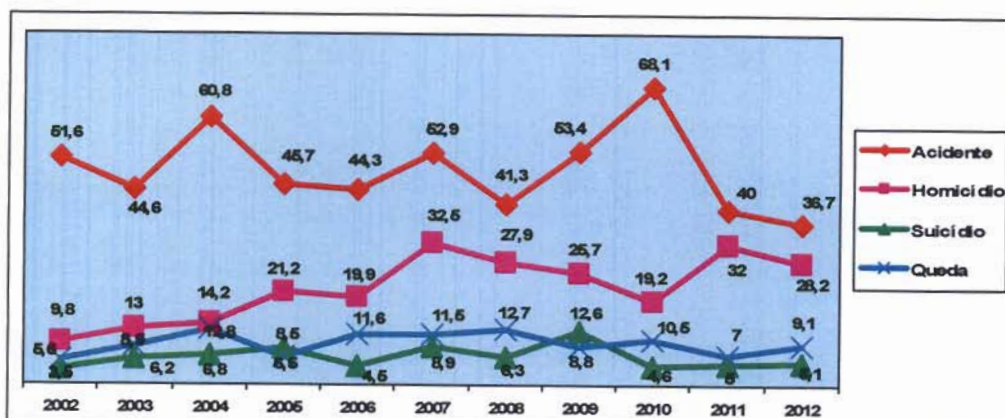


Figura 9- Taxa de mortalidade por causas externas, no sexo masculino, segundo principais eventos, em Maringá, de 2002 a 2012.

Fonte: SIM

Dentre as internações hospitalares pelo SUS, as causas externas assumem a segunda posição, atrás apenas dos eventos relacionados à gravidez, parto e puerpério.

Observa-se na Figura 10, que os casos de internações no sexo masculino são aproximadamente 2,5 maiores que o feminino, inclusive com curva ascendente nos dois últimos anos.

Quando analisado o tipo de agravo observa-se que em todos os anos o traumatismo craniano foi a principal causa, especialmente na faixa etária de 15 a 49 anos, seguida de fratura de ossos da perna-tornozelo. As fraturas de antebraço acometem principalmente a população de 5 a 14 anos e é a 3ª causa de internação.

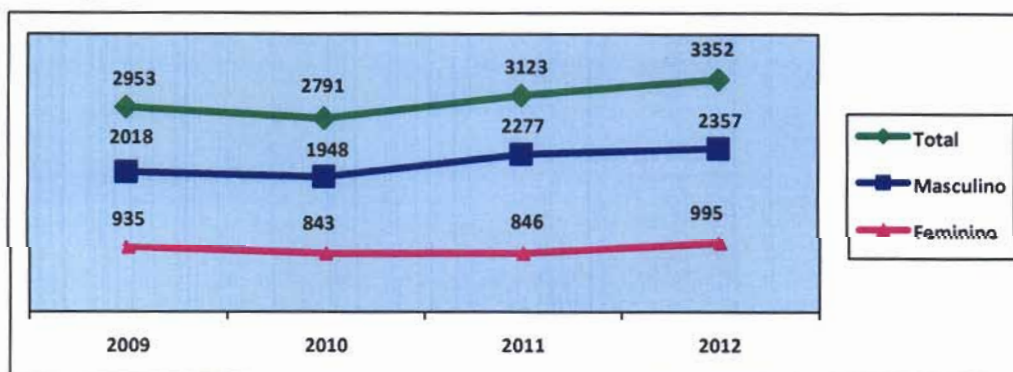


Figura 10- Taxa de internação por causas externas, segundo sexo, em Maringá, de 2009 a 2012.

Fonte: SIH

Quanto às internações por fratura de fêmur entre os idosos observa-se na Figura 11, que este tipo de agravo nos últimos anos, teve variações com a menor taxa em 2010 e a maior em 2009. As ações pontuais para diminuição das quedas realizadas

pelas equipes da atenção básica e da promoção em saúde podem ter resultado no maior controle dos mesmos.

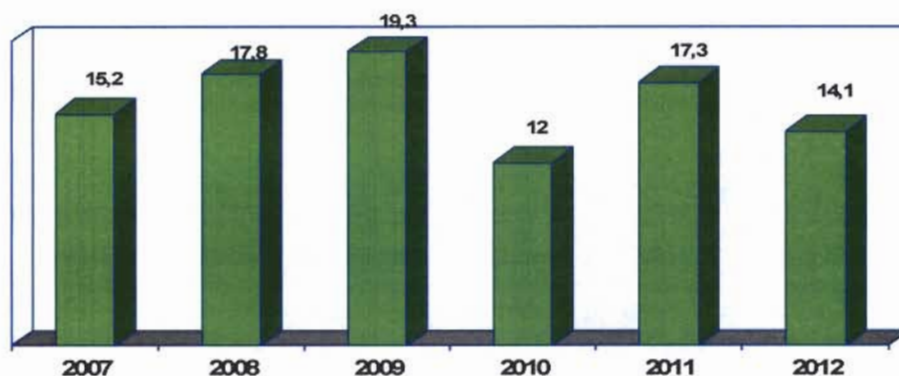


Figura 11- Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos, em Maringá, de 2007 à 2012.

Fonte: SIH

Quanto à violência sexual e doméstica, a Secretaria de Saúde implantou a Rede de Prevenção de Violências e Acidentes com a participação de várias instituições, o Protocolo de Assistência às Vítimas, investiu em capacitação dos profissionais da Rede, bem como em campanhas de sensibilização.

A ampliação da atuação da Rede de Prevenção de Violências e Acidentes com a descentralização em 13 grupos nas UBS que ocorreu em 2010, proporcionou melhor resolutividade dos casos, bem como o crescimento expressivo do número de notificações: de 24 em 2009, para 450 em 2012. Além disso, os profissionais da rede estiveram mais sensibilizados quanto à importância da vigilância aos casos de violências.

Entretanto, este cenário aponta para a necessidade de investir na implementação desta Rede, buscando parcerias para intensificar as ações e atuar na sensibilização da população quanto à importância de medidas para redução destes eventos, que têm se tornado um grande problema de saúde pública, não só no município, mas em todo o país.

c) Doenças transmissíveis

As doenças transmissíveis atingem milhares de pessoas, especialmente em países em desenvolvimento, e constituem importante problema de saúde pública.

Dengue

Em Maringá, a dengue nos últimos anos, tem se apresentado de forma epidêmica atingindo um grande número de pessoas, com a circulação simultânea de 3

sorotipos (DEN 1, DEN 2 e DEN 3), existindo a possibilidade do aumento da gravidade dos casos, com a introdução do sorotipo DEN 4 no Brasil.

A primeira notificação e confirmação de caso de dengue em Maringá, ocorreu em 1995, com coeficiente de incidência de 323,5/100.000 habitantes. Desde então, esta doença vem ocorrendo de forma endêmica, com a introdução do sorotipo 2 nos anos de 2002/2003, permanecendo assim até 2006. Em 2007, a epidemia se instalou apresentando um coeficiente de 1.714/100.000 habitantes e com a introdução do sorotipo 3. Neste ano, a gravidade dos casos foi maior, com um caso de dengue com complicação, dois casos de febre hemorrágica da dengue e um de síndrome do choque da dengue. Quanto aos óbitos, verificou-se a ocorrência de três pela dengue e dois por outras causas.

Em 2010, houve nova epidemia, com 3.704 casos, cuja incidência foi de 103,7 por 100.000 habitantes (Figura 12). Ressalta-se que o risco epidemiológico está presente constantemente no município, com a circulação viral predominante dos vírus 1, 2 e 3 até a presente data. No ano de 2012, foram confirmados 62 casos de dengue.

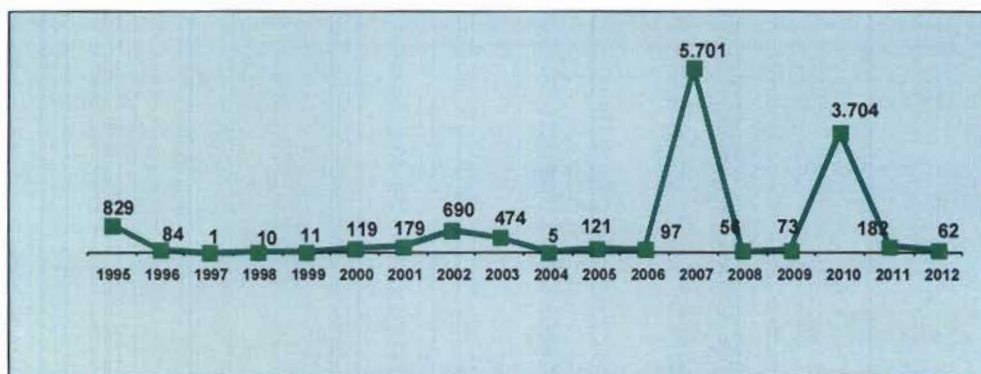


Figura 12- Nº de casos confirmados de dengue em Maringá, de 1995 a 2012.

Fonte: SINAN

Hepatites virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diversos agentes etiológicos, que vem atingindo um grande número de indivíduos e pode apresentar complicações das formas agudas e de médio e longo prazo, quando da sua cronificação. Tem distribuição universal e magnitude variável de região para região. No Brasil, as maiores taxas de hepatite A e B estão nas regiões Centro-Oeste e Norte, e Hepatite C na região Sudeste.

No período entre 2009 a 2012, foram notificados 951 casos de hepatites virais em Maringá, com maior frequência das hepatites B e C. Destes, foram confirmados laboratorialmente 232 casos do Tipo B e 245 do Tipo C. A taxa de incidência está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da incidência de Hepatites Virais, Maringá, de 2009 a 2012.

ANO	VÍRUS A	VÍRUS B	VÍRUS C	VÍRUS B+C	TOTAL
2009	0	48	58	3	109
2010	2	54	43	0	99
2011	4	62	71	0	137
2012	1	68	73	0	142
TOTAL	7	232	245	3	487

Fonte: SINAN

Tuberculose

No tocante à tuberculose, a incidência de casos bacilíferos apresentou diminuição nos últimos quatro anos, passando de 13,7 por 100 mil habitantes em 2009 para 5,98 em 2012. Esse panorama coincide com o processo de descentralização das ações descritas no Plano de Controle da Tuberculose.

