

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ-PR**

**2018/2021**

**Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 08/08/17**

**PREFEITO- Ulisses de Jesus Maia Kotsifas**

**VICE PREFEITO- Edson Scabora**

**SECRETÁRIO DE SAÚDE- Jair Francisco Pestana Biatto**

**Diretor Geral- Fabio Margaridi Ferreira**

**Diretor da Urgência/Emergência – Maurício Medeiros Lemos**

**Diretora do Hospital Municipal de Maringá – Caroline Miguel Aver**

**Diretor de Vigilância em Saúde- Eduardo Alcântara Ribeiro**

**Diretora de Assistência à Saúde- Andreia M. Pires Maruiti**

**Coordenação:**

Danielle B. Canassa Martins  
Eliane K. Kikumoto Baptista  
Marisa de Souza Formaio  
Rosana de Brito Guidi

**Elaboração**

Ana Rosa Oliveira Poletto  
Ana Paula S. B. Salineiro  
Andréia M. Pires Maruiti  
Caroline Miguel Aver  
Clayton A. Lacerda e Carlin  
Clicie Arrias Fabri  
Cristiane Moliani Sobreira Moraes  
Danielle B. Canassa Martins  
Edlene Loureiro A. Goes  
Eliane K. Kikumoto Baptista  
Eduardo Alcântara Ribeiro  
Fátima Natsue Matsumoto  
Fernanda Hoffmann Marques  
Gilmar A. Laureano Ferreira  
Ivonete Pereira  
Jaqueline B. Zeferino  
Larissa de Souza Zanolli  
Lourdes Thomé  
Marcelo da Silva  
Marcia Paula M. Virginio  
Mariangela da Silva F. Vecchi  
Maria Angela Casaroto  
Maria Cristina Tarelho  
Maria Heloisa Cella  
Maria Lucia Marin  
Marisa de Souza Formaio  
Neuza Doce Moreno Fernandes  
Patricia A. Cabral de Souza Portolese  
Pricilha de Oliveira Dalberto  
Rafael Maurício Balestri  
Regina Elisa Rossi Sibut  
Rosa Maria Cripa Moreno  
Rosana de Brito Guidi  
Silvio A. Torres da Silva  
Suzana Ogava  
Udelysses Janete Veltrine Fonzar  
Valéria Joana M. da Silva  
Vera Alice F. Meneguetti  
Welynton A. de Souza

**Colaboração dos professores e alunos do 6º ano do curso de Medicina da UNICESUMAR – 2017**

Professora Jane Laner Cardozo  
Professora Maria Tereza Soares Rezende Lopes  
Professora Silvia Veridiana Zamparoni Victorino

Fausto Nochi Junior  
Jarbas Henrique Silva Barbosa  
Katerin Martins Demozzi  
Rafael Xavier Chemin  
Andréia Martins Borges  
Alison Pereira de Camargo  
Anna Lúcia Miranda  
Bárbara Anahy Vinhas Bazzano  
Lorena Oliveira Alcântara Porqueres  
Mariana Helena Barboza Gonçalves  
Célia Regina Scoaris Granado  
Débora Poliana Codonho da Silva  
Fernanda Vilela  
Karen Nattana de Souza  
Rarisse Alves Menezes  
Francine Martiniano  
Letícia Marcela Faune Nunes  
Cássia Pramio  
Vanessa Figueiredo Monteleone  
Pedro Henrique Teixeira Soto  
Ana Paula Rondina Correa

Rafael de Castro Hendges  
Bianca Stawinski Prado  
Tiago Negrão Lopes  
Gabriela Martini Raitz  
Matheus Fleury Medeiros  
Cristhian karpinski  
Nayara de Arruda Cáceres  
Natalie Vieira Zanini  
João Megda  
Mateus Kanamura  
Mateus Nagafugi  
Viviane Cawahisa  
Alan Deniver Chimenes Barbosa  
Ana Luiza Francioli  
Arthur Nunes André  
Hyan de Alvarenga Moreira  
Luana Café Silva Ferreira  
Lucas Rafael Bilibio  
Jéssica Priscila Santos Oliveira  
Maycon Francis de Souza  
Antônio Carlos Brambila  
Vanessa F. Monteleone  
Cassia Pramio

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AD – Atenção Domiciliar  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AMUSEP - Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense  
APSUS – Programa de Qualificação de Atenção Primária à Saúde  
ATI - Academia da Terceira Idade  
AVASUS – Ambiente Virtual do Sistema Único de Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BMJ – British Medical Journal  
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil  
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses  
CEO - Centro de Especialidade Odontológica  
CEUOP - Central Única de Operações  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CID - Código Internacional de Doenças  
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade  
CISAM - Centro Integrado de Saúde Mental  
CISAMUSEP - Consórcio Intermunicipal do Setentrião Paranaense  
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador  
CLS – Conselho Local de Saúde  
CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública  
COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino- Saúde  
COPALMES - Comissão Permanente de Análise para Liberação de Medicamentos Especiais  
COU – Central de Operações Unificadas  
CTI – Centro de Tecnologia de Informação  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DCNI - Doenças de Notificação Compulsória Imediata  
DCNT – Doença Crônica Não Transmissível  
DIEESE – Departamento Intersindical de estatística e Estudos Socioeconômicos  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  
EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
e-SUS - Estratégia de reestruturação das informações da Atenção Básica  
GACA - Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação  
GAR - Gestação de Alto Risco  
GM – Gabinete do Ministro  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
HMM – Hospital Municipal de Maringá  
HUM - Hospital Universitário de Maringá  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICSAB - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IEP - Instituto Ensino e Pesquisa  
IST - Infecção Sexualmente transmissível  
LIRA – Levantamento de Índice de Infestação Predial  
LTA – Leishmaniose Tegumentar  
MIF - Mulheres em Idade Fértil  
MS – Ministério da Saúde  
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego  
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família  
NEP – Núcleo de Educação Permanente  
NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NV - Nascidos Vivos  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários  
PET - Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento  
PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ - Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNCH - Programa Nacional de Controle de Hanseníase  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PROAMUSEP - Consórcio Público Intermunicipal de Gestão da AMUSEP  
PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica  
PSA - Antígeno Prostático  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
RCP - Ressucitação Cardio pulmonar  
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior  
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos  
RMI – Rede Materno Infantil  
RMM - Razão de Mortalidade Materna  
RUE - Rede de Urgência e Emergência  
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SEMUSP - Secretaria Municipal de Serviços Públicos  
SESA - Secretaria de Estado da Saúde  
SETRAN - Secretaria de Transportes  
SGS – Sistema Gestor Saúde  
SI – Sistema de Informação  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIACS – Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde  
SIH - Sistema de Informação Hospitalar  
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Obrigatória  
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos  
SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações  
SISPNCDD - Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue  
SISSOLO - Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo  
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SIVEP-DDA – Sistema de Informação Vigilância Epidemiológica- Doenças Diarréicas Agudas  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave  
STA - Serviço de Tratamento Assistido  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico  
TDO – Tratamento Diretamente Observado  
TFD - Tratamento Fora de Domicílio  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UBSAT – Unidade Básica Saúde do Trabalhador  
UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Única de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USA – Unidade de Suporte Avançado  
USB – Unidade de Suporte Básico  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva  
VD – Visita Domiciliar  
VIGIAGUA – Vigilância da Qualidade da Água  
VIR – Veículo de Intervenção Rápida

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Pirâmide populacional de Maringá de 2012
- Figura 2- Coeficiente de Mortalidade por Causas em Maringá de 2006 a 2016
- Figura 3- Mortalidade por Causas Externas e Sexo em Maringá de 2007 a 2016
- Figura 4- Proporção de Óbitos Devido às Causas Externas por Sexo em Maringá de 2007 a 2016
- Figura 5- Mortalidade por grandes grupos CID-10 de causas externas em Maringá de 2007 a 2016
- Figura 6- Proporção de Mortalidade entre os grandes grupos CID-10 de causas externas em Maringá no ano de 2016
- Figura 7- Taxa de Mortalidade Infantil, em Maringá de 2005 a 2016
- Figura 8- Frequência de prematuridade por nascidos vivos em Maringá de 2000 a 2016
- Figura 9- Prevalências corrigidas de nascimentos pré-termos, por macrorregião, de 2000 a 2011, no Brasil.
- Figura 10- Principais causas de internações, por capítulo CID em Maringá de 2010 a 2016
- Figura 11- Taxa de internação hospitalar por doenças respiratórias em Maringá de 2010 a 2016
- Figura 12- Internações por doenças respiratórias, segundo sexo em Maringá de 2010 a 2016
- Figura 13- Série histórica da proporção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Maringá, 2010 a 2016.
- Figura 14- Comparação da série histórica da proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Maringá-PR, Curitiba-PR, Paraná, Região Sul e Brasil, 2010 -2013.
- Figura 15- Número de casos confirmados de dengue em Maringá de 1995 a 2016.
- Figura 16- Números de Casos Notificados de Dengue em Maringá, 15ª RS e Estado do Paraná – 2007 a 2012.
- Figura 17- Mapa de Maringá, com localização das UBS.
- Figura 18- Atendimento de reclamações de escorpião amarelo pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2001 a 2016.
- Figura 19- Atendimentos de reclamações de caramujo africano pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2005 a 2016.
- Figura 20- Atendimentos de reclamações de aranhas pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2008 a 2016.
- Figura 21- Atendimentos de reclamações por espécies de aranhas pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2008 a 2016.
- Figura 22- Atendimentos de reclamações e coleta de morcegos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 a 2016.
- Figura 23 - Locais onde foram capturados morcegos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 a 2016.
- Figura 24- Reclamações dos pombos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2005 a 2016.
- Figura 25- reclamações segundo a condição dos cães pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 a 2016.

## **LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS**

Tabela 1- Distribuição da Incidência de hepatites virais, em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 2- Pacientes Coinfectados HIV/Hepatite, acompanhados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Maringá, Pr

Tabela 3- Taxa de cura, abandono e óbito dos casos de tuberculose notificados no município de Maringá no período de 2013 a 2016

Tabela 4- Taxa de cura, em tratamento, transferências, óbitos e abandonos, dos casos novos de hanseníase notificados no município de Maringá de 2013 a 2016

Tabela 5- Casos de Leishmaniose em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 6- Casos de Leishmaniose, segundo local provável de infecção em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 7- Casos de leishmaniose, segundo sexo e faixa etária em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 8- Evolução clínica dos casos de leishmaniose em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 9- Pacientes acompanhados no SAE de Maringá, Pr

Tabela 10- Acompanhamento dos pacientes no SAE de Maringá, com diagnóstico de HIV/Aids, conforme faixa etária

Tabela 11- Distribuição da frequência dos casos de Aids por ano de notificação em Maringá de 2013 a 2016

Tabela 12- Óbitos de pacientes acompanhados no SAE

Tabela 13- Proporção de nascidos vivos por número de consultas de pré-natal por ano

Tabela 14 – Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano no município de Maringá de 2013 a 2016

Tabela 15 – Cobertura vacinal em crianças de 1 ano de idade no município de Maringá de 2013 a 2016

Tabela 16- Total das despesas com saúde empenhadas (por grupo de natureza da despesa) em Maringá em 2014, 2015 e 2016

Tabela 17- Total das despesas com saúde empenhadas (por subfunção) em Maringá em 2014, 2015 e 2016

Quadro 1- número de estabelecimentos segundo atividades econômicas em Maringá, 2015

Quadro 2- Demonstrativos dos LIRA realizados no município de Maringá de 2005 a 2017

Quadro 3 – Instituições Hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos SUS em Maringá, 2016

Gráfico 1 – Proporção de nascidos vivos por número de consultas de pré-natal por ano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. Análise Situacional

1.1. Condições de Saúde

1.1.1. Panorama Demográfico

1.1.2. Mortalidade e Morbidade

- . Mortalidade Geral
- . Mortalidade infantil
- . Prematuridade
- . Internações
- . Internações por doenças respiratórias
- . Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)
- . Doenças Transmissíveis
- . Dengue
- . Hepatites Virais
- . Tuberculose/Hanseníase
- . Leishmaniose
- . Aids
- . Sífilis

1.2. Determinantes e Condicionantes

1.2.1. Hábitos de Vida

1.3. Acesso às Ações e Serviços de Saúde

1.3.1. Implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

1.3.1.1. Materno infantil

- . Mortalidade Materna
- . Mortalidade Infantil

1.3.1.2. Atenção às Urgências/Emergências

1.3.1.3. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

1.3.2. Atenção Básica

- . Saúde da Família
- . Saúde Bucal
- . Pessoas com Deficiências
- . Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

1.3.3. Atenção Especializada

1.3.4. Atenção Hospitalar

1.3.5. Assistência Farmacêutica

1.3.6. Saúde Mental

1.3.7. Vigilância em Saúde

1.4. Gestão em Saúde

1.4.1. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

1.4.2. Gestão de Materiais e Equipamentos

1.4.3. Financiamento

1.4.4. Participação e Controle Social

2. Diretrizes, Objetivos e Metas

Referências



## **Apresentação**

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado entre os gestores do SUS em 2006, estabelece que todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestada de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos e ações de assistência assegurando acesso ao atendimento das urgências.

Segundo o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), regulamentado pela Portaria GM nº 3085 de 01/12/06 e Portaria GM nº 3332 de 28/12/06, o Plano de Saúde é definido como instrumento de gestão, que baseado numa análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Já a Lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a União, Estados e Municípios a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde, indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos instrumentos que o operacionalizam deve ser entendida como um processo dinâmico que permite a avaliação permanente de suas metas e ações. Desta forma é fundamental que os quadros técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá sejam capacitados para o monitoramento das ações implementadas, avaliando sua eficiência e eficácia assim como os fatores facilitadores e dificultadores.

O presente Plano foi elaborado para o quadriênio 2018 – 2021, a partir da realização de reuniões com o corpo diretor/gerencial desta Secretaria de Saúde, as quais deram origem as propostas de gestão complementadas pelas discussões nos Conselhos Locais e Conferência Municipal de Saúde.

O êxito desse planejamento será resultado do trabalho integrado, pactuado e transparente, entre gestores, profissionais da saúde, conselheiros de saúde e população.

**Secretário de Saúde**

1. Análise situacional

1.1. Condições de saúde

1.1.1. Panorama demográfico

O Município de Maringá situa-se na Região Noroeste do Estado do Paraná com uma população de 403.063 habitantes (IBGE-2016) distribuída em 3 distritos administrativos (Maringá, Floriano e Iguatemi). É referência para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e também para a Macrorregião Noroeste que abrange 5 Regionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS), 115 municípios totalizando 1.857.433 habitantes (IBGE-2016). Planejada e arborizada possui uma área territorial de 487,930 km2 com densidade populacional de 828,61 habitantes/km2 e grau de urbanização de 98,20%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2010) é de 0,808, sendo considerado pelo PNUD como “muito alto desenvolvimento humano” (PNUD, 2013). A economia destaca-se pelo comércio varejista e a prestação de serviços principalmente no setor saúde, educação, alimentos, vestuário e setor imobiliário. 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.

Quadro 1. Número de estabelecimentos segundo atividades econômicas- 2015

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS
INDÚSTRIA	2025
CONSTRUÇÃO CIVIL	1132
COMÉRCIO	6588
SERVIÇOS	7026
TOTAL	16771

Fonte: MTE

Como se pode observar na Figura 1, a pirâmide populacional de Maringá de 2012 mostra um grande aumento nas populações da faixa etária adulta e idosa.

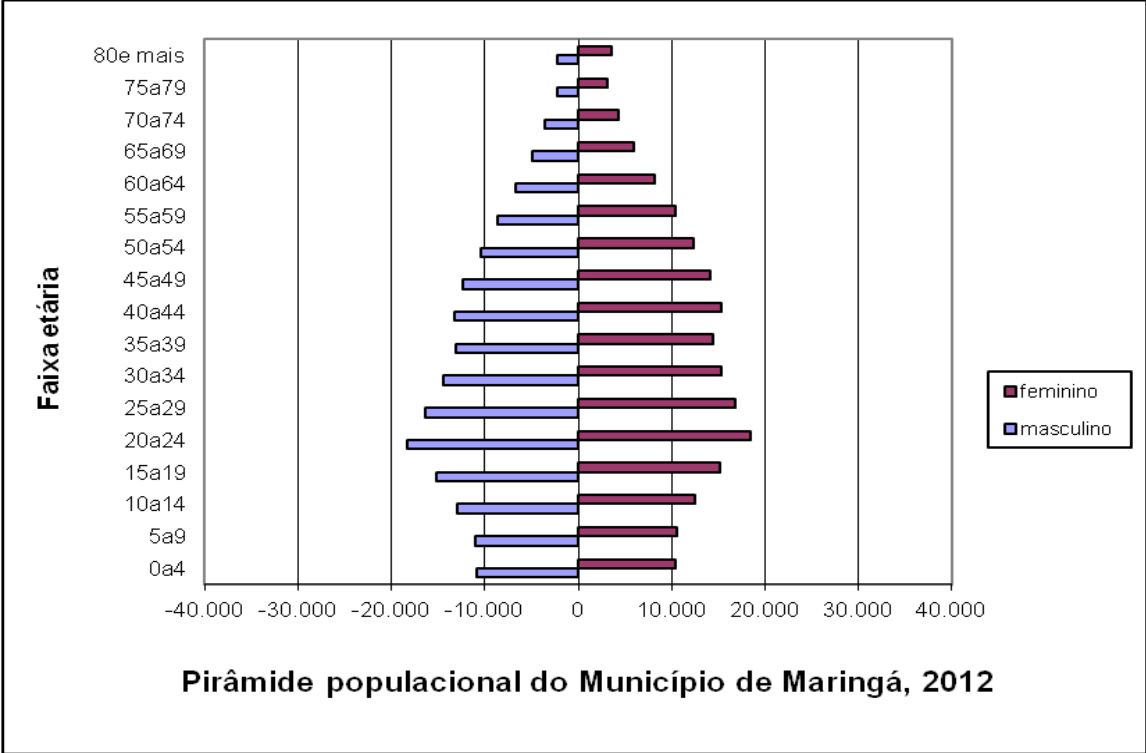
Dados do IBGE apontam também, que o crescimento médio geométrico anual do município foi de 2,15% (IBGE -2010), um dos maiores do estado do Paraná. No entanto, a taxa de fecundidade, número médio de filhos que teria uma mulher ao final do seu período fértil, caiu de 6,16 em 1940 para 1,86 em 2010, abaixo 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 alterou 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. Infelizmente não está disponível pelo IBGE dados da população a partir de 2012 estratificadas por faixa etária, o que impede de avaliar esta evolução nos últimos quatro anos. Possivelmente estes indicadores devem estar se mantendo em proporções semelhantes, sem maiores variações. A chegada de migrantes, principalmente haitianos, poderá vir a influenciar na mudança deste quadro.