No entanto, a cura também diminuiu em Maringá, conforme apresentado na Figura 13, o que pode indicar a não apropriação das equipes da atenção básica no manejo da doença, haja vista que o número de óbitos dobrou nos últimos dois anos. A taxa de abandono de tratamento manteve-se em torno de 12%, sendo que o esperado é abaixo de 5%). A situação pode ser atribuída às populações vulneráveis de ruas e usuários de álcool e drogas que são difíceis de serem acompanhadas e consequente baixa adesão ao tratamento.

Hanseníase

Quanto à hanseníase, a doença também apresenta queda na incidência nos últimos quatro anos em Maringá, com taxa de 8,34 em 2009 e 6,53 para o ano de 2012. A cura dos casos de hanseníase em Maringá mantém-se em torno de 90%, acima da meta nacional que é de 85% (Figura 13).

Quando analisada a forma dos casos, observa-se o diagnóstico tardio, corroborado pelo dobro de multibacilares em relação aos paucibacilares. Percebe-se, que Maringá necessita intensificar o plano de ação para o enfrentamento dessas doenças milenares e tão presentes e de organizar a linha de cuidado com a efetivação do serviço de referência ambulatorial especializado para dar suporte à atenção básica.

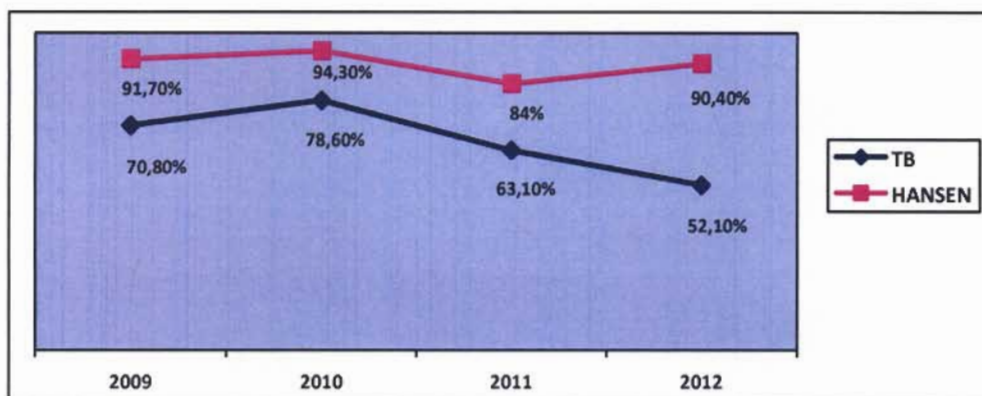


Figura 13- Taxa de cura de tuberculose e hanseníase em Maringá, 2009 a 2012.

Fonte: SINAN

Raiva

A raiva caracteriza-se por uma doença aguda do Sistema Nervoso Central (SNC) com 100% de letalidade, podendo acometer todos os mamíferos, logo é considerada uma zoonose de extrema importância em saúde pública. O morcego é um animal de relevância epidemiológica por constituir o ciclo aéreo de transmissão, percorrendo tanto a área urbana quanto a rural.

Em Maringá, do final do ano de 2012 até o mês de julho de 2013 foram recolhidos 58 morcegos, com a confirmação de sete morcegos positivos para o vírus da raiva. Por apresentar vasta arborização na área urbana, Maringá é uma cidade que favorece a presença destes animais, já que todas as espécies de morcegos recolhidos são insetívoras e frutívoras, encontrando condições perfeitas para alimentação, além de abrigo em forros de casas e nas próprias árvores, podendo favorecer a ocorrência de novos casos. Apesar disso, não houve nenhum caso de raiva humana nestes anos no município.

Além do recolhimento de animais para análise, a Secretaria de Saúde tem realizado várias ações para a prevenção da doença, tais como orientação de cunho educativo à população residente da área de ocorrência, visitas aos imóveis, com investigação domiciliar do esquema vacinal de animais e vacinação dos não vacinados.

Aids

A Aids é uma doença que representa um dos maiores problemas da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. No Brasil, embora haja muito mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da doença é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens. Em Maringá, em 2011, foram notificados 69 casos

novos de Aids. Destes, 20 em mulheres. No ano de 2012 houve um aumento da taxa em mulheres em 46% em relação ao ano anterior (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da frequência dos casos de Aids por ano de notificação, Maringá, de 2009 a 2012.

Ano	Sexo		Total	Incidência
	Masculino	Feminino		
2009	68	22	90	26,8
2010	45	25	70	19,6
2011	49	20	69	19,0
2012	54	37	91	24,8

Fonte: SINAN/ DATASUS

Com relação à taxa de incidência no município, vem apresentando tendência à estabilização, em patamares elevados nos últimos anos, atingindo em 2012, 24,8 por 100.000 mil habitantes.

Influenza

Na análise dos casos da influenza A pandêmica (H1N1), no período de 2009 a 2012, é possível observar a tendência de queda no número de casos em Maringá, possivelmente pela introdução precoce da medicação dentro das primeiras 48 horas e imunização para os grupos de risco. O primeiro caso positivo de residentes ocorreu em junho 2009. Neste ano, foram notificados 5.672 casos, dos quais 4.013 foram confirmados, conforme demonstrado na Figura 14. A mortalidade foi alta, com 13 óbitos.

Nos anos subsequentes, foram confirmados 467 casos em 2010, um caso em 2011 e 28 em 2012, sem ocorrência de óbitos. Houve predomínio de casos entre as mulheres. A pesquisa de vírus respiratórios, a partir de 2012, mostrou maior frequência dos vírus: rinovírus, vírus sincicial respiratório e o adenovírus.

Percebe-se que a co-morbidade é o fator preponderante na maioria dos óbitos, assim como os pacientes que procuram atendimento médico tardiamente.

O número de casos de influenza aumenta no período frio do ano, principalmente entre maio a agosto, meses onde há aumento no conjunto de doenças respiratórias.

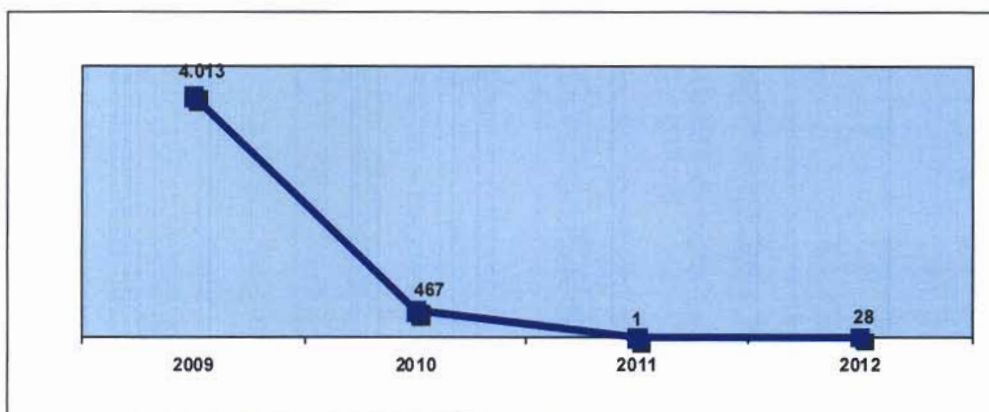


Figura 14- Número de casos confirmados de H1N1 em Maringá, de 2009 a 2012.

Fonte: SINAN

d) Mortalidade materno-infantil

O **coeficiente de mortalidade infantil**, demonstrado na Figura 15, vem se mantendo em torno de 10 óbitos por mil nascidos vivos. A prematuridade está relacionada diretamente à qualidade do pré-natal, parto e nascimento, corroborada pelas altas taxas de cesárea. Maringá apresentou no período de 2009 a 2011, taxas em torno de 80%, índice muito alto, quando comparado ao estado do Paraná, que em 2008 foi de 55,2% e Brasil, com 48,5%. Observa-se que no ano de 2012, a taxa de cesárea apresentou um pequeno declínio, passando para 78,4%, justificado pela diminuição deste tipo de parto no SUS que mantinha uma média de 62% nos últimos 3 anos, passando para 56,6% em 2012.

O percentual de nascimentos prematuros neste mesmo período foi em torno de 11%. No ano de 2012, foi 13,3%, favorecendo a ocorrência de óbitos infantis. A referência nacional de partos prematuros é de 6,7%.

Houve redução da mortalidade infantil neonatal, o que pode estar relacionado à qualidade do pré-natal e à garantia de assistência precoce ao recém-nascido.

Em 2012 foram implantados novos processos da assistência da Rede Cegonha/ Rede Mãe Paranaense, em parceria com o Estado e o Ministério da Saúde.

No município, foi implantada o Programa Mãe Maringaense que incorporou todos os dispositivos das redes nacional e estadual e investirá no transporte sanitário das gestantes e crianças de alto risco para os ambulatórios e hospitais de referência no atendimento dessa clientela.

Foi revisado o Protocolo de Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério, implantada a classificação de risco da gestante e da criança, investido em capacitações (programa de reorganização da Atenção Primária do SUS no Paraná- APSUS,

capacitações pelos hospitais e discussões com a rede básica no Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade- PMAQ e reprogramadas ações e serviços para uma cobertura mais adequada.

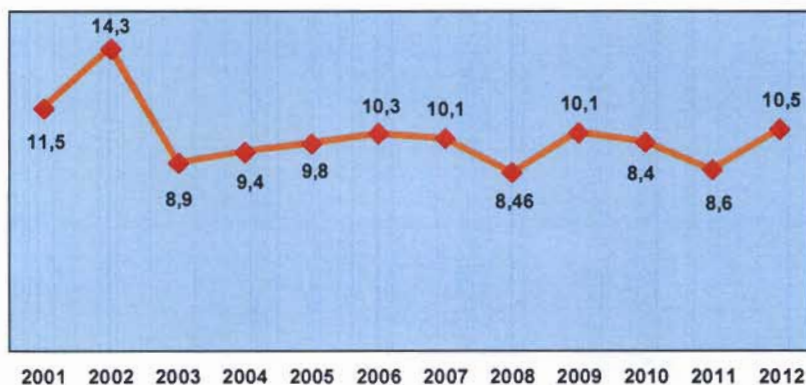


Figura 15- Coeficiente de mortalidade infantil em Maringá, de 2001 a 2012.