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).

Figura 1. Pirâmide populacional de Maringá, de 2012.



Fonte: IBGE

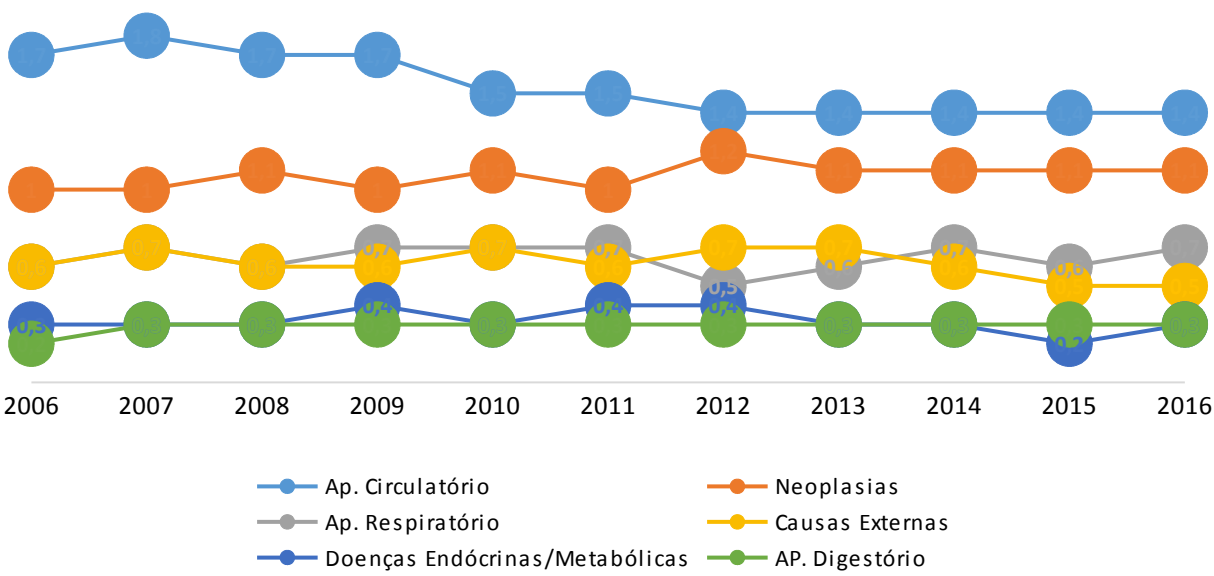
1.2. Mortalidade e Morbidade

Mortalidade geral

O perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante. A transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada, com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas ligadas a causas externas (MS, 2014). A taxa de mortalidade bruta de Maringá-PR em relação ao Brasil durante o período de 2004-2016, vem se mantendo relativamente constante, sendo a do Brasil superior a de Maringá. A média da taxa de mortalidade no Brasil durante esses anos foi de 6,3 enquanto a de Maringá foi de 5,49. No ano de 2015 foi visto uma pequena queda na taxa, tanto no Brasil quanto em Maringá, de 6,1 e 5,2 respectivamente.

Conforme observado na Figura 2, as principais causas de mortalidade em Maringá-PR são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, aparelho respiratório, causas externas, doenças endócrino-metabólicas e do aparelho digestivo, nesta ordem de relevância. Em relação ao aparelho circulatório a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se mostrou como a causa mais prevalente (MS, 2013). Nesta análise, percebe-se uma importante queda na taxa de mortalidade por estas doenças a partir de 2012 mantendo-se estável até 2016, seguindo a tendência de países desenvolvidos como os da Europa Ocidental, EUA e Canadá devido, muito provavelmente, a melhor facilidade de diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares (MANSUR; FAVARATO, 2016).

Figura 2. Coeficiente de Mortalidade por Causas de 2006 a 2016 em Maringá-PR



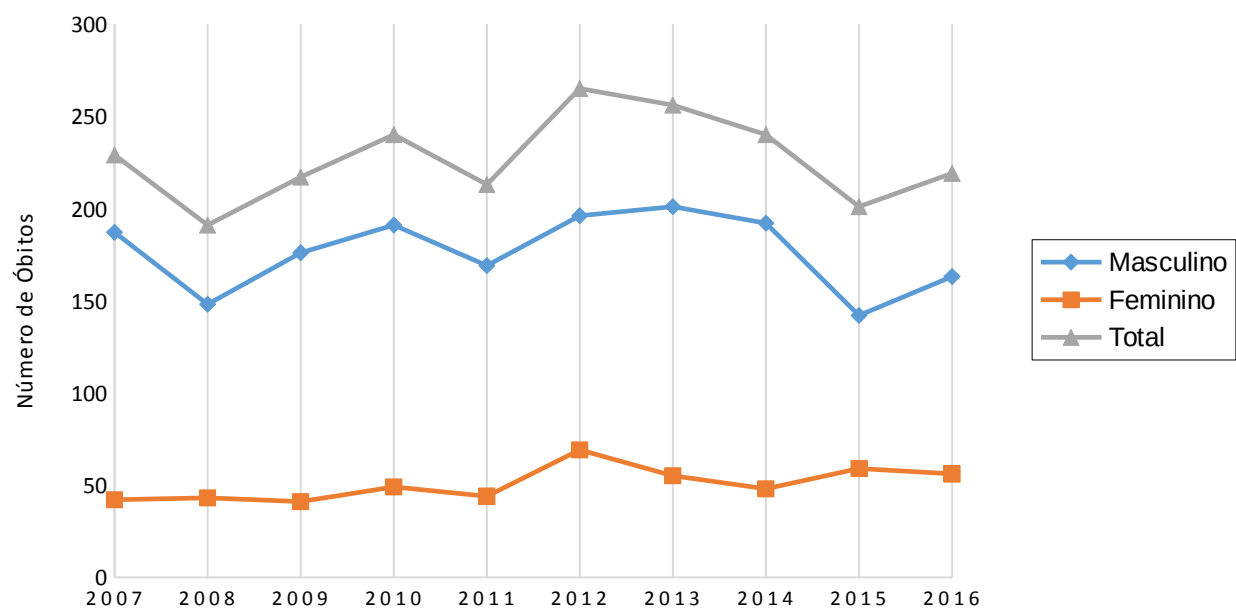
Fonte: DATASUS - Index Mundi Dados, 2016

As taxas de mortalidade por neoplasias mantiveram-se relativamente estáveis nos últimos 12 anos, tendo a maior taxa em 2012, de 1,2. Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais prevalente, seguido do câncer do aparelho respiratório e do colo de útero. Já entre os homens, o aparelho respiratório ocupa o primeiro lugar, seguido pelo câncer de próstata e de estômago (BRASIL, 2011).

A respeito das demais causas, esta análise indica uma variação inexpressiva das taxas de mortalidade. Esse fenômeno pode ser explicado pelos aspectos socioeconômicos e dificuldade de acesso da população menos favorecida ao serviço de saúde nos países em desenvolvimento (MANSUR;FAVARATO, 2016).

Com relação à mortalidade por causas externas, observa-se pela Figura 3, que esta incide cerca de três vezes mais na população masculina em comparação à feminina no município de Maringá-PR.

Figura 3. Mortalidade por Causas Externas e Sexo, de 2007 a 2016 em Maringá - PR

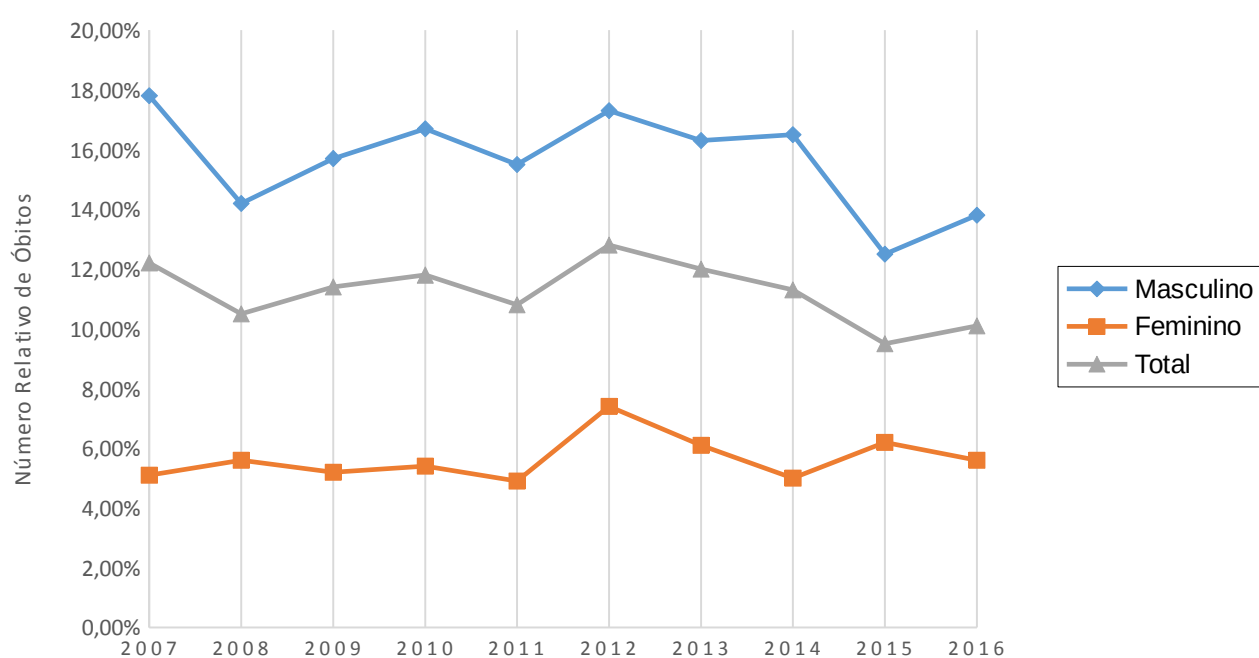


Fonte: DATASUS, SIM 2014; SMS 2015

Segundo Souza (2006) os homens se expõem mais às situações de acidentes e violência por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprios da sociedade contemporânea, que simbolizam maior poder e exigem maior virilidade e agressividade, tornando-os paradoxalmente mais vulneráveis a evento de risco de morte precoce por agravos evitáveis. Somando-se a isso, os homens estão em maior número no que diz respeito a ocupações/profissões de risco, estando mais expostos a acidentes de trabalho e consequentemente a óbitos em decorrência desta exposição.

De 2007 a 2016, verifica-se que apesar das pequenas variações nas curvas, a mortalidade geral se mantém muito semelhante com o decorrer dos anos, sendo que obviamente a curva da mortalidade total acompanha àquela, referente ao sexo masculino, uma vez que este é responsável pelo maior número de óbitos.

Figura 4. Proporção de Óbitos Devido às Causas Externas por Sexo, de 2007 a 2016, em Maringá- PR



Fonte: DATASUS, SMS - SIM

Em consonância com a Figura 4, quando analisada a curva de proporções de óbitos por causas externas entre todas as causas de morte na cidade de Maringá-PR, observa-se que a curva se mantém constante, ainda que tenha havido uma pequena diminuição entre os homens nos últimos dois anos.

Interessante é verificar que em média, aproximadamente 15,6% dos homens em contraponto com os aproximados 5,6% entre as mulheres morrem devido às causas externas.

Na Figura 5, é possível observar que, dentre as causas externas, a que se destaca no período analisado são os acidentes de trânsito, seguido alternadamente de agressões e outras causas externas de lesões/acidentes (em que se encontram as quedas, afogamentos, etc.). As quedas sem especificações apresentaram um papel importante no ano de 2016, com 32 mortes no período, contribuindo para que o item outras causas externas de lesões/acidentes ultrapassassem sobremaneira as agressões como causa de óbito e se aproximasse dos acidentes de trânsito.

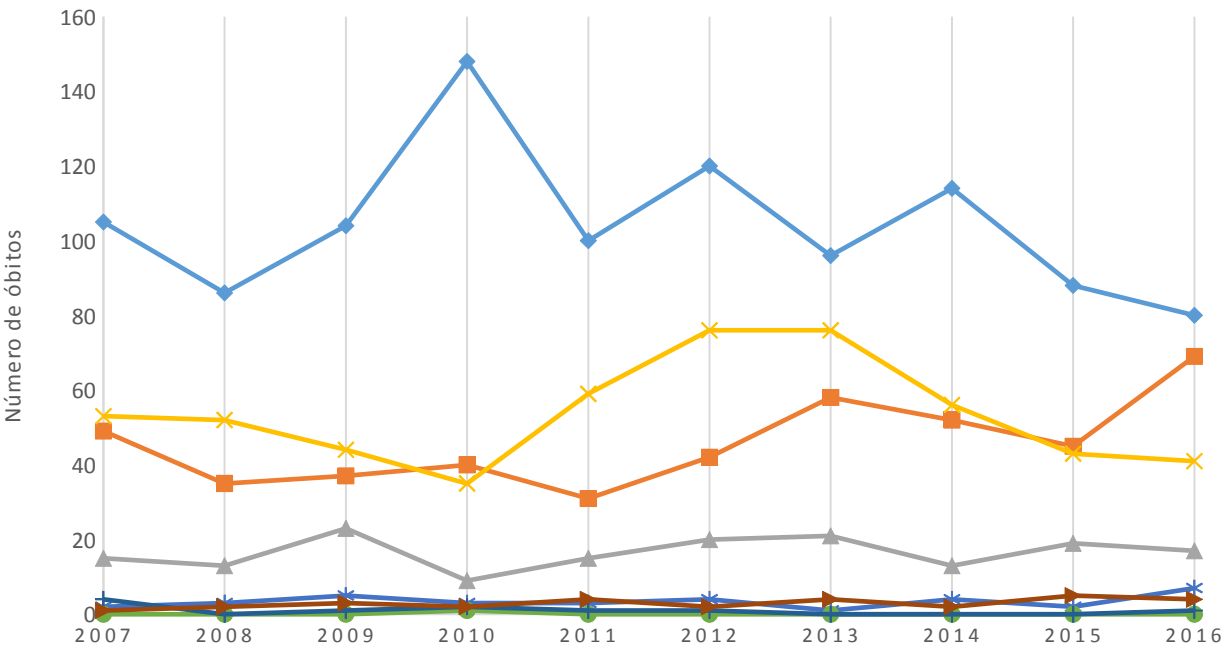
Foi implantada em 2013 pela Secretaria de Saúde de Maringá a Rede de Prevenção de Violências e Acidentes, contando com campanhas de sensibilização, capacitação dos profissionais da rede, Protocolo de Assistência às Vítimas e reuniões mensais distribuídas em 12 grupos com formação intersetorial, para discussão de casos e encaminhamentos. Observou-se um desfecho favorável a partir dessas medidas visto que a notificação dessas causas de morbimortalidade, que antes acontecia com certa dificuldade e falseava dados epidemiológicos do município, aumentou desde então.

A quarta causa principal para todos os anos foram às lesões auto provocadas. A Secretaria de Saúde implementou em 2017 o Comitê de prevenção e Pósvenção ao suicídio, com o ingresso de representantes intersetoriais, com o objetivo de discutir sobre o tema, criar campanhas educativas, elaborar capacitação para servidores, organizar e qualificar dados estatísticos.

Quanto aos acidentes de transporte, a curva apresenta grande variabilidade entre os anos, tendo apresentado os menores números absolutos nos últimos dois anos, 88 e 80 respectivamente. Em maio de 2017, o município de Maringá aderiu ao Programa Vida no Trânsito, do Ministério da Saúde, que objetiva trabalhar intersetorialmente, para diminuir as causas e consequências de acidentes de trânsito. Estão envolvidos os setores que tratam da regulação do trânsito, produção de dados estatísticos, socorro de vítimas e seu atendimento em saúde.

Pela baixa ocorrência de eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, complicações de assistência médica e cirúrgica e sequelas de causas externas, tais classes não merecem ser avaliadas, já que geram pouca influência.

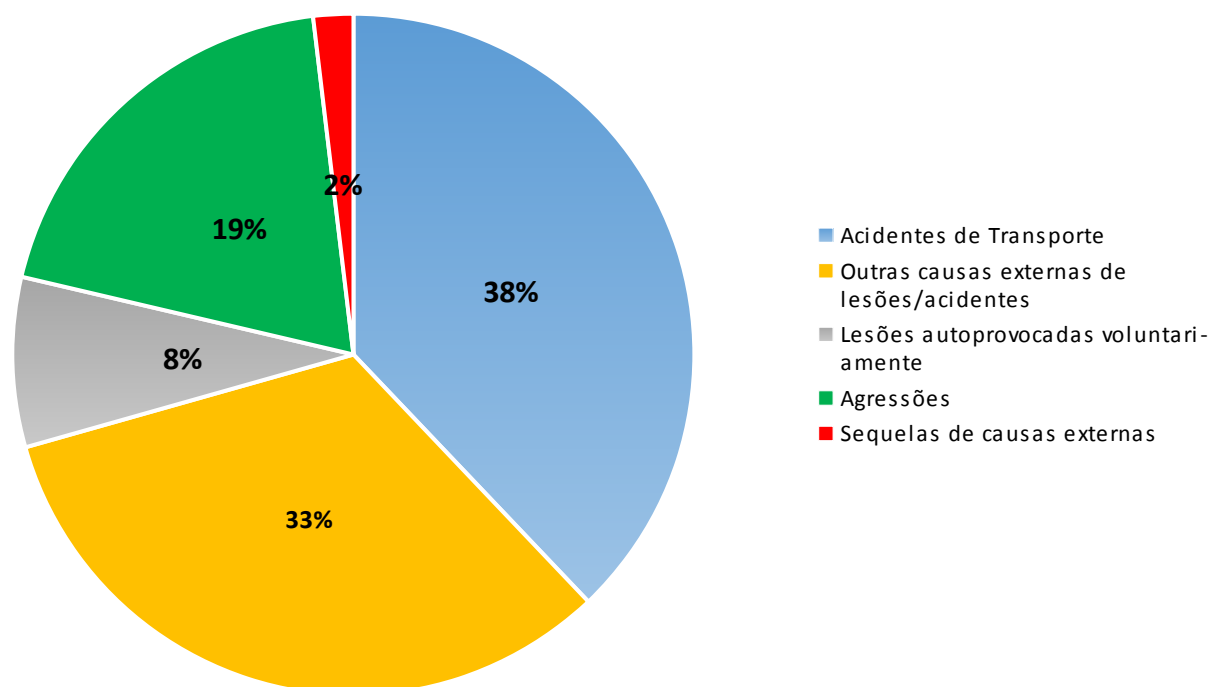
Figura 5. Mortalidade por grandes grupos CID-10 de causas externas, de 2007 a 2016, em Maringá-PR



Fonte: DATASUS- SIM, 2014; SMS, 2015

- V1-V99 - Acidentes de Transporte
- W00-X59 - Outras causas externas de lesões/acidentes
- X60-X84 - Lesões auto provocadas voluntariamente
- X85-Y09 - Agressões
- Y10-Y34 - Eventos cuja intenção é indeterminada
- Y35-Y36 - Intervenções legais e operações de guerra
- Y40-Y84 - Complicações de assistência médica e cirúrgica
- Y85-Y89 - Sequelas de causas externas

Figura 6. Proporção de mortalidade entre os grandes grupos CID-10 de causas externas, no ano de 2016, em Maringá-PR



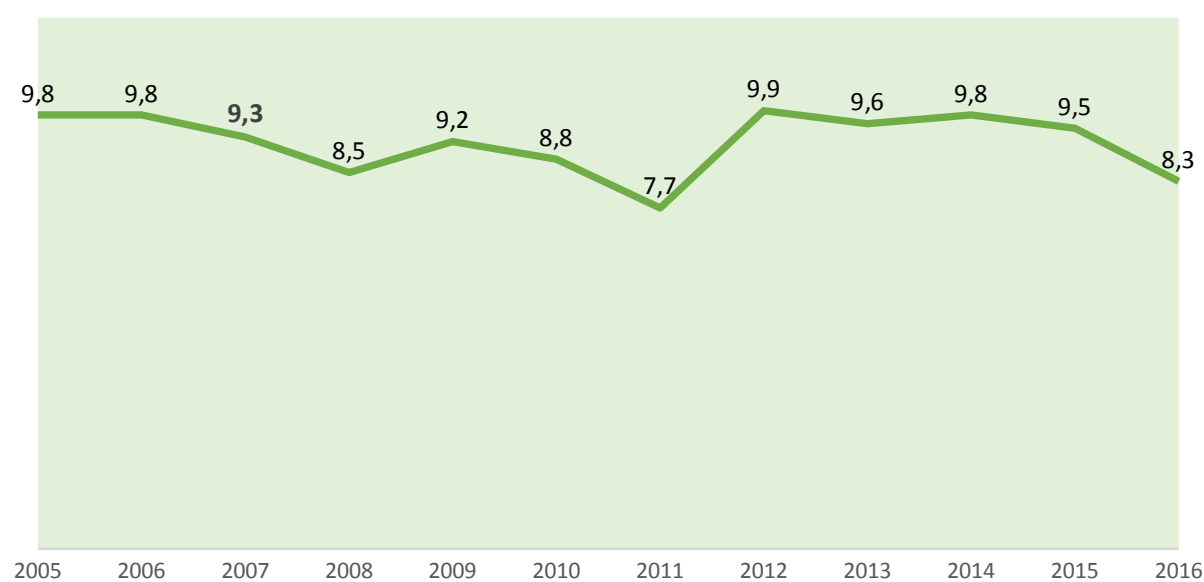
Fonte: SMS - SIM

### Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador da qualidade de vida de uma população e reflete a qualidade dos serviços de saúde, tais como moradia, salário, alimentação e atenção à saúde, além do comprometimento da sociedade com a reprodução social. Estatísticas demonstram que aproximadamente 8,1 milhões de crianças morrem no mundo nos primeiros cinco anos de vida. A TMI teve queda significativa entre os anos de 1996 e 2010, no Brasil, passando de 34,8 óbitos infantis por mil NV a 16,2 (IBGE, 2006; BRASIL, 2012). As melhorias das condições de saneamento básico, as campanhas de imunização, a promoção do aleitamento materno e o aumento da cobertura da assistência pré-natal são responsáveis por esta queda. Desta forma, percebe-se, no Brasil, que doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias apresentaram queda, enquanto houve um aumento de óbitos por anomalias congênitas.

Segundo os dados coletados na Secretaria Municipal de Maringá – PR, entre 2005 e 2016 foram contabilizados 55.367 nascidos vivos e um total de 508 óbitos infantis. De acordo com a Figura 7, a TMI em Maringá apresentou variação entre 8 a 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos neste mesmo período.

**Figura 7.** Taxa de Mortalidade Infantil, de 2005 a 2016, em Maringá-PR



Fonte: SMS- SIM

Dentre as mortes infantis do período de 2005 a 2016, 166 (32,6%) ocorreram em crianças com até um dia de vida, seguidas da mortalidade neonatal precoce, que ocorre no período entre um e seis dias, com 127 mortes (25%). A mortalidade infantil tardia, entre 28 dias e um ano, apresentou 120 óbitos (23,6%) e a mortalidade neonatal tardia, 95 óbitos (18,7%).

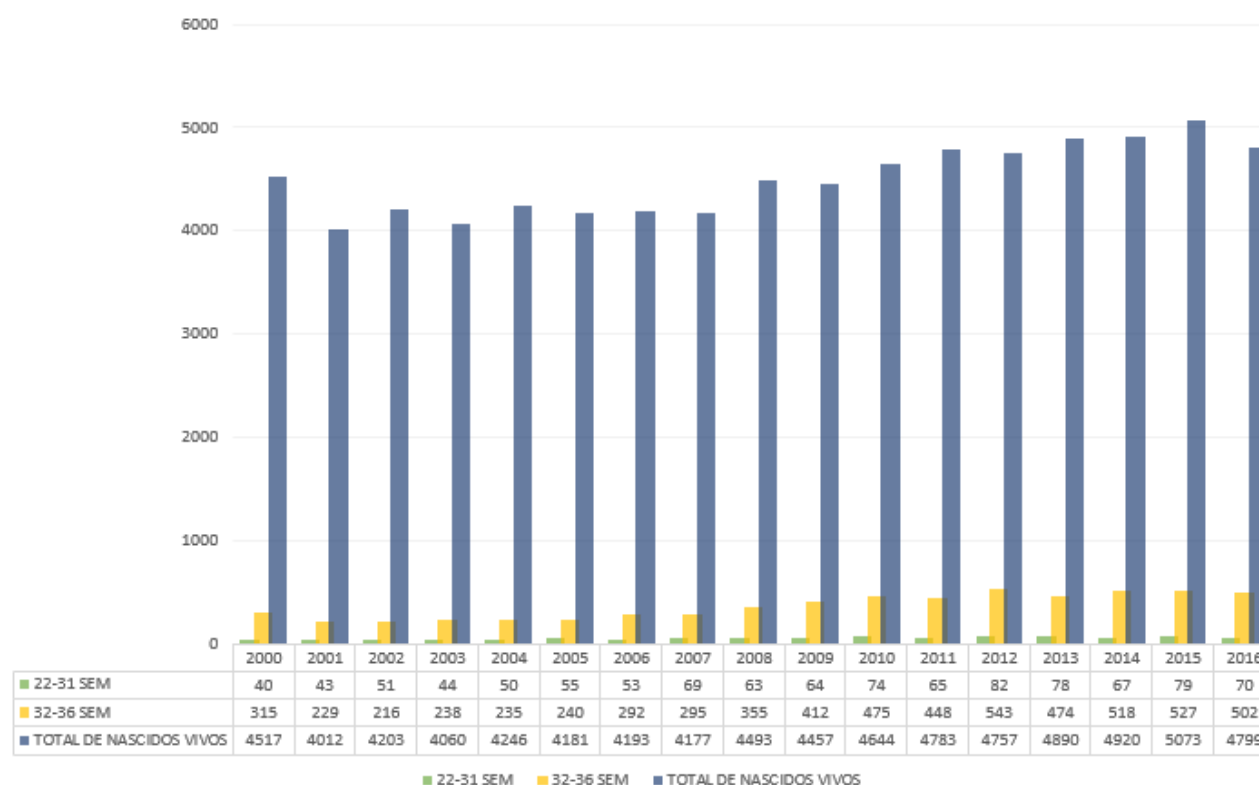
Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de Maringá demonstram que dentre as causas mais prevalentes de mortalidade infantil, as malformações corresponderam a 28,7% entre os anos de 2005 a 2016.

Sendo assim, observa-se que apesar de Maringá apresentar uma TMI inferior que a do país, ainda são necessárias estratégias de ação frente às causas evitáveis de mortes infantis. O SUS pode ser um grande aliado neste sentido, pois, o conceito de equidade pode ser bem aplicado, na medida da identificação das populações mais carentes, a fim de facilitar-lhes o acesso aos serviços de saúde. A busca ativa de gestantes, a classificação adequada das gestações de alto risco, bem como palestras educativas durante a gestação e no puerpério imediato são ações que contribuiriam para a prática da promoção à saúde no combate às mortes evitáveis como asfixia ao nascer e inalação do conteúdo gástrico. A maior TMI foi durante os primeiros seis dias de vida verificando-se a importância da atenção hospitalar e à puérpera neste período. Para que esta proposta funcione com eficiência, é plausível que isto seja incorporado ao Plano de Gestão do município e no Planejamento Anual de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), para que sejam oferecidos recursos e treinamento aos profissionais da saúde.

## Prematuridade

No Brasil, 340.000 bebês nasceram prematuros só em 2012, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Ministério da Saúde (MS). Isso significa que nascem 931 prematuros por dia ou 40 por hora, indicando uma taxa de prematuridade de 12,4%, o dobro do índice de alguns países europeus.

**Figura 8.** Frequência de prematuridade por nascidos vivos, de 2000 a 2016, em Maringá-PR



Fonte: SMS- SINASC

Conforme demonstrado na Figura 8, podemos observar:

22 A 31 SEMANAS:

- Tendência crescente: 0,88% em 2000 para 1,46% em 2016
- Menor taxa 0,88% (2000) x maior taxa 1,72% (2012)

32 A 36 SEMANAS

- Menor taxa 5,14% (2002) x maior taxa 11,41% (2011)
- Tendência crescente: 6,97% em 2000 para 10,46% em 2016
- 2012 Cegonha/ Mãe Maringaense

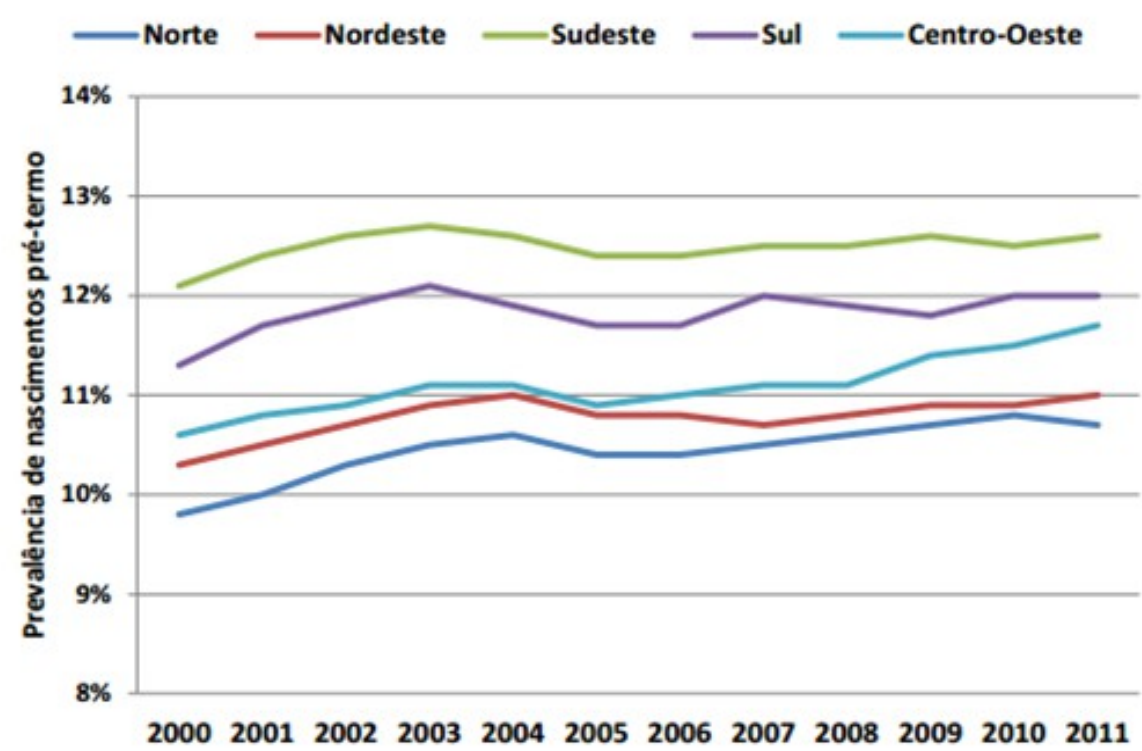
Em 2016 houve 572 prematuros em Maringá:

- 1- 21-32 semanas 12,23%
- 2- 32-36 semanas 87,41%

O Brasil apresenta provavelmente as mais altas taxas de cesarianas no mundo. Sua frequência aumentou de 38% de todos os partos em 2000 para 54% em 2011. Em Maringá 80% dos partos aproximadamente, são cesáreas (Paraná 55,2% e Brasil 48,5% em 2008) e o excesso deste procedimento aumenta a mortalidade de mães e crianças.

A apresentação da Pesquisa “Nascer no Brasil”, propiciou discussão sobre redução dos índices de parto cesárea, com várias categorias profissionais, tanto da rede pública quanto privada. A Secretaria de Saúde espera que as discussões junto ao Comitê do Parto Normal de Maringá, bem como o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais contribua para a redução destes índices nos próximos anos.