Fonte: SIM

O **índice de aleitamento materno** exclusivo até seis meses de idade aumentou de 43,6% em 2010, para 50,3% em 2012, conforme pesquisa Amamentação nos Municípios (AMAMUNIC) realizada em parceria com o Instituto de Saúde de São Paulo. O Comitê de Amamentação tem atuado nestes anos com capacitações da IUBAAM nas UBS, capacitações nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e campanhas de orientação nas empresas e instituições e nas Semanas de Aleitamento Materno realizadas anualmente.

A **sífilis congênita** reflete a qualidade do pré-natal, uma vez que pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: na gestação e no parto. Em Maringá nos últimos quatro anos, foram confirmados um caso no ano de 2009 e um em 2012. Porém, no ano de 2013 até agosto, já foram confirmados nove casos, superando a média dos últimos anos. Quanto à infecção em gestantes, observa-se que foram confirmados 19 casos nos últimos quatro anos, prevalecendo o maior índice de infecção entre as mulheres de 20 a 34 anos, com 13 casos. A situação atual é preocupante, tendo em vista que até agosto de 2013, já foram confirmados 23 casos.

Esse aumento pode estar relacionado à implantação da Rede de Atenção Materno-infantil, que vem desenvolvendo ações pontuais com maior monitoramento da assistência à saúde desta clientela e a apropriação dos protocolos.

Este panorama denota a importância de as equipes estarem mais atentas ao aumento da doença e ao controle efetivo.

O **coeficiente de mortalidade materna** apresenta-se cíclico, com variação entre um e dois casos, conforme demonstrado na Figura 16, com exceção dos anos de 2005 e 2009 que apresentaram quatro e cinco casos respectivamente, aumentando muito o coeficiente.

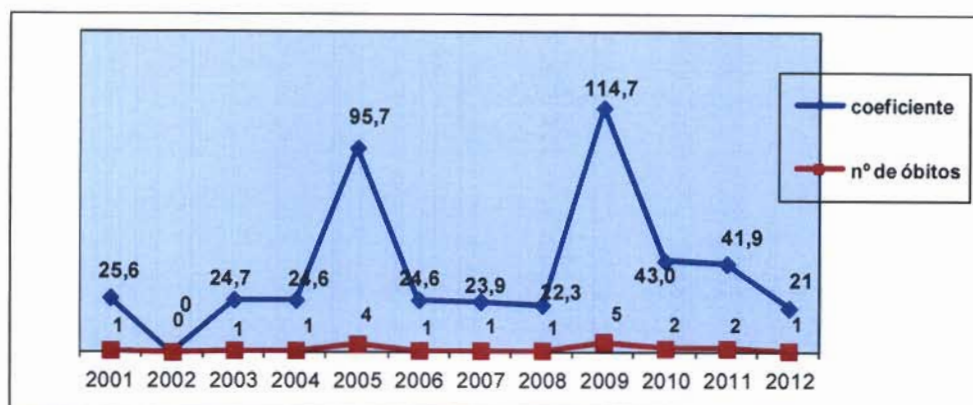


Figura 16- Coeficiente de mortalidade materna em Maringá, de 2001 a 2012.
Fonte: SIM

1.2- Determinantes e condicionantes

1.2.1- Aspectos socioeconômicos

A economia predominante na região é o comércio varejista e a prestação de serviços, principalmente no setor saúde, educação, alimentos e vestuário, acrescida do aquecimento no setor imobiliário, com a abertura de novos loteamentos e do processo de verticalização com o aumento na oferta de vagas na construção civil. Além disso, Maringá por situar-se numa localização de entroncamento viário, vem crescendo nos últimos anos a instalação de indústrias e grandes empresas no município.

Em função disso, atrai populações de várias regiões brasileiras à procura de novas oportunidades de trabalho, além dos trabalhadores que residem em municípios conurbados com Maringá, mas trabalham em nosso território. Tal cenário demanda do setor saúde uma política de atenção à saúde do trabalhador.

1.2.2- Condições de vida, trabalho e meio ambiente

No tocante ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Maringá ocupa a 23ª posição entre os municípios brasileiros com índice 0,808, considerado pelo PNUD como “muito alto desenvolvimento humano” (PNUD, 2013). A área territorial do município corresponde a 487,930 Km², com conservação de 03 bosques de matas nativas. A cidade é uma das mais arborizadas do país e possui em sua fauna várias espécies de morcegos.

Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto que a rede de esgoto tem cobertura de 85,73% de coleta, o qual é 100% tratado. A média nacional é de 35% (PMAE, 2011).

Está em fase de licitação à implantação de esgoto nos distritos de Iguatemi e Floriano, otimizando a cobertura de coleta e tratamento em 100%.

Estão cadastrados no território de Maringá, 188.069 imóveis, segundo dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNC/D/2013), dos quais 107.673 correspondem a domicílios, ou seja, em média existem três habitantes por residência. A pavimentação é de 97,8%, com calçadas totaliza 94%, e somente 15,4% com rampas que favorecem a acessibilidade urbana.

A análise do número de domicílios e pessoas residentes favorece o planejamento das ações e serviços de saúde, especialmente para as equipes de atenção básica.

O governo municipal constituiu uma Comissão de Estudos com servidores das secretarias pertinentes, para efetuar um diagnóstico situacional das calçadas da cidade e a partir desses estudos padronizar um modelo que contemple as questões de acessibilidade.

Paralelamente podemos afirmar que, para as obras públicas mais recentes e todas as que se encontram em andamento (escolas, centros municipais, ATI, UBS), foram observadas e atendidas às regras da Norma Brasileira – NBR 9050 para Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos.

Para os projetos de novas edificações estão sendo exigidos os quesitos de acessibilidade. As edificações já existentes estão sendo avaliadas caso a caso, para adequação.

1.2.3- Hábitos de vida

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010). Assim, em 2006 foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS aponta seis diretrizes, que tratam de reconhecer a promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; procura estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

Fundamentado nestas diretrizes o município de Maringá vem investindo há alguns anos em ações voltadas na promoção e prevenção em saúde, sob coordenação

do Programa Maringá Saudável. Para isto, a Secretaria de Saúde tem buscado diversas parcerias da esfera pública e privada para dar continuidade ao fortalecimento desta política, que se constitui em uma das prioridades da gestão.

Maringá tem como foco o controle do tabagismo, da obesidade, a prevenção das violências, acidentes, alcoolismo, drogadição, o investimento em hábitos alimentares saudáveis e o incentivo à prática de atividade física. A Prefeitura de Maringá oferece equipamentos públicos para prática de atividades saudáveis, entre eles podemos salientar: 52 Academias da Terceira Idade (ATI) e 12 Centros Esportivos. Liberados recursos para a construção de 2 Polos Academia da Saúde, que são espaços destinados à população para praticar atividades saudáveis voltados à atividade física, orientação à alimentação adequada, entre outros.

Foram implantadas 29 Hortas Comunitárias que além de proporcionar acesso aos produtores a uma alimentação mais saudável, constituem-se como fonte de renda, garantindo sua sustentabilidade.

Além disso, o maringaense conta com 21 espaços públicos voltados para o esporte, pistas de caminhadas nos parques, no horto florestal e outros, os quais têm atraído a população cada dia mais para a realização de atividades físicas.

1.3- Acesso a ações e serviços de saúde

Os gestores do SUS estão em processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No Brasil, está em andamento a implantação das Redes Temáticas: Materno-infantil, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Doenças Crônicas e Pessoas com Deficiência até 2014.

A implantação das RAS busca superar a fragmentação histórica do sistema de saúde, favorecer a concorrência entre os serviços, melhorar a orientação dos usuários dentro do sistema, eficiência na gestão dos recursos, propiciar o seguimento horizontal dos usuários e boas práticas no mundo do trabalho em saúde e efetivar de forma organizativa o monitoramento e avaliação.

Em 2011/2012 iniciou-se em Maringá a discussão sobre a inovação do processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS, de forma a produzir melhor impacto nos indicadores de saúde da população, tendo a atenção básica como ordenadora e como centro de comunicação da Rede.

A Secretaria de Saúde vem buscando qualificar a atenção básica para que a mesma assuma este papel. Em 2012, fez adesão à Rede Cegonha e iniciou a

configuração das Redes de Atenção Psicossocial, de Atenção às Urgências e dos Portadores de Doenças Crônicas, em conjunto com a 15ª Regional de Saúde.

1.3.1- Atenção básica

A rede básica do município de Maringá é composta por 28 UBS (Figura 17), com 66 Equipes da Estratégia Saúde da Família. Conta também com sete equipes de NASF, 22 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e quatro Clínicas Odontológicas do Bebê. Estão sendo implantadas mais sete UBS nos seguintes bairros: Zona 7, Império do Sol, Paulino, Paraíso, Portal das Torres, Paris e Vardelina.

Em 2011 foram realizadas várias oficinas com os profissionais da rede para adequação das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família, bem como a atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esta adequação foi necessária para atender às normas da Portaria da Política Nacional de Atenção Básica que define o contingente populacional máximo por equipe e para reformular a adstrição dos territórios, frente à implantação de UBS novas. Por este motivo, a cobertura de Equipes de Saúde da Família em Maringá que estava em torno de 70%, baixou para 63,5%, em fevereiro de 2013, segundo dados do SIAB.