**Figura 9.** Prevalências corrigidas de nascimentos pré-termos, por macrorregião, de 2000 a 2011, no Brasil.



Fonte: SMS - SINASC

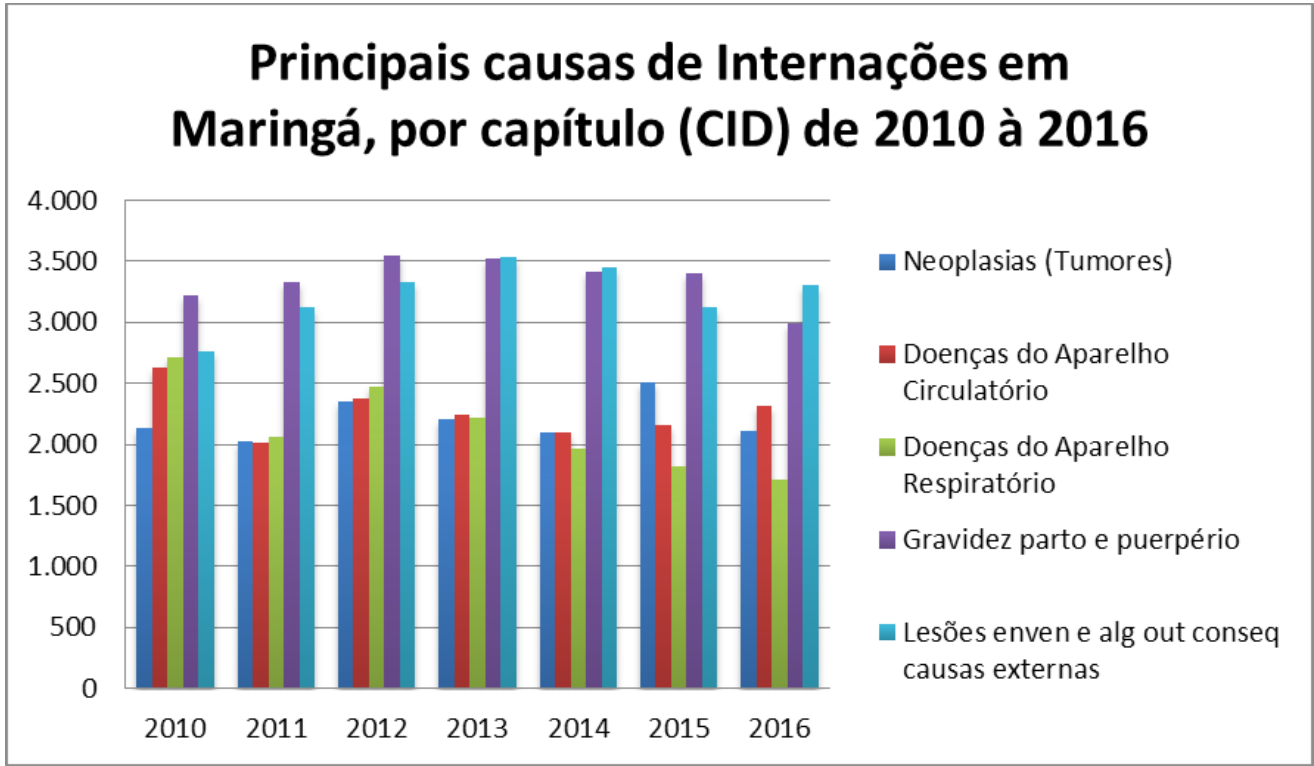
\* A distribuição paradoxal da prematuridade no país, com taxas mais elevadas nos estados mais ricos, apóia a hipótese de que a excessiva medicalização do parto esteja tendo um efeito deletério sobre a saúde dos recém-nascidos

**Internações**

No período entre 2010 a 2016, foi registrado um total de 158.641 internações hospitalares no município de Maringá. As cinco principais causas (58,44%) de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de acordo com os capítulos do CID-10 foram: Neoplasias (cap. II); Doenças do Ap. Respiratório (cap. X); Doenças do Ap. Circulatório (cap. IX); Gravidez, Parto e Puerpério (cap. XIX) e Lesões por Envenenamentos e outras Causas Externas (cap. XX).

De acordo com a Figura 10, os internamentos por Lesões, Envenenamentos e outras Causas Externas apresentaram maior aumento, 551 casos, seguidos por Neoplasias, 366 casos. Por outro lado, as Doenças Respiratórias apresentaram a maior queda, 1.005 casos, seguidos das Doenças do Aparelho Circulatório e Gravidez, Parto e Puerpério, com 319 e 235 casos respectivamente. Em relação às causas de internamento, observou-se que a partir de 2011, houve predominância de Gravidez, Parto e Puerpério junto com Lesões Envenenamento e outras Causas Externas.

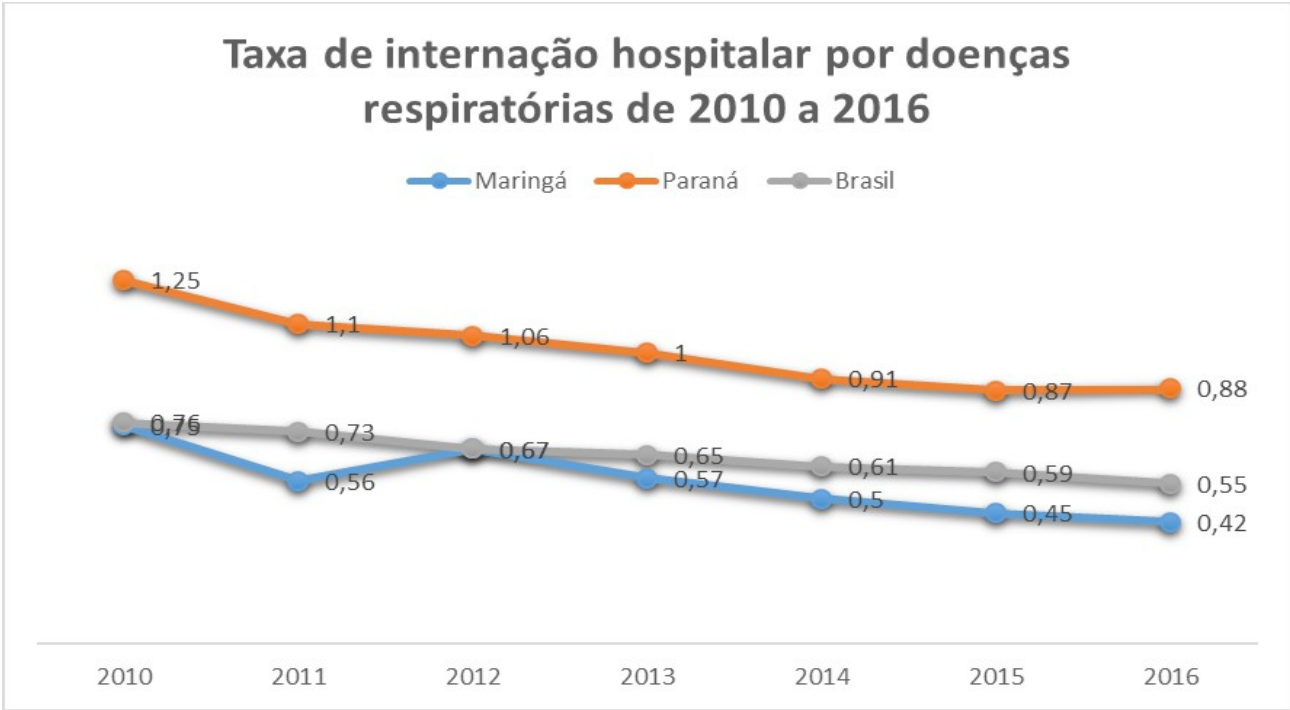
**Figura 10.** Principais causas de internações, por capítulo CID, de 2010 a 2016, em Maringá- PR





Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças respiratórias apresentam uma taxa de cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e de 5% em países em desenvolvimento (TOYOSHIMA, et al, 2005). Representam cerca de 16% de todas as internações no Brasil, chegando a mais de 50% em grupos de risco, como as faixas etárias pediátricas (CARMO, et al 2003). Entretanto, entre os anos de 2010 a 2016, observou-se uma queda da taxa de internação por estas doenças tanto em nível nacional, bem como no estado do Paraná, sendo ainda mais evidenciada no município de Maringá, segundo a Figura 11.

Figura 11. Taxa de internação hospitalar por doenças respiratórias, de 2010 a 2016, em Maringá-PR.

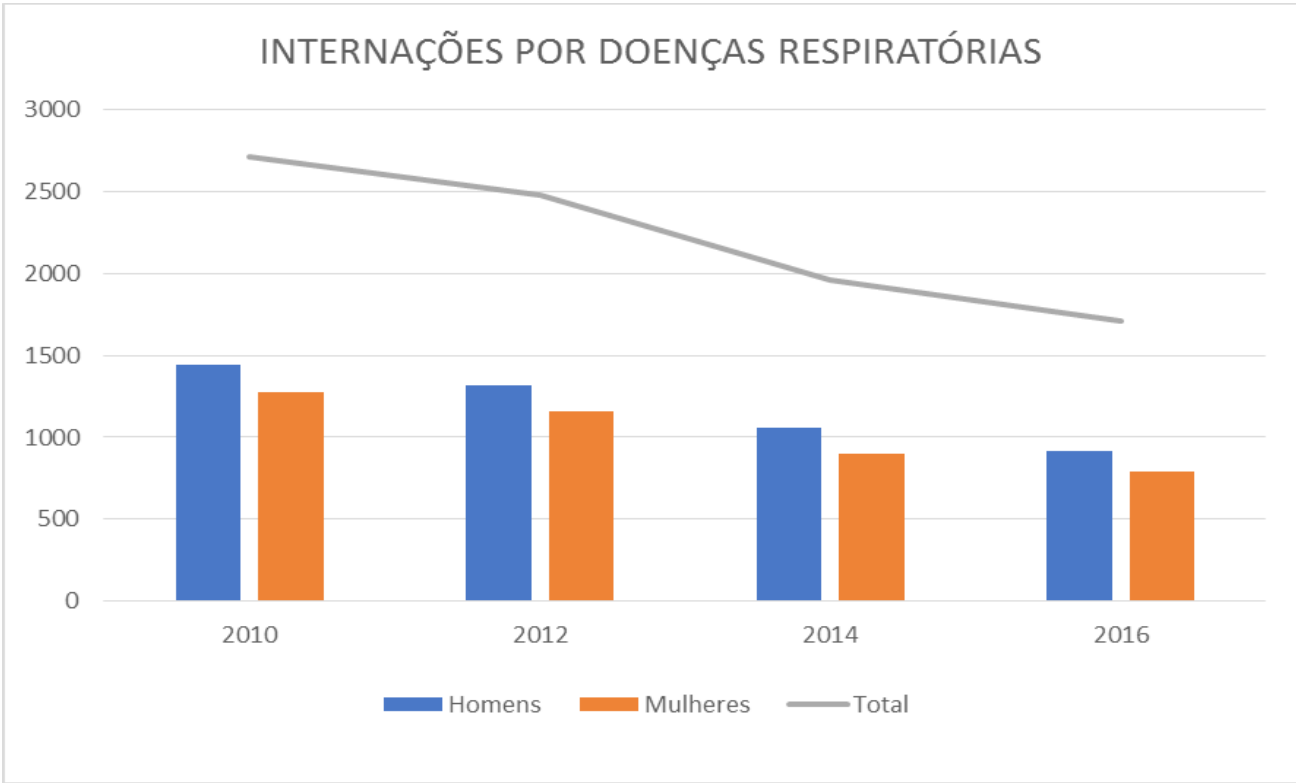


Dentre os anos de 2010 a 2016, observou-se as doenças do aparelho respiratório entre o quarto e quinto lugar dentre as causas mais prevalentes de internação, ficando atrás de Neoplasias, Gravidez parto e puerpério. Porém, com o passar destes anos, observou-se através de dados do SIH-SUS, que o número de internamentos por esta condição veio diminuindo, indo na contramão do crescimento populacional da cidade, ou seja, aumentou-se o número de habitantes do município, porém a proporção de internamentos por doenças respiratórias diminuiu como demonstrado na Figura 11.

A diminuição gradual ano a ano da proporção das Doenças Respiratórias nos maringaenses, mesmo carecendo de estudos mais sérios e fidedignos, leva-nos a inferir que campanhas de vacinação contra gripe e tabagismo e investimentos do SUS no município surtiram efeito quanto a prevenção e profilaxia destas doenças, o que em consequência levou a diminuição no número de internamentos.

Já em relação ao sexo, os homens mantiveram-se mais prevalentes em relação às mulheres em todos os anos, o que pode se correlacionado ao maior consumo de tabaco e prevalência de asma nesta população (Figura 12).

Figura 12. Internações por doenças respiratórias, segundo sexo, de 2010 a 2016, em Maringá - PR



### Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB)

De acordo com o Ministério da Saúde, essa taxa se refere ao percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, de residentes em um determinado município, no período considerado, ou seja, a proporção das internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município.

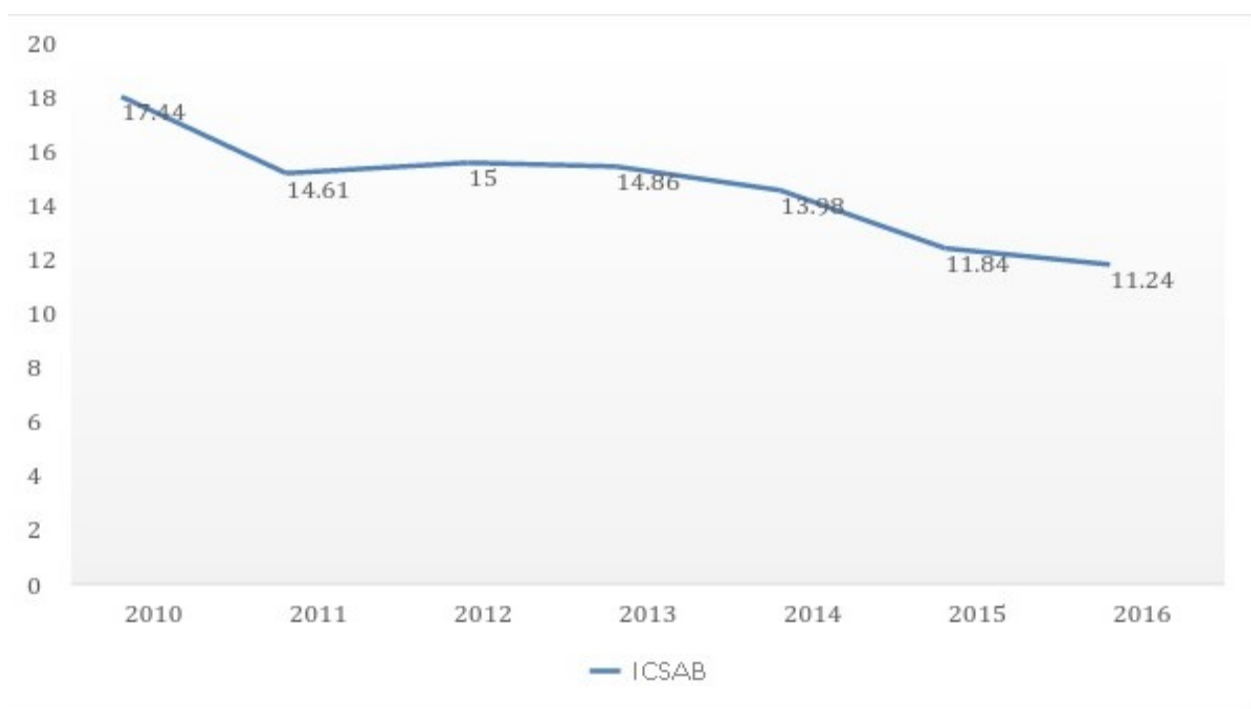
O ICSAB é fundamental para analisar a efetividade do cuidado na atenção básica; criar ações de regulação do acesso às internações hospitalares; realizar um estudo das variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares sensíveis à atenção básica para identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (Brasil, 2017).

Para o levantamento dos dados de Maringá foram utilizadas informações contidas no DATASUS e foram tabulados pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, 2017, a partir das quais foram feitos cálculos do ICSAB para analisar e avaliar a qualidade e efetividade da atenção básica neste município. Para fins comparativos, foram coletados os indicadores de saúde das demais regiões por meio da Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, fornecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2017).

Ao analisar a série histórica da proporção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) em Maringá – PR verificou-se uma redução em seus valores em um período de 7 anos, entre 2010 a 2016 (Figura 13), apresentando um decréscimo de 6,2% do seu valor total nesse período. Sendo que o valor mais alto foi no ano de 2010 , d e 17,44% e o mais baixo em 2016 foi de 11,24%.

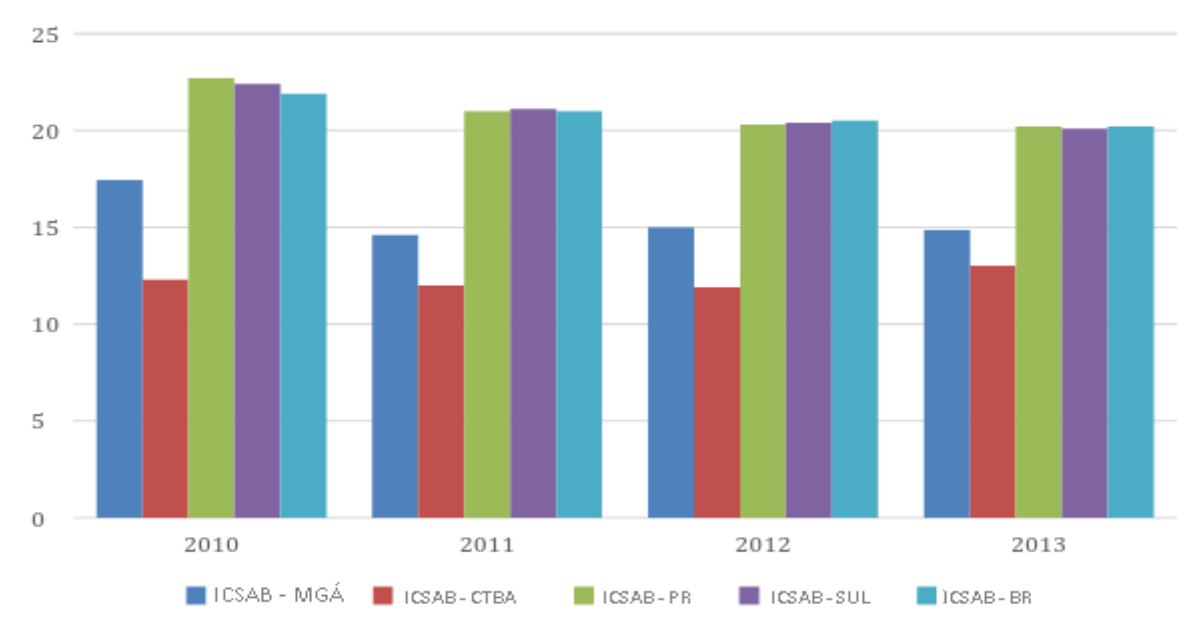
Além disso, podemos encontrar dois momentos importantes com reduções mais acentuadas, no período entre 2010 e 2011 (com redução de 2,83%) e entre os anos de 2014 – 2015 (com queda de 2,14%).

**Figura 13.** Série histórica da proporção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).Maringá-PR, 2010-2016.



Ao comparar os valores de Maringá – PR com a região metropolitana de Curitiba no período entre 2010 e 2013, as taxas de ICSAB de Maringá – PR, apresentaram piores resultados. Porém, se comparadas ao Estado do Paraná, Região Sul Brasileira e Brasil, neste mesmo período, o município de Maringá apresenta taxas inferiores de ICSAB (Figura 14).

**Figura 14.** Comparação da série histórica da proporção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Maringá -PR, Curitiba -PR, Paraná, Região Sul e Brasil, 2010-2013.



Fonte: DATASUS - SIH

Quanto à incidência das doenças que levaram as ICSAB no período de 2010 a 2016 em Maringá, podemos observar uma redução de 12,65% para 2,43%, queda de 72,9% por pneumonia e 8,9% para 5,05%, queda de 51% por diabetes mellitus. Porém ocorreu um aumento de 83% nos casos de angina, 5,17% para 9,49%)e de 11% nos casos de insuficiência cardíaca congestiva de 16,43% para 18,24%.

No caso de ICSAB em Maringá por hipertensão, houve redução de 51% entre 2010 e 2016, havendo 187 internações por essa patologia em 2010 e 61 em 2016. Em contrapartida, houve um significativo aumento percentual de ICSAB por angina de 83% no período entre os anos de 2010 e 2016. SOUZA 2006) também demonstrou a nível nacional, um grande aumento das ICSAB por angina de 237,5%. Dentro desse valor, encontram-se internações por infarto agudo, anginas estáveis e instáveis. Isso nos remete a uma ampla discussão sobre a etiologia dessas internações. Apesar do decréscimo de hospitalizações por hipertensão e diabetes mellitus, fatores de risco para doença coronariana, as internações por angina aumentaram significativamente a nível municipal, regional e nacional. Tal contradição entre os indicadores poderia estar relacionada a outros fatores para culminar em crescentes eventos coronarianos agudos, por exemplo, hipercolesterolemia, a qual seu tratamento se baseia em estatinas.

## Doenças transmissíveis

### Dengue

A dengue caracteriza-se por um cenário de transmissão endêmica/epidêmica em grande parte do País, tendo como importantes fatores à circulação simultânea dos quatro sorotipos virais e a presença do vetor.

No Brasil, a transmissão vem ocorrendo de forma continuada desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente dois milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença. A dengue apresenta um comportamento sazonal no país, ocorrendo, principalmente, entre os meses de outubro a maio. Dessa forma, o monitoramento de indicadores epidemiológicos, entomológicos e operacionais pode detectar precocemente a vulnerabilidade para ocorrência da doença em determinado local.

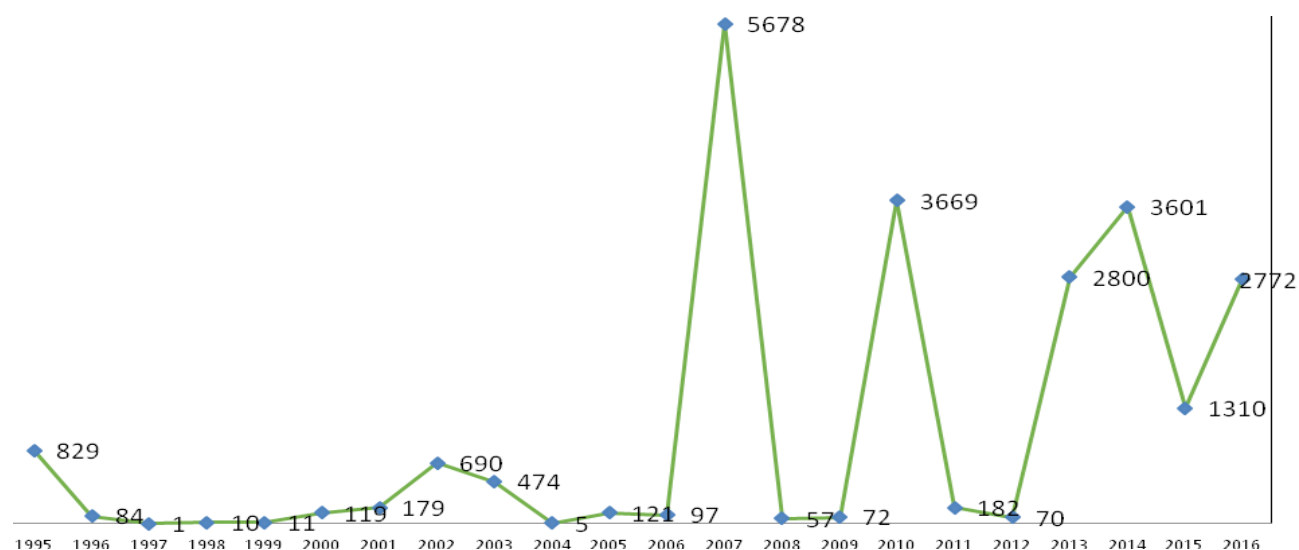
A infecção pelo vírus pode causar desde infecções assintomáticas até formas mais graves que podem levar a óbitos, mesmo em primoinfecção. No Brasil, o padrão epidemiológico tem variado ao longo dos anos (BRASIL, 2015)

O Município de Maringá apresenta o mesmo cenário do país, desde os primeiros casos confirmados em 1995, o município já foi estratificado como risco epidemiológico e entomológico, este fato ocorre pela localização geográfica, clima, chuvas, índice de infestação predial do vetor *Aedes aegypti*, circulação dos quatro tipos de vírus (DEN 1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4) além da falta de consciência ambiental da população nos cuidados quanto aos criadouros do vetor.

Em Maringá do ano de 1995 até o ano de 2002 o DEN 1 foi o sorotipo predominante, em 2002 ocorre a introdução do vírus DEN 2, também predominante no Estado do Paraná até o ano de 2006. A doença tornou-se endêmica no município e em alguns anos apresenta-se de forma epidêmica visualizado na figura 15.

No ano de 2007 houve epidemia da doença apresentando um coeficiente de 1.174/100.000 habitantes com o sorotipo circulante DEN 3. Em 2015 foi detectado o DEN 4 no município, sorotipo também responsável pelos quadros epidêmicos no Brasil e no Paraná. Em 2016 houve uma epidemia correspondendo a 688 casos por 100.000 habitantes

**Figura 15.** Número de casos confirmados de dengue, de 1995 a 2016, em Maringá- PR.



Fonte: SMS - SINAN

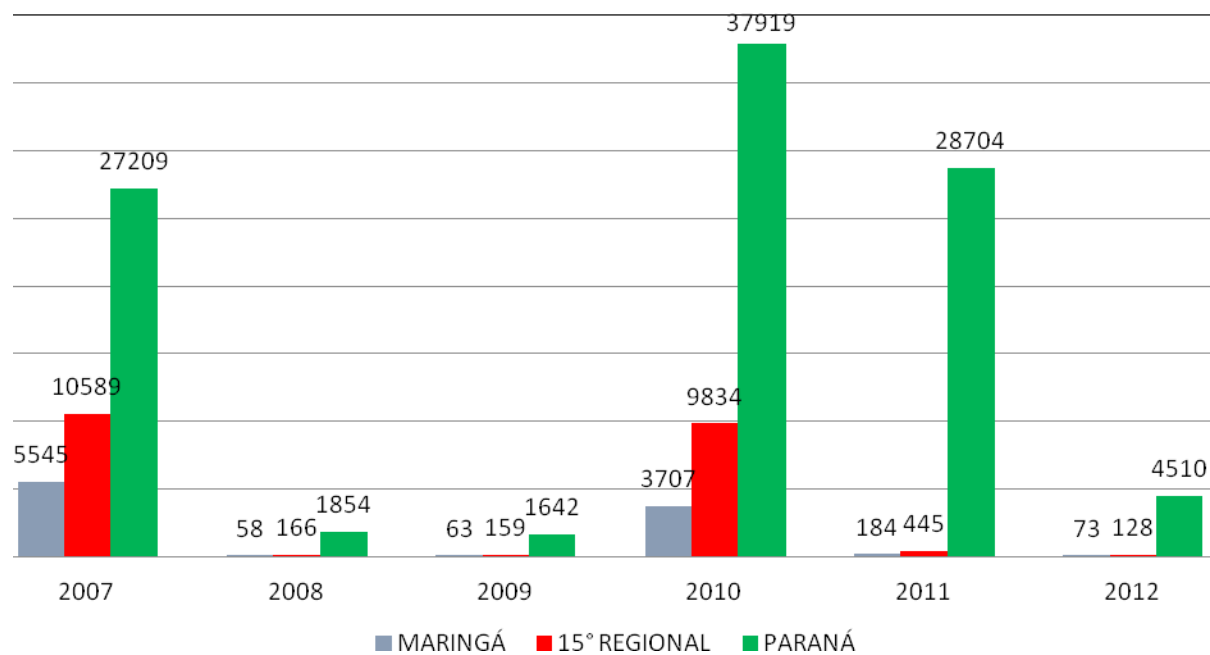
A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná por iniciativa própria em 2016 ofertou a Vacina da Dengue para os municípios que concentraram a maior incidência de casos para a faixa etária de 15 a 27 anos, sendo incluído o Município de Maringá.

Foi estabelecido o calendário para início em setembro de 2016 no Município, tendo como meta de cobertura vacinal 74,40% dos 93.004 jovens maringaenses de 15 a 27 anos. Foram vacinados como primeira dose 34.211 jovens correspondendo a uma cobertura de 36,78 %. No ano de 2017 foram vacinados com a primeira dose 20.485 jovens correspondendo 34,84% da meta de 58.793 pessoas. Para a 2ª dose de vacina a meta de cobertura foi de 34.211 jovens, sendo vacinados 26.307 correspondendo a 76,90% da meta, enfatiza-se que a meta geral era vacinar 93.004 jovens e a meta alcançada foi de 50,31%.

A Figura 16 demonstra o comparativo das notificações da dengue entre o Estado do Paraná a 15ª Regional de Saúde e Maringá. Observa-se que há uma relação direta do aumento das notificações do município com as da Regional de Saúde e do Estado do Paraná.

Ressalta-se que o controle da Dengue são ações multissetoriais que necessita de uma gestão ampliada para as ações de controle com investimento e recursos próprios no contexto de vigilância em saúde, além do reconhecimento da vulnerabilidade que o município apresenta quanto ao clima, períodos chuvosos, localização geográfica e o não empoderamento dos munícipes na responsabilidade perante aos potenciais de criadouros do vetor da dengue em seus imóveis e espaços públicos.

**Figura 16.** Número de casos notificados de dengue em Maringá, 15º Regional de Saúde de Maringá e Estado do Paraná, 2007 a 2012.



Fonte: DATASUS, SMS – SINAN

Obs: dados do Paraná e 15ª Regional disponíveis até 2012

Estão cadastrados no território de Maringá 214.699 imóveis, segundo dados do Sistema de Informação do Programa Nacional do Controle da Dengue (SISPNCD). A média de imóveis visitados para as ações de controle da dengue nos 4 ciclos de visitas anuais, no período de 2013 a 2016, foi, em média, entre 75 a 76%, conforme pactuado no SISPACTO.

**Perfil do índice de infestação predial do município de 2005 à 2017.**

O Levantamento de Índice de Infestação Predial (LIRA) é feito por meio de pesquisa larvária, para conhecer o índice de infestação, dispersão e densidade por Aedes aegypti e/ou Aedes albopictus nas localidades.

**Quadro 02.** Demonstrativo dos LIRA realizados no Município de Maringá no período de 2005 à 2017.

Ano/Mês	1º LIRA	2º LIRA	3º LIRA	4º LIRA
2005	-	Abril 2,4%	Agosto 1,4%	Outubro 2,0%
2006	-	Abril 2,4%	Agosto 1,5%	Outubro 1,5%
2007	-	Abril 1,1%	Agosto 0,2%	Outubro 1,1%
2008	Janeiro 2,2%	Abril 0,4%	Agosto 0,2%	Outubro 1,0%
2009	Janeiro 1,6%	Abril 1,6%	Agosto 0,4%	Outubro 1,9%
2010	Janeiro 3,8%	Abril 1,6%	Junho 0,5%	Outubro 0,6%
2011	Janeiro 2,1%	Maio 0,3%	Setembro 0,5%	Novembro 0,9%
2012	Fevereiro 0,6%	Maio 1,9%	Agosto 0,2%	Dezembro 1,5%
2013	Março 2,0%	Junho 1,0%	Setembro 0,1%	Novembro 1,0%
2014	Março 2,4%	Junho 0,8%	Setembro 0,4%	Novembro 1,9%
2015	Janeiro 2,2%	Abril 1%	Agosto 0,2%	Novembro 3,2%
2016	Janeiro 0,9%	Abril 0,7%	Julho 0,2%	Outubro 0,4%
2017	Janeiro 3,0%	abril 1,6 %		

Fonte: SIPNCD, 2017

O quadro acima demonstra o comportamento dos LIRA realizados no período de 2005 a 2017 no Município. Observa-se que ao longo dos anos os mesmos alternam-se entre baixo risco (0- 0,9%), médio risco (1-3,9%) e alto risco (índice > de 4%), no período avaliado verifica-se que apenas o 1º LIRA de 2010 apresentou índice de alto risco, embora o 1º LIRA de 2017 apresentou o índice de 3,0% considerado ainda de médio risco.

Quanto aos tipos de criadouros verificados entre os anos de 2005 a 2007, predominaram os vasos de plantas encontrados nas residências, após 2008 até 2017 os criadouros predominantes são os resíduos sólidos intradomiciliares como: latas, garrafas, pets, lonas, sacos plásticos, dentre outros, encontrados nos quintais, terrenos baldios e vias públicas do perímetro urbano do município. Este perfil dos índices prediais apresentados aponta a necessidade da Gestão Pública de forma intersetorial implementar e ampliar a coleta seletiva de resíduos no município de forma equânime e resolutiva em todo o perímetro urbano, realizar ações educativas junto à comunidade, objetivando o empoderamento e responsabilidade pelo cuidado ao próprio imóvel, entre outros.

Diante deste cenário, várias estratégias de intervenções vêm sendo realizadas de forma intersetorial, para redução do índice predial pela Gestão de Saúde de forma integrada com outras Secretarias e setores afins.

### Comunicação e Mobilização Social

Em outubro de 2007 foi composto o Comitê de Mobilização e Controle da Dengue, envolvendo representações das várias Secretarias Municipais (Saúde, Educação, Serviços Públicos, Meio Ambiente), Copel, Sanepar, Mitra Arquidiocesana, Ordem dos Pastores, AEAM - Associação dos Engenheiros e Arquitetos de Maringá, SECOVI, ACIM, SINDUSCON, APRAS, Defesa Civil, Tiro de Guerra, Rotary, Zacarias Veículos, SINEPE, Núcleo Regional de Educação, SESC, UEM, 15ª Regional de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, com reuniões de periodicidade mensal até em 2016. No ano de 2017 as reuniões do comitê foram descentralizadas, ficando cada instituição responsável para realizar em sede própria a reunião do mês vigente.

O município conta com o Serviço de Ouvidoria, onde todas as reclamações são registradas e repassadas à Vigilância Ambiental para atendimento. No ano de 2015 foi implantado o canal “DISQUE-SAÚDE”. O atendimento é realizado pelo número 160 das 8 às 18 horas, objetivando a participação da comunidade no processo de educação em saúde. Foi implantado na página principal da Prefeitura Municipal de Maringá um link informativo sobre as ações realizadas bem como a apresentação da estatística da doença.

Para facilitar o contato da equipe das UBS / serviços de saúde do município e serviços privados, com as atividades de campo que envolvem os agentes ambientais para uma rápida ação de bloqueio, instituiu-se o e-mail: [agilizadengue@maringa.pr.gov.br](mailto:agilizadengue@maringa.pr.gov.br), no qual os serviços encaminham uma planilha diária preenchida (com os casos atendidos de suspeita de dengue) para o Programa Municipal de Controle da Dengue que ( recebe o e-mail) se encarrega de avisar o supervisor da área para uma ação imediata no local.

Hepatites virais

As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas de médio e longo prazo quando da cronificação. De acordo com a orientação do NOAS-SUS 01/2002 o planejamento da Rede de assistência às hepatites virais deve ser feito de modo integrado envolvendo os três níveis de assistência: atenção básica, média complexidade e alta complexidade, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema.