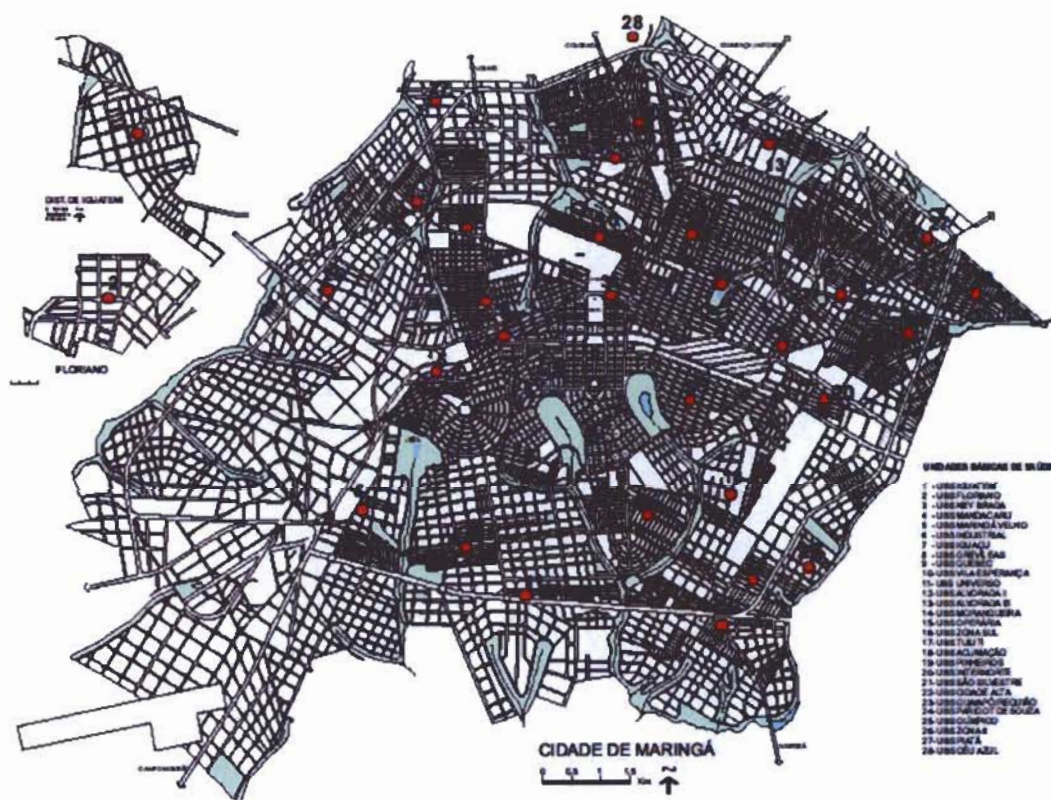


Figura 17- Mapa de Maringá, com a localização das 28 Unidades Básicas de Saúde.

Com relação à saúde bucal, embora tenham sido implantadas 22 Equipes de Saúde Bucal, ainda existem filas para atendimento, mostrando que há necessidade de melhorar o acesso a este serviço, apesar de que o indicador de CPO-D (Dentes Cariados, Obturados e Perdidos) aos 12 anos, na última pesquisa realizada em 2010 apresentou resultados bastante favoráveis, mostrando uma redução de 3,79 em 1996 para 0,94 em 2010.

O Plano Diretor de Atenção Primária do APSUS vem contribuindo para o processo de educação permanente das equipes e para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As equipes de NASF tiveram o número de profissionais ampliado e readequado e em conjunto com a equipe de apoiadores institucionais criada em 2012, estão atuando na implementação do processo de trabalho nas unidades através do matriciamento, o que auxiliou no ótimo desempenho apresentado pelas equipes na avaliação externa do PMAQ, onde mais de 70% foram avaliadas como muito acima da média e as demais como acima da média.

Destacamos ainda, a grande dificuldade que a Secretaria de Saúde enfrentou para manter as Equipes de Saúde da Família completas, considerando a alta rotatividade de médicos na rede.

Mesmo assim, as equipes mantiveram-se em constante atividade na comunidade, participantes ativos de capacitações, atualizações e formulações de protocolos e cursos.

1.3.2- Atenção especializada

A atenção especializada de média complexidade é um grande desafio do SUS. A demanda é sempre maior do que a oferta e de modo geral não reflete a real necessidade da população. Em Maringá, a oferta de consultas de algumas especialidades, tem se apresentado ao longo dos anos, com muita dificuldade de acesso e ao mesmo tempo alta taxa de absenteísmo por parte dos usuários.

Levantamento realizado em julho/2013 mostrou que as maiores demandas estão nas especialidades de ortopedia, neurologia adulto, dermatologia, endocrinologia, angiologia, reumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e neurologia infantil.

Com a implantação das Redes Temáticas de Atenção, espera-se que a estratificação de risco e a utilização de serviços com bases em evidências científicas possam favorecer a diminuição desta demanda que muitas vezes é gerada a pedido do usuário e não é real.

No que se refere às cirurgias eletivas, o município organizou fila única de agendamento e a classificação de prioridade deve ser indicada pelo médico que realizou o encaminhamento à cirurgia. Normalmente, este encaminhamento ocorre após o paciente já ter sido atendido pelo especialista. Nota-se que a realização dos procedimentos de média complexidade hospitalar são preteridos pelas urgências, agravado pelo histórico déficit de leitos do município, que será tratado a seguir.

Todas as consultas e exames especializados contratualizados são regulados por meio da utilização do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG). A Central de Regulação realiza a verificação das solicitações, atentando para o encaminhamento correto aos serviços especializados, existência de exames prévios indicados em protocolos e retorno ao mesmo profissionais que iniciou o atendimento.

Com relação à saúde bucal, o município de Maringá possui em sua rede três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): o Zona Norte, de gestão municipal, o do CISAMUSEP, de gestão do consórcio e o da Universidade Estadual de Maringá (UEM), de gestão estadual, necessitando estabelecer uma articulação e regulação de suas ações e serviços.

1.3.3- Atenção hospitalar

A gestão de leitos hospitalares efetivos e de destinação ao SUS sempre foi um dos grandes problemas na gestão da saúde pública de Maringá.

Nos últimos anos o número de leitos SUS em Maringá passou de 740 em 2002 para 796 em 2012, um crescimento de apenas 7%, enquanto que a população cresceu 19%.

Soma-se a isso o envelhecimento da população, o aumento do acesso e uso de tecnologias duras, surgimento de novas doenças aumento considerável das causas externas e de doenças crônicas.

Segundo a Portaria 1.101/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), o parâmetro utilizado para calcular o número de leitos é de 3 leitos por 1.000 habitantes. Assim, para a população residente, seriam necessários 1.102 leitos. No entanto, há que se considerar que o município é polo de uma região com mais de 1,7 milhões de habitantes que utilizam alguns dos serviços hospitalares de alta complexidade do SUS na cidade de Maringá.

Dos 1.102 leitos necessários, a taxa de utilização pelo SUS é de aproximadamente 70%, ou seja, 771 leitos. Dados das internações hospitalares do SUS demonstram que 30% dessas, são de residentes em outros municípios. Assim, seriam necessários 1.002 leitos/SUS para atendimento da demanda.

Para o ano de 2012 as instituições contratualizadas disponibilizaram 796 leitos, conforme Quadro 1, correspondendo a um déficit de 206 leitos. Observa-se ainda, que do total de leitos/SUS, 266 foram disponibilizados pelo Hospital Psiquiátrico e Emergência Psiquiátrica que referenciam leitos psiquiátricos para a 11ª, 13ª e 15ª Regionais de Saúde.

Quadro 1- Instituições hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos SUS em Maringá- Paraná, 2013.

Hospitais	Leitos Existentes	Leitos SUS
Hospital Psiquiátrico	272	240
Hospital Universitário	31 PA + 66 + 20 UTI + 6 UCI	31 PA + 66 + 20 UTI + 6 UCI
Hospital do Câncer	96 + 6 UTI	65 + 4 UTI
Hospital Santa Rita	162 + 45 UTI	67 + 17 UTI
Hospital Santa Casa	190 + 35 UTI	116 + 20 UTI
Hospital Municipal	68 + 26 EP	68 + 26 EP
Hospital e Maternidade Maringá	68 + 6 UTI	0
Hospital Memorial	44 + 6 UTI	44 + 6 UTI
Hospital São Marcos	65 + 7 UTI	1
Hospital de Olhos de Maringá	3	2
Hospital Paraná	79 + 13 UTI	0
TOTAL	1.314	796

Fonte- Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação (GACA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A taxa de internação do SUS tem se apresentado em torno de 5 e 6%, abaixo do esperado que é de 8% (Figura 18). Isto pode ser atribuído à dificuldade de acesso da população à internação hospitalar pelo déficit de leitos.

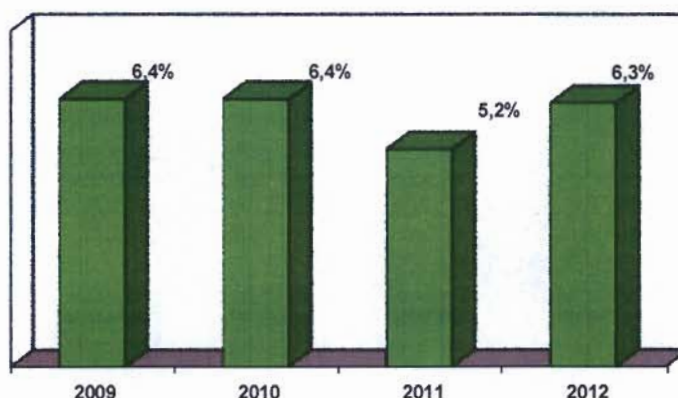


Figura 18- Taxa de internação SUS, em Maringá, de 2009 a 2012

Fonte: SIH

1.3.4- Atenção às urgências

Para o atendimento às urgências, Maringá conta atualmente com os seguintes pontos de atenção: 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de porte III na zona sul, 1 UPA de porte II na zona norte, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com Central de Regulação, Emergência Psiquiátrica e pronto socorros dos hospitais, em áreas específicas.

Em 2012 e 2013 iniciou-se discussão para a configuração da Rede de Atenção à Urgência e Emergência na região, com a organização do fluxo de atendimento e com a qualificação da Atenção Básica como um dos pontos de atenção

da rede e com o projeto de expansão da Rede SAMU para os outros municípios da 15ª Regional de Saúde.

O município ainda enfrenta grandes dificuldades para atendimento dos casos de urgência, especialmente em ortopedia e traumatologia.

1.3.5- Assistência farmacêutica

A rede é composta da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia de Manipulação de Medicamentos, Farmácia de Medicamentos Especiais, Farmácia 24 horas na zona norte, Farmácia Popular, farmácias no Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), no ambulatório de DST/AIDS, nas Unidades de Pronto Atendimento, no Hospital Municipal e unidades dispensadoras nas UBS.

A Secretaria de Saúde buscou nestes anos o aprimoramento da assistência farmacêutica, promovendo qualificação dos profissionais e revisando os protocolos assistenciais. Buscou também melhorar a estrutura física da CAF, com a transferência do almoxarifado de insumos para a saúde para a Central de Abastecimento Municipal e de algumas unidades dispensadoras e farmácias. Houve ampliação do quadro de farmacêuticos e auxiliares de farmácia, porém ainda não atendeu totalmente às necessidades. Foi instituída a rotina de revisões periódicas da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), com a sua publicação e ampliação do elenco de medicamentos que a compõe.

Em 2008, foi implantado o Sistema Gestor Saúde, um sistema informatizado que facilitou o controle da assistência farmacêutica nas diferentes etapas de seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).

1.3.6- Saúde mental

A rede de saúde mental em Maringá atualmente é composta pelas 28 UBS, um CAPS i, um CAPS de porte II, um CAPS ad (álcool e drogas), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), três Residências Terapêuticas (sendo duas masculinas e uma feminina), duas Equipes de Consultório de Rua e a Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal. Encontra-se em fase de construção o Complexo Integrado de Saúde Mental que irá proporcionar sede própria para todos os CAPS e CISAM.

Houve crescimento importante das ações de saúde mental na atenção básica, com a atuação dos NASF e com a criação de grupos de saúde mental e de cuidadores dos portadores de transtorno mental. O Projeto das Especificidades Regionais teve um papel importante neste crescimento, uma vez que contribuiu para a qualificação das equipes. A implantação do Centro de Atenção Psicossocial da Infância

e Adolescência (CAPS i) e da 3ª Residência Terapêutica implementaram a rede de atenção em saúde mental, tornando-a mais resolutiva. As parcerias para desenvolvimento das ações foram fundamentais. Além de parcerias locais nas UBS, vale destacar a participação da Secretaria de Assistência Social, Associação Maringaense de Saúde Mental, o Conselho Municipal de Política sobre Álcool e Drogas (COMAD), o Conselho Tutelar e o Hospital Psiquiátrico no desenvolvimento das ações. Não foi possível habilitar leitos psiquiátricos em hospital geral, por insuficiência de leitos disponíveis ao SUS e pelo desinteresse dos hospitais, situação esta que é um reflexo do cenário nacional.

Em 2012 foi dado início à conformação da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde (RAPS), cuja organização e implementação deverão ser pautadas nos próximos anos pela gestão, com a articulação dos serviços existentes e a implantação de novos.

1.3.7- Vigilância em saúde

Combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade de saúde, num esforço para superar a visão fragmentada na organização dos serviços, a gestão tem investido na integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde, como forma de otimizar e qualificar as equipes em seus processos de trabalho.

As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, zoonoses e vigilância em saúde do trabalhador têm buscado interferir sobre os determinantes, riscos e danos à saúde da população maringaense.

Desde 2010 o município vem construindo estratégias para inserir ações de saúde do trabalhador nas redes de atenção, de forma integrada com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. A partir de um diagnóstico realizado por meio de oficinas com toda a rede, foi estabelecido um plano de ação que vem sendo executado. Foi instalado um Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), de gerência estadual, conforme estabelecido na política estadual e de abrangência para 58 municípios das Regionais de Saúde de Maringá e Paranavaí. Houve aumento das notificações de acidentes de trabalho: em 2012 foram notificados 598 casos, enquanto que em 2013, até agosto 559 casos. O avanço ainda é incipiente, sendo necessária a consolidação das ações de saúde do trabalhador na rotina da rede de atenção, dando continuidade ao que foi planejado.

Para o enfrentamento dos agravos e doenças decorrentes da produção e consumo de bens e serviços, as vigilâncias sanitária e ambiental veem estabelecendo desde 2008 planos anuais, com metas focadas no risco à saúde, com processos de trabalho mais educativos do que punitivos, com objetivo de promover a educação sanitária. O cumprimento das metas estabelecidas tem sido superior a 95% em todos os anos.

O Programa Municipal de Controle da Dengue possui quadro de pessoal compatível com as necessidades, contando com um enfermeiro, 210 Agentes de Saúde Ambiental (ASA), seis supervisores, um auxiliar de laboratório e dois auxiliares administrativos. A rotatividade dos ASA tem dificultado a manutenção das equipes treinadas.

A vigilância epidemiológica tem se mostrado vital instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, buscando conhecer o comportamento de agravos e doenças para a intervenção oportuna e eficaz. Destacam-se aqui os Núcleos de Vigilância em Saúde (NVS) criados em todas as UBS, além dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Hospital Universitário e do Hospital Municipal e, em fase de estruturação, os Núcleos das UPA.

A vigilância das zoonoses é realizada pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que vem desenvolvendo atividades visando à educação em saúde para a guarda responsável de animais; manejo e/ou controle de animais de relevância epidemiológica, animais peçonhentos e venenosos de interesse à saúde, conforme legislação vigente. Entretanto, as solicitações de serviços pela comunidade, em sua grande maioria, são voltadas para o recolhimento de animais abandonados, atropelados e denúncias de maus-tratos, refletindo o desconhecimento das atribuições do CCZ, bem como ausência dos órgãos competentes no enfrentamento deste problema.

O enfrentamento da epidemia de HIV/Aids tem sido norteado por um plano de ação anual, construído de forma ascendente com a atenção básica e tem buscado reduzir a incidência do HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com esta doença. O acesso ao teste foi ampliado com a criação do CTA itinerante e a descentralização do teste para as UBS.

Quanto às questões de acessibilidade, os técnicos da VISA além de desenvolverem as atividades específicas, previstas na avaliação e aprovação de projetos arquitetônicos de estabelecimentos de serviços de saúde e de educação, também participam nos grupos e comissões constituídas pelo governo municipal, em conjunto com a Secretaria de Gestão, Secretaria de Planejamento, Secretaria de Obras Públicas e outros órgãos, para o levantamento de dados, discussão, elaboração de normas e padronização das ações frente os diversos ramos de atividades encontrados no município.

A vigilância da qualidade da água para consumo humano tem sido realizada através de monitoramento, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e avaliação dos laudos de controle.

As coberturas vacinais historicamente tem sido adequadas, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

1.4- Gestão em saúde

1.4.1- Gestão do trabalho e educação em saúde

A Secretaria de Saúde tem buscado a implantação gradativa da Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente por meio dos profissionais dos NASF, adotando-a em algumas oportunidades, tais como:

- Nas Oficinas do APSUS;
- Nas oficinas de discussão sobre reformulação das áreas de abrangência, de planejamento local e dos indicadores do PMAQ;
- Nas discussões de casos conduzidas pelos profissionais dos NASF nas UBS sobre saúde mental, violências e acidentes;
- Nas oficinas sobre Política de Humanização;
- Nas capacitações da Iniciativa IUBAAM, entre outras.

A adesão do município ao Plano Diretor de Atenção Primária do Estado do Paraná por meio do APSUS, para formação e qualificação dos profissionais da atenção básica, tem proporcionado uma reflexão e implementação nos processos de trabalho das equipes, na prática da educação permanente.

A EPS é o processo de aprendizagem de natureza participativa, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde. Isso porque é precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam os comportamentos e formas de atuação profissional individuais e coletivas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) há um consenso que o processo de educação permanente dos trabalhadores dos serviços de saúde é uma ação de trabalho-aprendizagem, contínua, que ocorre em um espaço do trabalho em saúde, a partir de uma situação problema existente para superação e transformação em uma situação diferente ou desejada. As soluções para os problemas locais na definição de educação permanente em saúde são resultados das reflexões e ações coletivas que visam beneficiar tanto os profissionais quanto a população por eles atendidos e pressupõe a transformação das práticas em saúde. A transformação das práticas surge a partir do aprendizado, ao possibilitar respostas aos questionamentos e a construção de novos saberes baseados na vivência e experiência pessoal-profissional de cada ator, independente do seguimento em que este esteja inserido (BRASIL, 2009).

Portanto, diante destas definições, a Secretaria de Saúde necessita dar continuidade às ações de EPS, a fim de que seja assimilada na rotina das equipes, transformando-se num processo de qualificação contínuo e eficaz.

Quanto à gestão do trabalho, a Secretaria de Saúde, de 2005 a 2013 ampliou o quadro funcional em 78% aproximadamente, para suprir os serviços existentes e os serviços novos implantados (5 UBS, 10 leitos na Emergência Psiquiátrica, 3 Residências Terapêuticas, 1 CAPS i, 2 ESF, 7 Equipes de NASF, 22 ESB, 2

Equipes de Consultório de Rua, 1 Clínica Odontológica do Bebê, atendimento odontológico domiciliar e 2 UPA).

A partir de 2005 houve a implantação da Gratificação por Produtividade e Desempenho (GPD) para os odontólogos e médicos, o qual é um incentivo de até 25% a mais no salário dos profissionais que alcançam pontuação segundo critérios de desempenho e frequência. Foi concedida por meio de Lei, carga horária de 30 horas semanais para os profissionais: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico e técnico em radiologia.

Com a adesão do município ao PMAQ, foi iniciado o repasse de 25% do incentivo do Programa às equipes que alcançaram desempenho bom e muito bom.

Ainda existe carência em algumas áreas, especialmente de médicos e Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família, farmacêuticos nas unidades dispensadoras, médicos psiquiatras nas referências, entre outros, apesar dos 15 concursos públicos que foram realizados entre 2005 e 2013 para suprir as necessidades. A falta de médicos na rede corrobora com o quadro nacional. Para tentar resolver este problema, a Secretaria de Saúde fez adesão ao Programa Nacional de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde.

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários não foi implementado e não foram implantadas as mesas de negociação do SUS.

1.4.2-Gestão de materiais e equipamentos

Nestes anos a Prefeitura de Maringá preocupou-se em modernizar e tornar os processos de aquisição, armazenamento, transporte e abastecimento, mais eficazes e adequados. Baseado nisto, a informatização da rede que se iniciou em 2007, proporcionou maior controle e organização na gestão de materiais. Foi criado o Observatório Social que auxiliou na qualificação dos processos de compras, corrigindo as iniquidades existentes.

Criada também a Diretoria de Compras (DIRCA), com a centralização dos processos de aquisição de bens e equipamentos de todas as Secretarias.