Buscando garantir a integralidade da assistência aos pacientes portadores das hepatites virais, foi implantado em 2015 no ambulatório municipal de IST/HIV/AIDS o serviço de atenção ambulatorial de média complexidade para tratamento destas hepatites, que até então funcionava no CISAMUSEP. A partir desta data, com a introdução de novas terapias para o tratamento da hepatite C anexadas neste serviço, foi criado o STA – Serviço de Tratamento Assistido e o Polo de Aplicação para portadores da Hepatite B e C receberem uma assistência ambulatorial mais completa. Agora os pacientes fazem seu acompanhamento médico, são orientados com relação aos exames, tem sua medicação dispensada e o seu acompanhamento até a alta. O Ambulatório de Hepatites Virais é referência para atendimento dos usuários de Maringá e demais municípios da 15ª Regional de Saúde.

Maringá está entre as cidades que mais tratam os pacientes diagnosticados com hepatites. No Estado do Paraná está em segundo lugar em tratamento de hepatite C, isto se dá devido ao diagnóstico precoce e vigilância dos casos investigados em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, Centro de Testagem e Aconselhamento e Bancos de Sangue públicos e privados. Em 2016 foram tratados com novos antivirais 133 pacientes, com índice de cura de 97,6%, chamado RVS (resposta viral sustentada). Estão em acompanhamento 630 pacientes com diagnóstico de Hepatite B e em tratamento 138, já que não há cura mas controle do VHB.

No período entre 2013 a 2016, foram notificados com maior frequência em Maringá, casos de hepatites virais B e C. A taxa de incidência está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da incidência de Hepatites Virais, Maringá, de 2013 a 2016.

ANO	VÍRUS A	VÍRUS B	VÍRUS C	VÍRUS B+C	TOTAL
2013	2	95	83	5	185
2014	2	79	72	1	154
2015	0	85	106	1	192
2016	0	101	85	2	188
TOTAL	4	360	346	9	719

Fonte: SMS - SINAN

Tabela 2. Pacientes coinfectados HIV/Hepatite, acompanhados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Maringá-PR

ANO	VÍRUS B	VÍRUS C	VÍRUS B+C	TOTAL
2013	30	91	5	126
2014	35	93	5	133
2015	36	95	5	136
2016	39	96	5	140
TOTAL	140	375	20	535

Fonte: SMS - SAE

O Fibroscan, método não invasivo, rápido, indolor, similar a um aparelho de ultra-sonografia e que substitui a biópsia hepática, avaliando o grau de acometimento do órgão, está sendo utilizado em pacientes portadores das hepatites do tipo B e C na Policlínica Zona Sul. Esta foi uma ação em parceria com a Sociedade Brasileira de Hepatologia (SHB) e Ministério da Saúde. As vantagens da realização deste exame para o os pacientes é evitar possíveis riscos e complicações de um procedimento invasivo e com a facilidade de conhecer seu resultado em até dez minutos.

No período de 2015 à 2017 o Ambulatório de Hepatites Virais realizou exames de Fibroscan para pacientes residentes em Maringá e dos municípios da 15ª Regional de Saúde. Foram realizados 185 exames em 2015, 84 em 2016 e 67 em 2017. Esta campanha objetivou o aumento do diagnóstico e acesso dos pacientes aos novos tratamentos com a nova geração de medicamentos. Ressalta-se que este exame, por não estar incluso como procedimento do protocolo de atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde, não gerou custo para o município.

Tuberculose/Hanseníase

No tocante à tuberculose e hanseníase o município manteve o monitoramento sistematizado do TDO (Tratamento Domiciliar Observado) na atenção básica, bem como das ações da assistência e prevenção da rede pública e privada.

Diante da necessidade de reorganizar a linha de cuidado para hanseníase e tuberculose, que ainda apresentavam pontos de estrangulamento, foi implantado em fevereiro de 2015 o Ambulatório de Referência para Tratamento Especializado da Tuberculose pelo CISAMUSEP e transferido a partir de março de 2017 para o ambulatório municipal IST/HIV/AIDS. Da mesma forma, implantou-se em fevereiro de 2015 no CISAMUSEP o Ambulatório de Referência para Tratamento Especializado de Hanseníase e leishmaniose. Os dois ambulatórios são referência para atendimento dos municípios da 15ª Regional de Saúde. Foram também estabelecidas as referências hospitalares para atendimento destas doenças.

Tuberculose

O Brasil está entre os 22 países, priorizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS que concentram 80% da carga mundial da Tuberculose. Em 2009 apresentou incidência de 38 / 100.000 habitantes. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, ainda encontra dificuldade em alcançar a meta estabelecida pela OMS para o indicador de cura de 85%.

O problema dos abandonos sucessivos e/ou recusas reiteradas em submeter-se aos tratamentos preconizados podem levar ao desenvolvimento de bacilos extensivamente resistentes. A associação com o uso de drogas ilícitas e alcoolismo muitas vezes está presente. Assim, nos últimos anos observa-se o aumento de casos de Tuberculose Multirresistente – MDR no Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde, 2015.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose definiu que 181 municípios brasileiros se enquadram como prioritários para intensificação das ações de controle da doença, sendo que a região sudeste concentra o maior número de municípios prioritários, seguida das regiões nordeste e sul. A região sul apresentou, em 2014, o maior percentual de coinfeção Tuberculose - HIV, sendo que a capital do Paraná, Curitiba, foi a segunda capital dos estados desta região com maior percentual da coinfeção pela doença. (BRASIL, 2014).

A incidência de casos de Tuberculose no Município de Maringá diminuiu nos últimos quatro anos, passando de 23,1% por 100 mil/habitantes em 2013 para 18,5% em 2016. (SMS, 2017)

Na Tabela 3, observa-se uma taxa de cura em torno de 86,7% nos últimos quatro anos, ficando dentro do preconizado pela OMS. A taxa de abandono de tratamento manteve-se em torno de 7,5%, sendo o esperado abaixo de 5%. A situação pode ser atribuída a baixa adesão do TDO dos usuários de álcool e drogas, dificultando o acompanhamento. Por isso a necessidade do trabalho articulado da Rede de Saúde -Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família; Assistência Social; Saúde Mental; Hospitais de Referência; Casas de Apoio; Ministério Público/ Promotoria Pública; Poder Judiciário junto com as Secretaria Estaduais de justiça e de Segurança Pública.

Tabela 3. Taxa de Cura, abandono e óbito dos casos de Tuberculose notificados no município de Maringá no período de 2013-2016.

CARACTERISTICAS	Nº DE INDIVIDUOS NOTIFICADOS	EVOLUÇÃO					
		CURA		ABANDONO		ÓBITO TB	
		Nº DE CASOS NOVOS	TAXA DE CURA (%)	Nº DE CASOS	TAXA DE ABANDONO (%)	Nº DE CASOS	TAXA DE ÓBITO TB(%)
2013	85	76	89	5	5,9	4	4,8
2014	87	75	86,2	7	8	1	1,1
2015	63	54	85,7	5	8	3	4,7
2016	68	58	85,2	6	9	1	1,4
TOTAL	303	263	86,7	23	7,5	9	3

Fonte: SMS – SINAN, 2017

Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica causada pelo Mycobacterium leprae. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, alta infectividade, no entanto poucos adoecem, devido a baixa patogenicidade. Propriedades essas que não ocorrem em função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemidade do meio, entre outros aspectos. Assim o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença e outro provável fator de risco está relacionado ao poder imunogênico do M.leprae.



Em 2011 o Brasil apresentou 1,54 casos por 10 mil habitantes, sendo o coeficiente de detecção geral de 17,6/100 mil habitantes. Em menores de 15 anos foram registrados 2.420 casos novos e um coeficiente de detecção desta faixa etária de 5,2 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exames de contatos, cura e avaliação de incapacidade física no diagnóstico. Importante salientar a intensificação das ações para eliminação da Hanseníase através da busca dos casos novos, melhoria da assistência para a cura e redução das incapacidades físicas.

Na Tabela 4, no período de 2013 a 2016 a média de casos novos em Maringá foi de 10 à 21. Sendo que a cura manteve-se acima do preconizado pelo PNCH que é de 85%. Embora no ano de 2014 houve uma queda de cura devido a 1 caso de abandono. Percebe-se que, o Município de Maringá necessita manter o plano de ação para o enfrentamento destas doenças milenares tão presentes, organizando a linha de cuidado e articulação em todos os pontos de atenção conectados nas Redes de Atenção à Saúde composta pela Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Assistência Social e Ambulatório de Referência.

**Tabela 4.** Taxa de cura dos casos novos de Hanseníase notificados no município de Maringá, nos anos da coorte.

Ano de Diagnóstico	Nº de casos novos	Taxa de cura (%)	Nº de casos	Taxa de abandono (%)	Total
2013	14	100,00	-	-	14
2014	21	95,50	1	4,54	22
2015	10	100,00	-	-	10
2016	14	100,00	-	-	14
Total	59	98,33	1	1,66	60

Fonte: SMS - SINAN 2017

#### Leishmaniose

O município de Maringá, apresenta uma alta prevalência da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) devido a própria característica ecológica da cidade, onde o meio urbano apresenta arborização exuberante com manutenção de fragmentos florestais remanescentes de Mata Atlântica, sendo estes ambientes propícios para manutenção da fauna silvestre, atuando como possíveis focos naturais do LTA. (Teodoro, 2003)

Na análise do comportamento da LTA realizada nos anos de 2013 à 2016 na cidade de Maringá- Pr observou-se seis casos no ano de 2013 e uma elevação do número de casos nos anos subsequentes em 2014 e 2015, conforme ilustrado na Tabela 5, com 29 casos em 2014 e trinta e cinco 35 casos em 2015. Com intensificação das ações de vigilância no município, observou-se melhora das notificações através de medidas eficazes de controle da doença, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

**Tabela 5.** Casos de leishmaniose em Maringá, no período de 2013 à 2016

Ano	Casos novos		Recidivas		Transferências		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
2013	4	4,4	2	22,2	0	0	6	5.94
2014	29	32,2	1	11,11	0	0	30	29.70
2015	35	38,8	1	11,11	2	100	38	37,62
2016	22	24,4	5	55,55	0	0	27	26,73
Total	90	100	9	100	2	100	101	100

Fonte: SMS – SINAN, 2017

Na tabela 6, no município de Maringá nos anos de 2013 à 2016, 63 dos casos notificados são importados, correspondendo a 63% e com 34 casos autóctones, correspondendo a 34%. O número elevado de casos importados em área urbana é devido ao deslocamento para atividades de lazer em áreas rurais, próximo de matas, margens de rios (principalmente pesca). Apesar de alteração do ambiente mantêm o ciclo enzoótico da Leishmaniose.



**Tabela 6.** Casos de Leishmaniose, segundo local provável de infecção, Maringá, no período de 2013 à 2016.

Anos	Casos			Total
	Autóctones	Importados	Ignorados	
2013	01	03	02	06
2014	11	19	0	30
2015	09	28	01	38
2016	13	13	0	26
Total	34	63	03	100

Fonte: SMS - SINAN

Em Maringá a doença apresenta uma prevalência maior no sexo masculino em todas as faixas etárias, porém a faixa etária mais atingida mostrou-se fortemente significativa na idade economicamente ativa. Do total de 100 casos notificados no período 2013 à 2016, 82 foram do sexo masculino e 18 do sexo feminino. E os menores de 15 anos, observou-se que são residentes de proximidades de matas.

**Tabela 7.** Casos de leishmaniose, segundo sexo e faixa etária em Maringá, no período de 2013 à 2016.

Anos	Faixa Etária e sexo								Total
	0-14 anos		15 à 29 anos		30à 59 anos		60 + anos		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
2013	0	0	0	0	5	0	1	0	06
2014	1	1	4	0	17	2	5	0	30
2015	1	2	5	1	14	3	10	2	38
2016	0	2	5	3	10	2	4	0	26
Total	2	5	14	4	46	7	20	2	100

Fonte: SMS – SINAN, 2017

Analisando a tabela 8, observa-se que no município de Maringá, do total de casos notificados, noventa (90) apresentaram evolução clínica satisfatória, com alta por cura pela regressão de todos os sinais de lesão. E os óbitos ocorridos por outras causas, foram por Diabetes Mellitus, Infarto Agudo do Miocárdio e Pneumonia.

**Tabela 8.** Evolução clínica dos casos de leishmaniose em Maringá, no período de 2013 à 2016.

Anos	Evolução clinica					Total
	Alta Cura	Abandono	Óbito por outras causas	Mudança de diagnóstico	Ignorado	
2013	06	0	0	0	0	06
2014	30	0	0	0	0	30
2015	32	1	5	0	0	38
2016	22	0	0	1	3	26
Total	90	1	5*	1	3	100

Fonte: SMS – SINAN, 2017

\* Óbito por outras causas

## Aids

Atualmente com mais de 2600 pacientes em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do IST/HIV/Aids, 60,1% dos atendimentos realizados nos últimos quatro anos são usuários procedentes de Maringá; 36,3% da 15ª Regional de Saúde e 3,6% de outras regionais, conforme tabela 9.

**Tabela 9.** Pacientes acompanhados no SAE de Maringá-PR

Procedência	Maringá	15ª RS	Outras Regionais	TOTAL
2013	1070	666	73	1809
2014	1248	771	74	2093
2015	1450	873	87	2410
2016	1643	957	86	2686
<b>TOTAL</b>	<b>5411</b>	<b>3267</b>	<b>320</b>	<b>8998</b>

Fonte: SMS - SAE

Conforme tabela 10 observa-se que a partir de 2013 a contaminação pelo vírus HIV em pacientes na faixa etária entre 20 a 34 anos vem aumentando, seguida pelos pacientes entre 35 a 49 anos, correspondendo a 48,4% e 24,3% respectivamente.

**Tabela 10.** Acompanhamento dos pacientes no SAE de Maringá-PR, com diagnóstico de HIV/Aids, conforme faixa etária

Faixa Etária	2013	2014	2015	2016	Total
De 0 a 2 anos(investigação)	21	29	30	26	106
De 3 a 14 anos	0	1	0	0	1
De 15 a 19 anos	6	13	19	14	52
De 20 a 34 anos	76	119	126	118	439
De 35 a 49 anos	47	58	57	59	221
De 50 a 60 anos	21	17	18	15	71
Acima de 60 anos	4	3	5	5	17
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>240</b>	<b>255</b>	<b>237</b>	<b>907</b>

Fonte: SMS - SAE

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2013 a 2016 o município de Maringá apresentou 363 casos de Aids, com maior prevalência no sexo masculino, 79,3% dos casos, bem acima do número de casos do sexo feminino que ficou em torno de 20,7%. Ao relacionarmos o gênero nos casos novos, percebemos que a epidemia voltou a crescer nos homens, uma vez que em 2011 tínhamos 1,36 homens contaminados para cada mulher, em 2015 tivemos 2,7 homens para cada mulher. Além disso, nos homens a categoria heterossexual vem apresentando 49,76% dos casos novos seguida pela homossexual com 45,02%. Porém, se observarmos que em 2013 a porcentagem dos casos novos em homossexuais era de 13% e que em 2015 passou para 44% percebemos a vulnerabilidade da classe homossexual na contaminação pelo vírus HIV.

**Tabela 11.** Distribuição da frequência dos casos de Aids por ano de notificação em Maringá, de 2013 a 2016.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
2013	64	21	85
2014	83	21	104
2015	66	20	86
2016	75	13	88

Fonte: SMS - SAE

A taxa de incidência da doença para os casos novos tem se mantido estável em torno, 14/100. 000 na população geral, porém não atingindo ainda o objetivo que é reduzir para menos de 12/100. 000.

A taxa de óbitos ficou reduzida nos últimos anos em função da melhora da qualidade do tratamento e eficácia dos medicamentos, os que ainda ocorrem são em geral associados ao diagnóstico tardio, quando não há mais muito que fazer em função do volume de comprometimentos e gravidade dos casos.

**Tabela 12.** Óbitos de pacientes acompanhados no SAE, Maringá, 2013 a 2016.

Ocorrência	Óbitos por AIDS	Óbitos por outras causas	TOTAL
2013	23	8	31
2014	24	9	33
2015	29	2	31
2016	25	14	39
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>33</b>	<b>134</b>

Fonte: SMS - SAE

## SÍFILIS

Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica causada pelo *Treponema Pallidum*, com via de transmissão sexual, vertical ou sanguínea. Sua detecção é simples, basta apenas à coleta de exame através do teste rápido (não treponêmico) e laboratorial (treponêmico), disponível em todas as UBS do município de Maringá.

A vigilância da sífilis adquirida tem como objetivo identificar os casos para subsidiar as ações de prevenção e controle, monitorar o estadiamento e desencadear a investigação das fontes de infecção comuns. Conforme dados da Secretaria de Saúde do Paraná, a sífilis no estado apresentava em 2010 taxa de 0,82/100.000 habitantes e em 2015 subiu para 42,7/100.000 habitantes, sendo o aumento dos casos observados também em Maringá.

A notificação epidemiológica da sífilis é obrigatória, embora o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até recentemente, só disponibilizava a ficha de notificação específica para sífilis congênita e de gestante. A ficha da sífilis adquirida foi disponibilizada aos municípios em abril de 2017, não havendo ainda banco de dados para análise deste agravo no município. Atualmente as informações desta sífilis estão sendo inseridas no SINAN como sífilis não especificada, contendo apenas os dados gerais do paciente e encerramento dos casos. A ficha da sífilis adquirida foi inserida no site da Prefeitura Municipal de Maringá, disponibilizando seu acesso a todos os serviços.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o número de casos notificados de sífilis em gestantes cresceu 20,7% entre 2014 e 2015. Já no estado do Paraná em 2010 o número de casos em gestante era de 3,7/100.000 habitantes, aumentando em 2015 para 11,2/100.000 habitantes. Os casos de sífilis congênita, quando a infecção é transmitida da mãe para o bebê, apresentou no estado um aumento de 2,4/100.000 habitantes em 2010 para 6,5/100.000 habitantes em 2015.