Tem sido preocupação da Secretaria de Saúde em suprir a rede com equipamentos necessários para o desenvolvimento das atividades nas unidades e serviços.

Embora tenha havido todos estes avanços, ainda existem desafios que precisam ser vencidos, tais como:

- A não garantia da qualidade de alguns materiais de consumo que são adquiridos por meio de licitações;

- Morosidade na manutenção corretiva dos equipamentos e das edificações, uma vez que a Secretaria de Saúde dispõe de apenas uma equipe, que por vezes não consegue dar conta da demanda de serviços, além de contar com poucos recursos para resolver os problemas que surgem;
- Falta de manutenção preventiva de equipamentos e das edificações;
- Morosidade nos processos de aquisição de alguns materiais e equipamentos.

Sendo assim, torna-se necessário o enfrentamento destes problemas, visando trazer melhores condições de trabalho aos servidores e qualidade nos serviços prestados à comunidade.

1.4.3- Financiamento

O município de Maringá vem investindo historicamente, acima dos 15% de sua receita em saúde, como determina a Emenda Constitucional 29, conforme demonstrado na Figura 19.

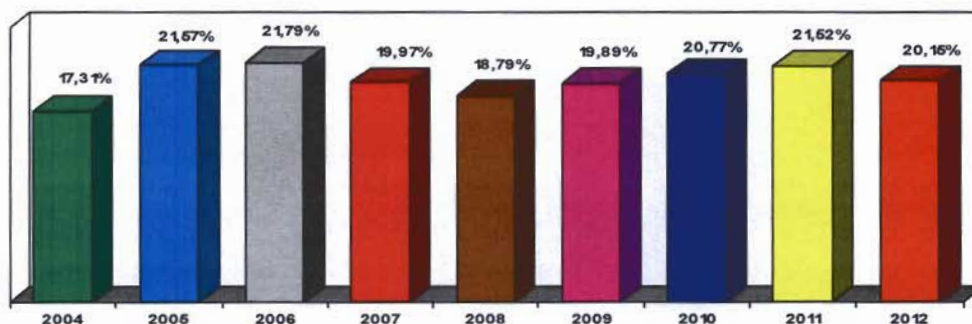


Figura 19- Percentual de receita aplicada em saúde em Maringá, de 2004 à 2012

Fonte: ELOTECH

1.4.4- Participação e controle social

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em Maringá pela criação da Lei nº 3.459/1993 em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde.

O CMS de Maringá é composto por 32 membros, representantes de entidades, sendo 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviço conveniados ao SUS e 12,5% de gestores da saúde, obedecendo a paridade estabelecida pela Lei Federal 8.142/1990.

Atualmente funcionam no município 31 Conselhos Locais de Saúde, sendo 27 de UBS e 4 de hospitais, que são compostos por 5 membros de usuários do SUS, 4

membros trabalhadores da saúde e 1 membro gestor municipal, atendendo à paridade.

As gestões do CMS de Maringá têm durabilidade de 2 anos e são renovadas pelas Conferências Municipais de Saúde, realizadas em conformidade dos vencimentos das gestões.

Entre 2010 e 2013 foram realizadas Conferências Municipais de Saúde, com a renovação dos membros do Conselho Municipal de Saúde. Houve incremento nas ações da Ouvidoria.

2- Diretrizes, objetivos e metas

Objetivo geral

O presente plano tem como objetivo aprimorar o Sistema Único de Saúde no âmbito do município de Maringá, com a qualificação da gestão e da atenção à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população.

A estratégia prioritária deste Plano será a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando o planejamento regional, a estratificação de risco da população e a gestão do cuidado.

Diretriz 1- Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, em tempo oportuno, com qualidade e resolutividade.

O foco principal desta diretriz será buscar estratégias que favoreçam o acesso da população aos serviços, por meio da organização das RAS, entendendo que o problema das filas de espera para determinados serviços não poderá ser resolvido apenas com a ampliação da oferta, se não houver regulação adequada, novas pactuações, reestruturação das referências e principalmente o fortalecimento da atenção básica como principal porta de entrada, assumindo o seu papel de ordenadora do sistema. Sendo assim, buscar-se-á ampliar a cobertura da atenção básica no município, bem como ampliar e otimizar os serviços de média e alta complexidade.

Objetivo- Aprimorar e ampliar as diferentes portas de entrada do SUS.

Indicadores	
Ampliar o número de UBS	De 28 para 36 até 2017
Ampliar a cobertura de Equipes de Saúde da Família até 2017	Para 71%
Adequar a área física de UBS em 2014	28,6% das UBS (10 de 35 UBS)
Reduzir o percentual de faltas às consultas especializadas	De 25% para 20% até 2017
Ampliar os leitos hospitalares gerais até 2017	De 530 para 660 leitos até 2017

Ações

Metas	Ano
1. Construir as UBS Paraíso, Paulino e Zona 7	2014
2. Inaugurar as UBS Paris, Vardelina, Império do Sol e Portal das Torres	2014
3. Construir a UBS Sumaré	2017
4. Aumentar o número de Equipes de Saúde da Família de 68 para 70	Até 2015
5. Aumentar o número de equipes ESB de 22 para 26	Até 2016
6. Reformar e ampliar as UBS Tuiuti, Parigot de Souza, Guaiapó/Requião, Industrial, Iguaçu, Pinheiros, Quebec, Internorte e Olímpico	2014

Metas	Ano
7. Construir a UBS Maringá Velho para substituir a UBS antiga	
8. Ampliar de 2 UBS Amigas do Trabalhador para 4, com a ampliação do horário de atendimento, contemplando atendimento médico e odontológico	Até 2016
9. Realizar 1 Oficina anual com profissionais da odontologia para discutir acesso, o alcance de metas e a classificação de risco	Até 2017
10. Revisar o Protocolo de Saúde Bucal, à partir da linha de cuidado de forma articulada	2014
11. Ampliar o nº de carros das ESF em 5 veículos	Até 2015
12. Ceder área para implantação do Centro Macrorregional de Especialidade pelo governo do Estado do Paraná, no qual serão implantadas as referências de especialidades de suporte às Redes de Atenção à Saúde (RAS)	Até 2017
13. Implantar 1 Equipe de Atenção Domiciliar	Em 2014
14. Concluir a reforma/ampliação do Hospital Municipal de Maringá (HMM), a qual possibilitará o funcionamento do Centro Cirúrgico, UTI geral e a ampliação de leitos, bem como a adequação dos serviços de apoio	Até 2015
15. Ampliar a oferta de cirurgias eletivas em 1.000, após a ativação do Centro Cirúrgico e dos leitos cirúrgicos do HMM	A partir de 2015

Diretriz 2- Qualificação da Atenção Básica à Saúde.

É necessário investir em mecanismos de apoio à atenção básica para que a mesma assuma o seu papel de coordenadora do cuidado e se fortaleça para dar respostas mais adequadas às necessidades da população. A Secretaria de Saúde dará continuidade aos Programas APSUS da SESA, PMAQ do Ministério da Saúde e outros programas do município, como o Apoio Integrado e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, visando a mudança nos processos de trabalho. Neste sentido, é importante destacar a necessidade de se fortalecer a política de humanização como ferramenta fundamental para o alcance desta diretriz.

Objetivo- Implementar os processos de trabalho na atenção básica, por meio do planejamento local e da implantação de diretrizes e dispositivos da política de humanização, organizando-a para atuar como a principal porta de entrada e ser ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

Indicadores	
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	21%

Ações

Metas	Ano
16. Implantar dispositivos da Política de Humanização até 2017	Em 100% das UBS
17. Realizar duas Oficinas com a Equipe de Apoio Integrado anualmente	Até 2017
18. Incluir 100% das equipes novas de ESF, NASF, ESB e Equipe de Atenção Básica (EAB) no PMAQ, de acordo com a disponibilização pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a valorização do trabalho e do trabalhador	Até 2017
19. Aumentar o número de equipes de NASF de 07 para 09	Até 2017
20. Melhorar a ambiência das UBS e Secretaria de Saúde, investindo, entre outros benefícios, na climatização de 100% das UBS, visando melhores condições de trabalho e conforto ao usuário	Até 2017

Diretriz 3- Aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência e participação na articulação regional para organização e implantação dos seus componentes.

Acompanhando as diretrizes nacionais e estaduais no que diz respeito ao aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência, o município de Maringá pretende fortalecer os pontos de atenção de forma integrada, visando ampliar o acesso humanizado e oportuno aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde.

A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitais na convalescença, recuperação e reabilitação.

Um dos focos de atuação da Secretaria de Saúde será a qualificação da atenção básica para prestar atendimento da população em situação de urgência e a implantação da classificação de risco em todas as Unidades Básicas de Saúde. Deverão ser realizadas discussões sobre as pactuações das portas de entrada hospitalares, para reduzir os problemas das grandes filas de espera nos corredores dos Pronto Socorros.

Outra estratégia importante será a expansão da rede SAMU 192 para todos os municípios da 15ª Regional de Saúde, conduzida pelo Estado, que deverá ocorrer concomitantemente com a organização e qualificação dos pontos de atenção de urgência regionais, reduzindo as demandas desnecessárias aos hospitais de Maringá.

Objetivo- Reorientar a Rede de Urgência e Emergência visando o atendimento em tempo oportuno, local certo, com qualidade e resolutividade.

Indicadores	
Taxa de mortalidade por causas externas, por tipo	Causas externas- <66,7/100.000 Ac. de trânsito- <27,2/100.000 Homicídios-

	<19,6/100.000
--	---------------

Ações

Metas	Ano
21. Elaborar o Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências em conjunto com a 15ª Regional de Saúde até 2017	1 Plano
22. Realizar a regulação do SAMU para os municípios da 15ª Regional de Saúde, após a implantação da regionalização pelos prefeitos da AMUSEP	Até 2015
23. Implantar a Classificação de Risco em 100% das unidades de saúde próprias	Até 2015
24. Adequar a estrutura física da UPA II	2014
25. Adequar a estrutura física da UPA III	2014
26. Adequar o SAMU	2014

Diretriz 4- Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implantação dos componentes da Rede Materno-infantil, articulando as ações e serviços no âmbito local e regional.