Em Maringá de 2014 a 2016 foram notificados 96 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Um crescimento de 685,7% comparado aos quatro anos anteriores onde foram notificados 14 casos. Alguns fatores que podem explicar o aumento dos casos estão a redução no uso de preservativos (o contágio ocorre por meio da relação sexual desprotegida) e o atraso para início do pré-natal. O Ministério da Saúde cita a ampliação do diagnóstico e a melhoria na vigilância, o que permite que mais casos possam ser identificados. O fato é que, diante destes dados a situação se agrava colocando em risco os bebês que podem nascer com malformações e lesões de pele, refletindo na qualidade do pré-natal, já que pode ter diagnóstico, tratamento e acompanhamento em tempo oportuno (pré-natal e parto).

Devido ao aumento do número de casos da doença no município, está sendo programada capacitação para as UBS e HMM, objetivando sensibilizar os profissionais da área da saúde e aumentar a detecção precoce, para tratamento oportuno da doença.

## 1.2- DETERMINANTES E CONDICIONANTES

### 1.2.1- Hábitos de vida

Nos últimos quatro anos houve a inserção de ações de promoção de saúde na programação de todas as UBS de Maringá. As ações programadas para incentivar hábitos saudáveis na população foram realizadas na sua totalidade, de forma intra e intersetorial. Foram decisivas as ações voltadas para atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e principalmente na prevenção de violências e cultura da paz. Foram mantidas as hortas comunitárias e ampliação das ATI.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, implantados em 2010, são formados por profissionais de diversas categorias: psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, educação física, farmácia, nutrição e terapia ocupacional. Hoje o município conta com nove equipes do NASF, que apoiam as atividades realizadas pelas ESF, desenvolvendo atividades de orientação e educação aos usuários e profissionais, organizam e apoiam

grupos de mudança de hábitos de vida, de controle de peso, atividade física, saúde da coluna, controle do tabaco, desenvolvimento infantil e realizam atividades e eventos educativos entre outras atividades.

1.3. ACESSO À AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3.1 Implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A portaria do Ministério da Saúde nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 define as Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado.

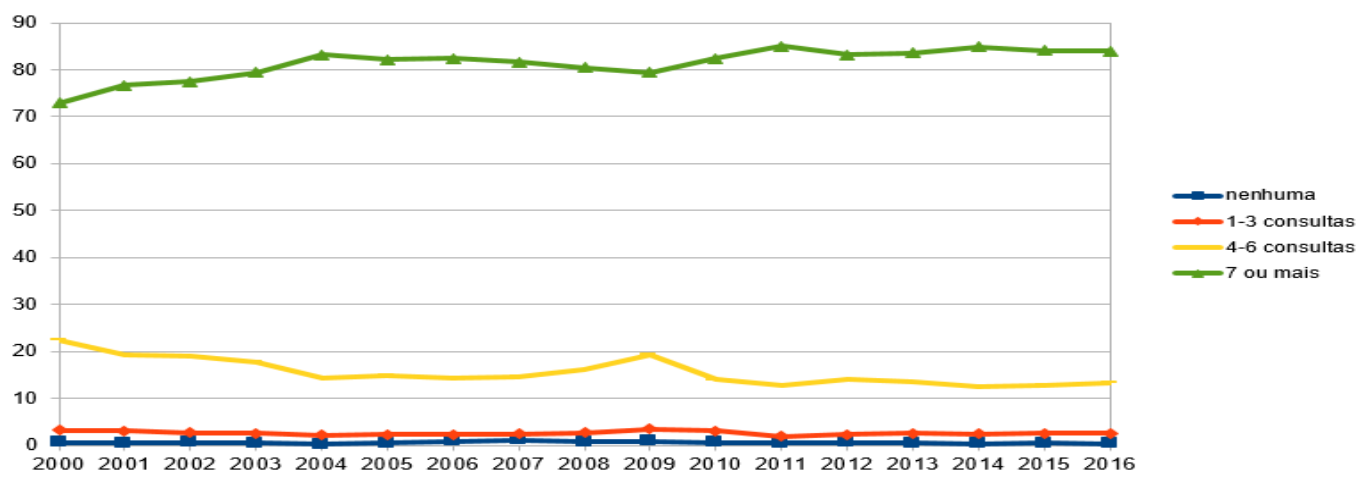
A Secretaria de Saúde de Maringá em parceria com a 15ª Regional de Saúde, buscando produzir melhor impacto nos indicadores de saúde da população, vem investindo na qualificação da atenção básica, redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento e configuração das seguintes redes:

1.3.1.1 Materno-infantil

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Ela influencia diretamente os coeficientes de morbimortalidade materna e infantil e possui um alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde (VIELLAS, 2014). O controle pré-natal deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica e estar integrado com as demais ações preventivas e curativas. Além disso, deve ser observado um número mínimo de seis consultas, pois o sucesso do pré-natal depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas (BRITO et al., 2008).

Em Maringá a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal está demonstrada no gráfico abaixo. Esse indicador mede a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Também contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como taxa de mortalidade materna e infantil, incidência de sífilis congênita, entre outros. Para esta análise foram coletados dados do SINASC foi calculada a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal dos anos de 2000 a 2016.

Gráfico 1 – Proporção de nascidos vivos por número de consultas pré-natal por ano



Fonte: SMS – SINASC

Tabela 13 - Proporção de nascidos vivos por número de consultas pré-natal por ano.

	nenhuma	1 - 3 Cons.	4 - 6 Cons.	7 ou mais
2000	0,64%	3,23%	22,49%	72,90%
2001	0,50%	3,02%	19,29%	76,69%
2002	0,57%	2,64%	18,92%	77,47%
2003	0,47%	2,53%	17,74%	79,41%
2004	0,24%	2,10%	14,43%	83,18%
2005	0,45%	2,22%	14,95%	82,16%
2006	0,81%	2,31%	14,31%	82,42%
2007	1,17%	2,44%	14,68%	81,64%
2008	0,78%	2,63%	16,11%	80,48%
2009	0,88%	3,43%	19,29%	79,40%

<b>2010</b>	0,56%	3,04%	13,98%	82,43%
<b>2011</b>	0,42%	1,89%	12,67%	84,99%
<b>2012</b>	0,60%	2,23%	13,96%	83,20%
<b>2013</b>	0,45%	2,52%	13,40%	83,54%
<b>2014</b>	0,32%	2,40%	12,41%	84,81%
<b>2015</b>	0,43%	2,60%	12,83%	84,13%
<b>2016</b>	0,38%	2,48%	13,29%	83,93%
<b>TOTAL</b>	0,57%	2,57%	15,27%	81,46%

Fonte: SINASC

Observa-se na tabela 13 e gráfico 1, que a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou de 72,90% no ano de 2000 para 83,93% no ano de 2016. Inicialmente houve um aumento progressivo do ano 2000 até o ano de 2004, de 72,90% para 83,18%, aumento esse que coincide com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse programa foi lançado pelo Ministério da Saúde em 01 de junho de 2000, através da Portaria nº 569 GM/MS e institui a adoção, pelos municípios, de um protocolo mínimo de ações que garanta uma assistência de qualidade às gestantes e recém-nascidos, com a finalidade de modificar a realidade brasileira a respeito da elevada taxa de mortalidade materno-infantil (MAIA, 2014). No entanto, após 2004 houve uma queda dessa proporção para 79,40% em 2009. Talvez isso ilustre o que foi constatado por vários estudos - que esse protocolo mínimo de ações instituído PHPN não estava sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (DOMINGUES et. al). Diante disso, desde 2011 o governo federal tem trabalhado para implementar a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN com os objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MARTINELLI, 2014).

A Partir de 2013 com a implantação do Programa Mãe Maringaense, 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), 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. O Resultado da implantação desse novo processo de assistência pode ser identificado na melhoria dos indicadores, inclusive na proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas, que aumentou de 79,40 % em 2009 para 83,93% em 2016 com pico de 84,99% em 2012.

De acordo com o Quadro de indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) do Plano Municipal de Saúde de Maringá nos anos 2014-2017, a linha base para Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal é de 83,0% e a meta anual é de 83,5%. De acordo com essa análise, a meta anual foi alcançada em 2014, 2015 e 2016 com as proporções de 84,81%, 84,13% e 83,93% respectivamente. No entanto, apesar da meta ter sido alcançada, esta mostrou um declínio desde o início da vigência do atual Plano Municipal de Saúde. O motivo desse declínio deve ser identificado para que possa ser devidamente abordado neste novo plano, garantindo assim uma melhora contínua da assistência pré-natal no município.

## Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna (RMM) estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação aos nascidos vivos (NV). Em Maringá a taxa de mortalidade materna vem permanecendo, nos últimos quatro anos abaixo da meta preconizada pelo MS, menor de 25/100.000 NV). Isso reflete a melhoria de acesso à assistência da saúde das gestantes e ao esforço desta secretaria através dos processos da assistência da Rede Cegonha/ Rede Mãe Paranaense implantados em 2012 em parceria com o Estado e o Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha que organiza-se a partir dos seguintes componentes já aderidos pelo município de Maringá: Pré-natal, Puerpério, Atenção Integral à Saúde da Criança, Parto e Nascimento. Neste último componente a Santa Casa de Maringá e Hospital Universitário de Maringá (HUM), estão em fase de renovação de habilitação em Gestação de Alto Risco Tipo II (GAR).

O HUM está solicitando também a habilitação da Casa de Gestantes, Bebês e Puérperas que possibilitam o cuidado integral às gestantes com complicações na gravidez e aos bebês de risco que precisam de acompanhamento.

Outros avanços também podem ser apontados em relação ao atendimento às gestantes e RN de risco nos ambulatórios de referência. Instituído em 2014 o teste da mãezinha para as gestantes, que identifica todos os tipos de anemia não ferropriva e implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde o teste rápido para sífilis, HIV e hepatites.

Nos últimos anos tem se observado um aumento expressivo de uso de anticoagulante durante a gravidez no município de Maringá. Visando o uso racional deste medicamento, em 2015 foi elaborado o Fluxo de Atendimento à Gestante Maringaense de Alto Risco para Trombofilias, buscando diminuir complicações gestacionais e óbitos fetais e neonatais de causas evitáveis.

### **Mortalidade Infantil**

O planejamento de estratégias é fundamental para implantação de medidas preventivas a fim de se reduzir a mortalidade infantil em menores de 1 ano. Para tanto, são necessárias as informações relacionadas à gestação e o desenvolvimento dos recém-nascidos, da assistência pré-natal e do parto e, principalmente, sobre as causas mais prevalentes de óbitos e sua evitabilidade. Isto também auxilia o planejamento e a implantação de programas locais de intervenção.

Visando fortalecer ações capazes de garantir a saúde e melhorar a qualidade de vida das crianças o município de Maringá vem desenvolvendo ações de orientação para estímulo do aleitamento materno, que promove o fortalecimento do sistema imune da criança frente as viroses respiratórias e gastrointestinais, e realizando anualmente a Semana de Aleitamento Materno, bem como implantou o transporte sanitário para as gestantes e crianças de alto risco do Programa Mãe Paranaense e o ambulatório de especialidade médica pediátrica (Unidade Amiga da Criança) em parceria com as universidades.

O Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil de Maringá instituído em 2010 continua ativo, promovendo encontros mensais entre os representantes da vigilância epidemiológica do município, técnicos das UBS, representantes das maternidades vinculadas ao SUS, e da 15ª Regional de Saúde. O objetivo deste comitê é de fortalecer a rede municipal de vigilância dos óbitos maternos infantis, incentivando a identificação de todos os óbitos de crianças menores de 1 ano e mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), o conhecimento de suas causas e fatores determinantes.

#### **1.3.1.2 Atenção às Urgências/Emergências**

A Portaria nº 1600, GM/MS de 07 de junho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde a ser implantada em todo o território nacional, por meio de diretrizes para a organização da rede, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade relativa a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e a violência.

Desta forma, as Regionais de Saúde que compõem a macrorregião noroeste do Paraná (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª), elaboraram o Projeto de Implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e expansão da Rede SAMU 192 para os 115 municípios que compõem esta macrorregião, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual (Deliberação CIB nº 160 de 31/10/16). A base SAMU-192 Norte Novo estabelecida em Maringá, foi regionalizada em 26/08/16 envolvendo os 30 municípios da 15ª Regional de Saúde e a AMUSEP/PROAMUSEP, responsáveis pela gestão financeira).

O Projeto da RUE apresenta o ordenamento do atendimento às urgências e emergências nas cinco regionais por meio do acionamento e intervenção das Centrais Regionais de Regulação de Urgência.

A sede da Central Regional de Regulação, a cargo do município de Maringá, foi ampliada, reformada e equipada para atender os 30 municípios da 15ª Regional de Saúde em articulação com as portas de entrada de urgência/emergência.

O SAMU-192 Norte Novo conta com:

- Uma Central de Regulação das Urgências;
- Duas UTI Móveis – Unidades de Suporte Avançado (USA);
- Um Veículo de Intervenção Rápida (VIR) em parceria com a Central de Operações do Corpo de Bombeiros;
- Quatro Unidades de Suporte Básico (USB);
- Duas Unidades de Transporte Simples funcionando 24 horas por dia;
- Uma Base Descentralizada na zona norte da cidade;
- Seis USB, distribuídas nas cidades sede: Paiçandu, Sarandi, Mandaguari, Astorga, Nova Esperança e Colorado.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná implantou em janeiro de 2017 um serviço aeromédico, cuja base está localizada neste município, sendo referência para atendimento de toda a Macrorregião Noroeste. Foram realizados nos 06 primeiros meses da implantação deste serviço 277 atendimentos.

A assistência à saúde no âmbito do SUS se apóia na organização das ações e serviços estruturados nas áreas de atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Dentro de uma proposta de qualificação da assistência à saúde, as UPA tem papel fundamental como pontos estratégicos na rede de urgência e emergência do município, atuando como estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas da urgência hospitalar. A dinâmica do atendimento se baseia em protocolos de classificação de risco, acolhimento e tempo resposta adequado. A Upa Zona Sul (porte III) e Upa Zona Norte (porte II) são responsáveis por atender os casos agudos e crônicos agudizados, de forma a direcionar o cuidado ao usuário baseando-se em ferramentas que possibilitem uma regulação articulada com os componentes da RUE com garantia da equidade e da integralidade da

assistência ao usuário. No que diz respeito a ambiência o município vem investindo na adequação da estrutura física das UPA Zona Sul e Zona Norte. Foi entregue na UPA Zona Sul o elevador de acesso ao HMM, diminuindo consideravelmente o tempo de transferência dos pacientes para este serviço. Em relação a UPA Zona Norte existe um projeto arquitetônico aprovado a fim de garantir melhorias estruturais com as obras programadas para o início de 2017.

Considerando a necessidade de ampliar, agilizar e qualificar o atendimento aos usuários que necessitam de cuidados prioritários no componente da atenção hospitalar da RUE, está sendo pleiteada a habilitação dos Hospitais Santa Casa de Maringá e Santa Rita nas seguintes linhas de cuidados:

- Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) – de acordo com os critérios da Portaria nº 2994, GM/MS de 13/12/11, somente para o hospital Santa Rita que já possui habilitação na Alta Complexidade Cardiovascular, pleiteando habilitação de 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO);
- Centro de Atendimento aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Portaria nº 665 GM/MS de 12/04/12, que preconiza a disponibilização e utilização de trombolíticos aos pacientes com AVC. Os dois hospitais estão solicitando habilitação, pois são referência no atendimento da Alta Complexidade de Neurologia/Neurocirurgia;
- Centro de Trauma Tipo III – Portaria nº 1366 GM/MS de 08/07/13 que estabelece a organização dos Centros de Trauma em estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas do trauma. Ambos hospitais estão pleiteando a habilitação.

#### 1.3.1.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A OMS classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasia. O Brasil seguindo a tendência mundial nas últimas décadas tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional e consequentemente, tem ocorrido um aumento da incidência, prevalência e mortalidade por estas doenças e seus fatores de risco. Maringá nos últimos quatro anos, vem apresentando taxa de mortalidade pelo conjunto destas doenças, limítrofe ao preconizado pelo MS, de 285/100.000. Nesse contexto, torna-se um grande desafio compreender a evolução das tendências das DCNT e, sobretudo, o monitoramento dos seus fatores de risco e proteção visando subsidiar políticas públicas de prevenção e controle.

O MS juntamente com a SESA estão em processo de reorganização das seguintes RAS:

- Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica – em processo de reabilitação dos seguintes serviços: Instituto do Rim, Clínica do Rim e Santa Casa de Maringá;
- Linha de Cuidado da Oncologia – Mantida as habilitações dos hospitais Santa Rita e HC de Maringá (Portaria nº 458, GM/MS de 07/03/2017).

Em Maringá foi implantado nas UBS/NASF fluxo de atendimento para pacientes obesos mórbidos e criado grupos para controle de peso. O Hospital Universitário de Maringá está habilitado para realização de cirurgia bariátrica, sendo referência para atendimento da 15ª e 13ª Regionais de Saúde (PDR – 2015).