Pretende-se qualificar o cuidado materno-infantil, garantido o acesso com qualidade ao pré-natal, parto, puerpério e atenção à criança para reduzir a mortalidade da mãe e da criança e problemas, tais como a ocorrência de casos de sífilis congênita, os altos índices de cesáreas, as prematuridades, entre outros.

No tocante ao câncer de colo de útero e de mamas, o acesso aos exames diagnósticos deverá ser uma linha de atuação importante da Secretaria de Saúde, bem como a educação em saúde à população e a capacitação dos profissionais.

Outra prioridade consistirá na ampliação e fortalecimento da Rede de Prevenção das Violências e Acidentes e Cultura da Paz, para o enfrentamento da violência sexual e doméstica, contra mulheres, crianças e adolescentes, cujas metas estão descritas na Diretriz 8 deste documento.

Objetivo- Garantir atenção integral à saúde da mulher e da criança no âmbito municipal, priorizando o pré-natal, parto, puerpério, assistência à criança, prevenção do câncer de colo de útero e de mamas e as ações para o enfrentamento das violências sexual e doméstica.

Indicadores	
Taxa de mortalidade infantil	<10,5
Nº de óbitos maternos	<1
Ampliar a cobertura de exames citopatológicos para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos	0,56
Ampliar a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos	0,36

Ações

Metas	Ano
27. Implantar os componentes II e IV da Rede Cegonha até 2017, conforme disponibilidade do Ministério da Saúde	2 componentes
28. Implantar o transporte sanitário para 100% das gestantes e crianças de alto risco do Programa Mãe Maringaense	2014
29. Monitorar a vinculação de 100% das gestantes SUS nas ações de saúde bucal	Até 2017
30. Implantar o teste rápido de sífilis, HIV e hepatite para as gestantes SUS em 100% das UBS	Até 2014
31. Criar Comitê Municipal para Redução de Cesárea integrado com os demais comitês relacionados à saúde da mulher e da criança	2014
32. Promover ações de orientação para estímulo do aleitamento materno exclusivo em eventos- Feira Ponta de Estoque e Espaços Saúde	Até 2017
33. Manter a realização da Semana de Aleitamento Materno anualmente	Até 2017
34. Promover ações de orientação de prevenção de câncer de colo do útero e de mamas em 100% dos Espaços Saúde e em outros eventos	Até 2017

Diretriz 5- Aprimoramento da Rede de Saúde Mental, fortalecendo os pontos de atenção em nível municipal, para enfrentamento dos agravos decorrentes do uso de crack e outras drogas e o transtorno mental.

O município dará continuidade à política de desinstitucionalização, com a implantação de serviços alternativos, que irão complementar os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, favorecendo o acesso da população, especialmente para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas.

Objetivo- Garantir atenção integral aos usuários de crack e outras drogas e pessoas em sofrimento mental, com a organização da Rede de Atenção Psicossocial, integrada na região de saúde.

Indicadores	
Cobertura de Centro de Atenção Psicossocial	>0,82

Ações

Metas	Ano
35. Implantar a Unidade de Acolhimento para a população maringaense	2015
36. Transformar o Consultório de Rua em Consultório na Rua, vinculado à Atenção Básica	2014

Metas	Ano
37. Construir o Condomínio Residencial Terapêutico para proporcionar sede própria as Residências Terapêuticas	2017
38. Inaugurar o Complexo Integrado de Saúde Mental, com a transferência do CAPS II, CAPS ad e CISAM para sede própria	2014
39. Transformar o CISAM em CAPS III	2014
40. Transformar o CAPS II ad em CAPS III ad	2014

Diretriz 6- Garantia de atenção integral aos portadores de doenças crônicas e da pessoa idosa.

Considerando os hábitos de vida e a transição demográfica com o envelhecimento da população e o consequente aumento das doenças crônicas, a Secretaria de Saúde pretende implantar a Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas e à Saúde da Pessoa Idosa, com vistas ao envelhecimento saudável.

Os eixos de atuação para o enfrentamento desta situação deverão ser a atenção integral aos portadores de diabetes, de hipertensão arterial, neoplasias, obesidade e do tabagismo.

Objetivo- Implantar os componentes da Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas e à Saúde da Pessoa Idosa.

Indicadores	
Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	<270,0

Ações

Metas	Ano
41. Elaborar o Plano Regional da Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas em conjunto com a 15ª Regional de Saúde em 2014	1 Plano
42. Implantar as redes temáticas da Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas (controle do tabaco, obesidade, hipertensão, diabetes e câncer)	Até 2017

Diretriz 7- Implantação dos componentes da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com articulação das ações e serviços no âmbito local e regional.

Considerando que o Ministério da Saúde lançou como uma das Redes de Atenção Prioritárias a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o município de Maringá deverá seguir as mesmas diretrizes, buscando medidas para melhorar a

prevenção e identificação precoce das deficiências, bem como implementar os serviços de atenção, integrando-os em Rede de Atenção e investir em ações para melhoria da acessibilidade.

Objetivo- Melhorar a qualidade de vida e das condições de saúde da pessoa com deficiência.

Indicadores	
Elaborar o Plano Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em conjunto com a 15ª Regional de Saúde até 2017	1 Plano

Ações

Metas	Ano
43. Incluir as unidades filantrópicas (APAE e ANPR) como Centro Especializado em Reabilitação (CER), desde que os mesmos cumpram com os critérios estabelecidos em Portaria para a sua habilitação	Até 2017
44. Habilitar o HUM para atenção às deficiências craniofaciais, desde que este hospital cumpra com os critérios estabelecidos em Portaria para a sua habilitação	Até 2017
45. Elaborar Protocolo de Transporte Sanitário para Portadores de Doenças Crônicas e Deficiências	Até 2015

Diretriz 8- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Buscar-se-á investir em ações para incentivar hábitos saudáveis na população, no que diz respeito à alimentação, práticas esportivas, controle do tabagismo e a prevenção das violências e acidentes. Para isto, será necessário o fortalecimento das parcerias e do trabalho multisetorial, especialmente no apoio às Hortas Comunitárias e nas atividades desenvolvidas junto às Academias da Terceira Idade. A Rede de Prevenção das Violências e Cultura da Paz deverá ser consolidada e qualificada.

Quanto às doenças transmissíveis, deverá ser prioridade da gestão o investimento em medidas para a ampliação da taxa de cura da tuberculose, o diagnóstico precoce da hanseníase e das hepatites virais, a redução da Aids, a manutenção do controle da raiva e o controle da dengue, com a redução do número de óbitos, como também garantir altas taxas de coberturas vacinais em todas as idades.

No que se refere à saúde do trabalhador, será necessário atuar sobre os determinantes dos agravos à saúde, decorrentes dos processos produtivos, com a participação dos sujeitos sociais envolvidos.

Objetivo- Adotar medidas pautadas na Política Nacional de Promoção da Saúde para incentivar a alimentação saudável, a prática da atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo e a construção da cultura da paz e prevenir, diminuir ou controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população, decorrentes da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

Indicadores	
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	>52,1%
Proporção de exames de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	>90%
Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos	0
Proporção de cura de casos novos hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90%
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para o controle da dengue	82%
Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue	0

Ações

Metas	Ano
46. Elaborar e executar anualmente o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, Ambiental e Zoonoses até 2017	1 Plano ao ano
47. Concluir a revisão do Código de Saúde Municipal	2014
48. Qualificar o campo "ocupação" no Sistema Gestor Saúde (SGS) para estabelecer nexo causal entre ocupação e o agravo	2014
49. Elencar anualmente estabelecimentos com ramos de atividades de maior risco a serem fiscalizados	Até 2017
50. Monitorar a situação sorológica dos trabalhadores da rede pública municipal de saúde quanto as hepatites B e C	Até 2017
51. Concluir a reforma do Centro de Controle de Zoonoses	Até 2014
52. Realizar ações para manter o controle da raiva	Até 2017
53. Elaborar e executar anualmente a Programação Anual da Aids até 2017	1 Programação ao ano
54. Elaborar e executar anualmente a Programação Anual das Hepatites até 2017	1 Programação ao ano
55. Concluir a reforma do CTA	2014
56. Implantar o Ambulatório de Referência para o tratamento especializado das Hepatites Virais	2014
57. Implantar o ambulatório de referência para tratamento especializado	2014

Metas	Ano
de tuberculose	
58. Implantar o ambulatório de referência para tratamento especializado de hanseníase	2014
59. Implantar o Ambulatório de Infectologia que incorporará a tuberculose, hanseníase e outras doenças infecto-contagiosas	Até 2017
60. Elaborar e executar anualmente a Programação Anual para o Controle da Dengue até 2017	1 Programação ao ano
61. Alcançar as metas de coberturas vacinais propostas pelo Ministério da Saúde para reduzir as doenças imunopreveníveis	De acordo com metas do Ministério da Saúde
62. Elaborar anualmente a Programação Anual de Atividades e Ações Educativas de Promoção da Saúde	1 Programação ao ano
63. Realizar ações de alimentação e nutrição em 100% das UBS	Até 2017
64. Participar dos encontros anuais com produtores das Hortas Comunitárias para orientações de saúde, promovido pela SEMUSP	Até 2017
65. Realizar 1 Espaço Saúde por UBS anualmente, visando a orientação da população sobre a promoção da saúde	Até 2017
66. Implantar 2 Academias da Saúde	Até 2016
67. Realizar 2 Seminários de Controle do Tabagismo	Até 2017
68. Manter e fortalecer os 13 grupos locais da Rede de Prevenção das Violências e Acidentes	Anualmente até 2017
69. Realizar o mapeamento das instituições e equipamentos sociais que compõem as 13 Redes de Prevenção das Violências a nível local	2014

Diretriz 9- Fortalecimento da Assistência Farmacêutica.

A estratégia principal será a promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, buscando a garantia da qualidade dos produtos, baseado na legislação vigente. Importante destacar que entre as ações prioritárias buscar-se-á a garantia das normas sanitárias, inclusive das boas práticas farmacêuticas, em todas as fases da assistência farmacêutica, desde a aquisição até a dispensação. Também figurará entre as medidas relevantes a implementação de medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, inclusive os fitoterápicos.

Algumas unidades dispensadoras e farmácias, bem como a CAF necessitam ser ampliadas e adequadas para melhorar o armazenamento, o controle de estoque e a dispensação dos medicamentos. A Secretaria de Saúde deverá manter atualizados os protocolos e elaborar um programa de capacitação permanente das equipes das unidades e serviços para promover assistência farmacêutica de qualidade à população, ampliando o acesso aos medicamentos essenciais, com qualidade e resolutividade.

Objetivo- Garantir a assistência farmacêutica aos usuários do SUS do município de Maringá.

Indicadores	
Ampliar o número de fitoterápicos	De 12 para 16 produtos até 2017

Ações

Metas	Ano
70. Elaborar e/ou atualizar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica de Maringá	Até 2017
71. Implantar o Programa Remédio em Casa, após a realização da estratificação de risco da população e a construção de protocolo e definição de critérios	Até 2016
72. Implantar uma Farmácia 24 horas na região sul do município	2015
73. Revisar e reeditar a cartilha do Programa Hora do Chá	Até 2014
74. Ampliar as ações do Programa Hora do Chá para 100% das UBS e equipes da Estratégia Saúde da Família	Até 2017
75. Implantar canteiros de plantas medicinais em 100% das hortas comunitárias do município (Farmácia Viva)	Até 2017
76. Ampliar o espaço físico da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	2015
77. Descentralizar a dispensação de medicamentos controlados nas UBS que contarem com farmacêutico em período integral e que tiverem condições de garantir a segurança dos medicamentos estocados	Até 2017

Diretriz 10- Valorização dos trabalhadores do SUS e democratização da gestão do trabalho.

Para suprir a necessidade de médicos na atenção básica, a Secretaria de Saúde continuará fazendo adesão ao PROVAB e apoiará o Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde.

Deverá, também, implantar os espaços de negociação do SUS, para melhoria salarial e outros benefícios.

Objetivo- Promover a valorização dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e todos os serviços próprios

Indicadores	
Implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Saúde	Em 100% das unidades

Ações

Metas	Ano
78. Aderir ao PROVAB do Ministério da Saúde e ao Programa Mais Médicos, conforme disponibilização pelo Ministério da Saúde	Até 2017
79. Elaborar planejamento anual de necessidade de recursos humanos para adequar o quadro funcional, completando as equipes das Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, unidades de referência e outros serviços, anualmente	Até 2017
80. Implantar mesas ou espaços formais de negociação do SUS	2014
81. Implantar e garantir 30 horas semanais para todos os profissionais da saúde	2015
82. Realizar 1 Mostra de Experiências Exitosas a cada 2 anos para estimular os trabalhadores	2014 e 2016
83. Manter em 100% das UBS diretores que sejam profissionais da área da saúde e funcionários de carreira	2014

Diretriz 11- Gestão de materiais e equipamentos.

Objetivo- Buscar a garantia dos recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo oportuno e com o menor custo.

Indicadores	
Elaborar o Plano de Previsão de Materiais e Equipamentos para as unidades de saúde	1 Plano ao ano

Ações

Metas	Ano
84. Licitar empresa que realize manutenção preventiva e corretiva das unidades e serviços	2014
85. Formar comissão entre o Conselho Municipal de Saúde e Observatório Social para discutir e levantar propostas para melhoria da qualidade dos materiais adquiridos e agilidade nos processos	2014
86. Equipar as UBS conforme necessidade apontada em levantamento anual, com recursos próprios ou com recursos de fontes externas por meio de projetos específicos	Até 2017

Diretriz 12- Garantia da Educação Permanente em Saúde.

Necessita-se aperfeiçoar e fortalecer o processo educacional permanente para os trabalhadores do SUS, buscando humanizar e qualificar as práticas e o cuidado em saúde, bem como contribuir para a construção e/ou implementação das RAS no município. Para tanto, a Secretaria de Saúde estará implementando o processo de educação permanente e investindo em capacitações voltadas às principais necessidades do serviço.

Objetivo- Melhorar a qualidade e a resolutividade do cuidado em saúde, investindo em processos educacionais para as diferentes necessidades e tipos de trabalhadores da rede municipal de saúde, buscando a estratégia de educação permanente.

Indicadores	
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	100%

Ações

Metas	Ano
87. Elaborar Plano de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores do SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde	1 Plano ao ano
88. Executar 100% das Oficinas do APSUS, conforme cronograma do Estado, aos facilitadores e trabalhadores da atenção básica	Até 2016
89. Promover 1 capacitação anual em saúde mental aos profissionais e usuários da RAPS e aos usuários	Até 2017
90. Formar pessoal em Gestão da Clínica, Regulação e Preceptores	Até 2014
91. Formar profissionais na regulação do sistema por meio do Participasus	Até 2015
92. Capacitar 100% dos profissionais das unidades de saúde sobre assistência farmacêutica	2014
93. Realizar 1 capacitação anual para implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas	Até 2017
94. Realizar 5 capacitações anuais sobre aleitamento materno: Incentivo Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)) aos profissionais novos, aos profissionais dos CMEI e das maternidades	Até 2017
95. Realizar 2 capacitações sobre o Protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança	2014 e 2016
96. Realizar 2 capacitações sobre o Protocolo de Prevenção do Câncer Ginecológico e de Mamas	2015 e 2017
97. Realizar uma capacitação anual sobre tuberculose e hanseníase para a atenção básica, em parceria com as universidades	Até 2017
98. Promover capacitação dos médicos da atenção básica para redução dos encaminhamentos às especialidades	Até 2017
99. Promover 1 capacitação anual para todos os diretores e chefias sobre gestão, abordando assuntos, tais como: planejamento local, gestão de equipamentos e materiais, política de humanização, entre outros	Até 2017
100. Realizar 1 Oficina para discussão sobre o papel do NASF	2014
101. Promover 1 capacitação anual sobre o SGS para profissionais novos	Até 2017
102. Capacitar anualmente equipes de fiscalização em vigilância dos ambientes de trabalho	Até 2017
103. Realizar cursos de capacitação aos Conselheiros dos Conselhos de Saúde de Maringá, conforme cronograma estabelecido pelo Conselho Municipal de Saúde, em temas tais como: instrumentos de planejamento, organização da rede municipal de saúde, vigilância em saúde, saúde do	Até 2017

Metas	Ano
trabalhador, entre outros	
104. Promover capacitação dos funcionários novos para atuar na rede	Até 2017

Diretriz 13- Desenvolvimento e fortalecimento dos espaços de participação social e garantia da participação do controle social.

A prioridade será a qualificação dos conselheiros para atuarem no controle das ações e serviços realizados pelo SUS no município de Maringá.

Objetivo- Fortalecer o controle social no município

Indicadores	
Ampliar o percentual de Conselhos de Saúde nas UBS e hospitais até 2017	De 96,4% para 100% das UBS e de 57,1% para 100% dos hospitais

Ações

Metas	Ano
105. Realizar 1 Conferência Municipal de Saúde	2017
106. Realizar 1 Plenária para eleição de delegados para a Conferência Estadual de Saúde	Em 2015
107. Apresentar um relatório quadrimestral da Ouvidoria anualmente	Até 2017
108. Implantar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) no Conselho Municipal de Saúde	2014
109. Realizar oficina de planejamento para as ações do Conselho Municipal de Saúde anualmente	Até 2017

Referências

- ALMEIDA, MJ. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. *Olho Mágico* 1997; 5(14): 41-7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33999&janela=1. Acesso em: agosto/ 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde- PNS: 2012-2015. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B, 2009.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-mais-frequentes>, 2010. Acesso em: agosto/ 2013.
- MARINGÁ. Plano Municipal de Água e Esgoto do Município de Maringá- PR (PMAE). Prefeitura Municipal de Maringá, 2011.
- MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, de 30/12/2010. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.101/GM, de 12/06/2002.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015. Curitiba, 2013.
- PNUD. Ranking IDHM dos Municípios. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em: agosto/ 2013.

Anexo

Quadro de indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

INDICADOR	LINHA DE BASE	META ANUAL
1. Cobertura populacional estimada pelas equipas de Atenção Básica	65,14%	65%
2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	16,6%	21%
3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	97,16%	97%
4. Cobertura populacional estimada pelas equipas básicas de saúde bucal	50,34%	50%
5. Média de ação coletiva dental supervisionada	2,03%	2,0%
6. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	0,79	0,79
7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	3,93	3,93
8. Número de unidades de saúde com serviço de violência doméstica, sexual e outras violências, implantado	32	32
9. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,47	0,56
10. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária	0,34	0,34
11. Proporção de parto normal	21,0%	21%
12. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	83,0%	83,5%
13. Proporção de gestantes usuárias que realizaram o teste rápido da sífilis	1,41%	1,41%
14. Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	1
15. Taxa de mortalidade infantil	10,6	10,5
16. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	100%	100%
17. Proporção de óbitos maternos investigados	100%	100%
18. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%
19. Nº de casos novo de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	1	0
20. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	0,82	0,82
21. Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	270,0	270,0
22. Proporção de vacinas do Calendário Básico de	100%	100%

INDICADOR	LINHA DE BASE	META ANUAL
Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas		
23. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	52,1%	52,1%
24. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os novos de tuberculose	90,0%	90%
25. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	99,0%	99%
26. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após a notificação	90%	90%
27. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	0
28. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90%	90%
29. Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue	0	0
30. Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para o controle da dengue	82%	82%
31. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%
32. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelos municípios	66,67%	100%
33. Número de pontos de Telessaúde Brasil Redes implantados	0	1
34. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	55,78%	88%
35. Nº de mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento	0	Criar
36. Taxa de mortalidade por causas externas, por tipo	Causas externas- 66,7/100.000 Ac. de trânsito- 27,2/100.000 Homicídios- 19,6/100.000	Causas externas- <66,7/100.000 Ac. de trânsito- <27,2/100.000 Homicídios- <19,6/100.000
37. Taxa de mortalidade por câncer de pulmão, no sexo masculino	11,3/100.000	<11,3/100.000
38. Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	5,2/100.000	<5,2/100.000
39. Taxa de mortalidade por câncer de mamas	15,7/100.000	<15,7/100.000
40. Taxa de mortalidade por câncer de próstata	16,4/100.000	<16,4/100.000