#### 1.3.2- Atenção Básica

A rede básica do município de Maringá nos últimos quatro anos foi ampliada de 28 para 34 Unidades Básicas de Saúde, sendo realizadas também neste período, reformas, ampliações e adequações de área física em algumas delas.

**Saúde da Família** - O modelo de Atenção Primária adotado pela Secretaria de Saúde do município de Maringá é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde atualmente as 74 ESF, distribuídas pelas 34 Unidades Básicas de Saúde existentes, têm uma população delimitada sob a sua responsabilidade, localizada em determinado território geográfico – Considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, as ESF em Maringá já alcança uma cobertura de 85% da assistência.

A Secretaria Municipal de Saúde vem investindo na continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) da SESA e no Programa Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde.

Com relação ao APSUS, o município deu continuidade ao processo, com a tutoria da atenção primária, onde tem sido realizada a certificação de algumas UBS, com Selo Bronze e Prata para as UBS: Céu Azul, Universo, São Silvestre e Piatã.

O APSUS é um programa do Governo do Estado que objetiva qualificar as ações e serviços da atenção primária nos municípios e é composto de três componentes: Investimento na melhoria da estrutura das Unidades de Saúde; Custeio mensal para as equipes e, ações de Educação Permanente. No componente de Educação Permanente, foram realizadas nove oficinas do APSUS, no período de 2011 a 2014, além de cursos e capacitações técnicas em temas específicos.

Em continuidade ao processo de educação permanente no biênio de 2015 a 2016, foi implantado o processo de Tutoria da APS. Esta fase se dá por adesão dos municípios e suas equipes da APS. Após a adesão, serão preparadas as equipes para aplicação do questionário de avaliação, sendo posteriormente discutidas com os gestores e as equipes locais, as não conformidades e a elaboração do plano de adequação das mesmas.



Ao final do processo as equipes passarão por avaliação externa para a certificação da equipe. A tutoria está planejada em etapas com objetivo de apoiar as equipes para que cumpram os atributos e funções da APS, além dos princípios da qualidade. A primeira avaliação tem foco no gerenciamento dos riscos com vistas à segurança dos cidadãos e das equipes; a segunda, no gerenciamento dos processos para a melhoria do cuidado; e a terceira, no gerenciamento dos resultados para melhorar os indicadores de saúde da população.

Ao final de cada etapa de avaliação há uma certificação com selo bronze, prata e ouro. Esta certificação além de dar visibilidade ao processo, tem como objetivo incentivar as equipes e criar um padrão de qualidade da APS no Paraná.

Quanto ao PMAQ-AB, foi instituído pela Portaria nº 1654 GM/MS de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Seu principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. Em Maringá foram incluídas 74 Equipes de Saúde da Família, 28 Equipes de Saúde Bucal e 7 NASF no PMAQ, de acordo com a disponibilização do Ministério da Saúde na data de reconstrutualização com 96% de meta alcançada.

O município também tem buscado o fortalecimento do Apoio Integrado e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), fortalecendo a política de humanização com a melhoria dos processos de trabalho. Os NASF representam uma importante conquista da Atenção Primária, pois atuam na ampliação das ações, da capacidade resolutiva e da qualidade da estratégia Saúde da Família. Maringá conta com um total de nove NASF.

Em 2014 as ESF participaram da IV Mostra Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/Saúde da Família, em Brasília, com 11 trabalhos, onde dois destes foram premiados.

Na área da saúde da mulher, houve a implantação do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer). Várias campanhas foram realizadas em diversas empresas, shoppings e no comércio sobre prevenção do câncer de colo do útero e mama. Foram realizadas campanhas em todas as UBS para intensificar a coleta de preventivo, inclusive nos finais de semana, contraturnos e datas comemorativas com cronograma amplamente divulgado na mídia, porém sem alcançar a meta pactuada. Já a cobertura de exames de mamografia alcançou sua meta.

Foram também realizadas ações relacionadas ao tema gravidez na adolescência nas escolas e nos grupos específicos das UBS.

No que refere à saúde do homem, ampliou-se as ações desenvolvidas nas UBS, com médicos clínicos atendendo nos contraturnos e sábados os usuários com resultados de PSA alterados. Na Política Nacional de Saúde Integral do Homem, entre os eixos a ser trabalhado, foi elencado o da Paternidade e Cuidado como estratégico e implantado em todas as UBS o pré-natal masculino. Outras ações como vacinação, testes rápidos (Aids, sífilis e hepatites) foram viabilizados com atendimento em horários alternativos.

Na atenção à saúde do idoso, foram priorizadas as ações de promoção da saúde, dando continuidade aos grupos programáticos, com foco principalmente na hipertensão arterial e diabetes.

Atualmente, as quedas constituem um problema de saúde pública, considerando a alta incidência, mortalidade, morbidade e os custos sociais e econômicos decorrentes delas. Ocorrem freqüentemente nas pessoas de idade avançada, sendo provocada tanto por fatores intrínsecos quanto extrínsecos e, é uma das principais causas de lesões, incapacidades e mortes neste grupo da população. Diante da necessidade de adoção de medidas preventivas, as UBS foram adaptadas com pisos antiderrapantes, mobiliários e iluminação adequados, corredores livres de entulhos possibilitando a mobilização segura do paciente.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares sobre os riscos e danos por quedas e como preveni-las, são ações que ocorrem na admissão e durante a permanência do paciente na UBS através de intervenções individuais ou em grupos.

**Saúde Bucal** – Nos últimos anos houve ampliação da assistência para 31 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Neste período foram desenvolvidas ações de educação em saúde bucal e procedimentos preventivos para adultos e crianças, incluindo palestras sobre higiene bucal, dieta e prevenção de doenças bucais, teatros, ações coletivas com outras secretarias e eventos promovidos para os munícipes, principalmente pela equipe de atenção à saúde do escolar, a do bochecho.

Para contemplar os munícipes trabalhadores, foi criada duas Unidades “**Amigas do Trabalhador**”, localizadas na UBS Quebec e Policlínica Zona Sul com horário de atendimento das 17:30 às 21:30 horas. O município vem mantendo o atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais, com equipe treinada e equipamento próprio, bem como as Clínicas do Bebê com odontopediatras nas UBS Iguaçu, Quebec, Pinheiros e Policlínica Zona Sul. Disponibiliza um odontólogo atendendo permanentemente no 4º Batalhão da Polícia Militar de Maringá e em parceria com o Estado, atende na UBS Industrial os menores infratores em desacordo com a Lei.

O consultório odontológico móvel que atende os alunos das escolas rurais, ampliou o atendimento contemplando outras escolas municipais como Victor Belotti e Ruy A. Alegretti. A equipe odontológica móvel para atendimento domiciliar dos pacientes portadores de deficiência e/ou dificuldade de locomoção, vem ampliando a demanda como resultado das visitas freqüentes dos agentes comunitários de saúde.

O município de Maringá possui dentro de sua rede de assistência odontológica três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Zona Norte, de gestão municipal, o do CISAMUSEP, de gestão do Consórcio e o da Universidade Estadual de Maringá (UEM) de gestão estadual que em 2013 tiveram suas equipes cadastradas no PMAQ e em 2014 iniciou atividade especializada de implante dentário.

Em 2017 foi implantada agenda aberta para atendimento odontológico nas UBS facilitando o acesso da população.



## **Pessoas com Deficiência**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde - CIF, adotada como o modelo conceitual pela OMS, define a incapacidade como um termo amplo para deficiências, limitações às atividades e restrições aos aspectos negativos da interação entre indivíduos com determinadas condições de saúde e fatores pessoais e ambientais (IPEA, 2014). Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, próximo de 15% da população mundial (SÃO PAULO, 2010) dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis.

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo demográfico de 2010, considerando a população residente no país mostra que 45.606.048 de brasileiros, 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência. Para as pessoas com pelo menos uma das deficiências, a população feminina superou a masculina em 5,3 pontos percentuais, o correspondente a 19.805.367 (21,2%) de homens e 25.800.681(26,5%) de mulheres.

No estado do Paraná segundo censo do IBGE de 2010, 21,86% da população, cerca de 2.280.548 pessoas têm pelo menos uma das deficiências investigadas, 55,71% são do sexo feminino e 44,29% do sexo masculino. Desse total de pessoas com deficiência, 666.219 possuem alguma deficiência severa.

Considerando a necessidade de iniciar as ações de prevenção precoce de incapacidades, promoção, reabilitação e de vigilância em saúde e considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente e contínua, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, deste modo a Secretaria de Saúde de Maringá vem buscando medidas para melhorar a prevenção e identificação precoce, bem como implementar os serviços de atenção aos deficientes. Neste empenho, juntamente com a 15ª Regional de Saúde, o município está em fase de elaboração do Plano Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

## **SAD - Serviço de Atenção Domiciliar**

Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (art. 2º) a Atenção Domiciliar (AD) é a modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e promoção à saúde, prestadas em domicílio e garantindo continuidade de cuidados.

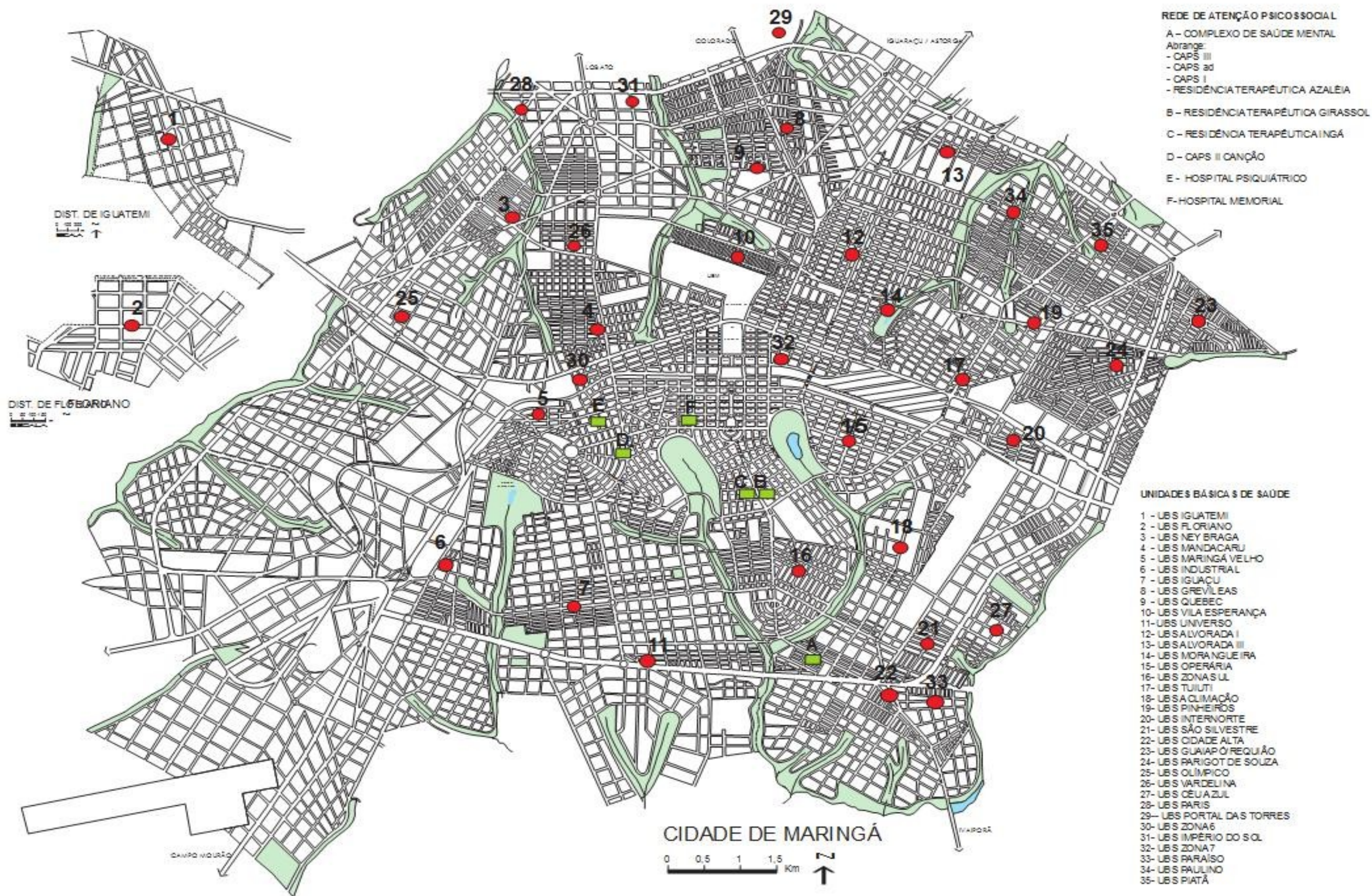
A Secretaria de Saúde de Maringá em parceria com as universidades pretende implantar a atenção desenvolvida pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar. É operacionalizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADS), compostas por profissionais médicos, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta/e ou assistente social e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) constituída de no mínimo de três profissionais de nível superior, escolhido entre as ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. Este atendimento compreende ações de saúde que têm como características comuns as intervenções terapêuticas realizadas no interior do domicílio, para usuários com necessidades de cuidados de intensidades intermediárias entre hospital e Unidade Básica de Saúde.

O atendimento será realizado por área de abrangência (território), com co-responsabilidade da família e/ou cuidador, através de um plano terapêutico compartilhado com a equipe, avaliando a especificidade de cada caso, a periodicidade das visitas multiprofissionais e a pactuação com as ESF para referência e contra-referência e hospitalização se necessário.





**Figura 17.** Mapa de Maringá, com a localização das Unidades Básicas de Saúde e Rede de Atenção Psicossocial.





### 1.3.3- Atenção Especializada

A garantia de acesso da população a serviços de qualidade com equidade, e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada continua sendo um grande desafio para o município. Nesse sentido a Secretaria de Saúde vem trabalhando para ampliar o acesso à esta atenção com a implantação de novos serviços, garantindo a integralidade do cuidado, coordenado pela atenção primária, através tanto da oferta de consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais.

Nos últimos anos com a ampliação na contratualização de novos serviços de imagem, houve um aumento considerável da oferta de exames especializados de tomografia computadorizada e ressonância magnética disponibilizados para a rede básica e especializada, pondo fim às longas filas de espera. Esses exames estão sendo autorizados para realização dentro do mesmo mês da solicitação. Ampliou também atendimento em fonoaudiologia e fisioterapia, este último com profissionais concursados atuando nas UBS do Iguaçu, Quebec, Tuiuti e Zona 07.

Foram necessários dois anos de esforços para estruturar um serviço de referência para aplicação do medicamento Toxina Botulínica para usuários de Maringá, com indicação para tratamento das distonias faciais e espasticidade, de acordo com as Portarias nº 376 GM/MS e nº 377 de 10/11/09. Em 2016 a Santa Casa de Maringá manifestou interesse e passou a ser o serviço referencial para este atendimento, que desde janeiro de 2017 está em pleno andamento.

Nos últimos quatro anos, para atender uma demanda sempre crescente, houve aumento significativo na oferta de consultas especializadas. Somente no primeiro semestre de 2017 foram realizados agendamento de mais de 36.000 consultas especializadas, com a realização dos “mutirões”, que fazem parte da implantação de ações de otimização da Gerência de Regulação de Consultas, Cirurgias e Exames Especializados, reduzindo as chamadas “filas de espera”. Foram ampliadas as ofertas de consultas especializadas, zerando as seguintes filas: gastroenterologia, otorrinolaringologia, dermatologia, endocrinologia, pneumologia, pneumologia pediátrica, neurologia pediátrica e nefrologia. As filas únicas de agendamento, com classificação de prioridades, foram todas incluídas no Gestor Saúde, programa este que vem sendo compartilhado por vários municípios do Brasil, pois traz um diferencial para controle e emissão de relatórios das filas existentes.

Foi criado um plano de ação diferenciado para a regulação, objetivando otimizar a oferta de serviços, com horários noturnos de agendamento, horários de agendamento nos sábados e domingos e descentralização dos locais de atendimento das consultas especializadas, inclusive com a disponibilização de salas do Hospital Municipal de Maringá. As 34 UBS foram divididas em seis regionais, Tuiuti, Zona 07, Iguaçu, Zona Sul, Quebec e Pinheiros e terão permanentemente as seguintes especialidades em seus quadros de agendamento: urologia, dermatologia, cardiologia, endocrinologia, reumatologia, pneumologia vascular, ortopedia e neurologia. Já na oftalmologia, houve um aumento significativo da oferta de consultas e utilização dos aparelhos oftalmológicos instalados na Policlínica Zona Sul, inclusive nos finais de semana e agenda constante em seis clínicas oftalmológicas, que oferecem além do atendimento dentro da agenda diária, oferta também nos finais de semana.

Com a ativação do centro cirúrgico e leitos cirúrgicos do HMM e contratualização com os hospitais: Memorial, Santa Rita, Santa Casa, Hospital Universitário de Maringá e Metropolitano de Sarandi, foi ampliada a oferta de cirurgias de baixa e média complexidade, como: laqueaduras, histerectomia, endometriose, vasectomias, incontinência urinária, hemorróida, varizes, vesícula, hernia, lipoma, adenoamigdalectomia, septoplastia, ortopedia entre outras. Com esta ampliação, foram realizadas 3.503 cirurgias eletivas, zerando as filas para as seguintes cirurgias: cataratas, histerectomia, bartolinite, cisto de ovário, laqueadura, fístula e fissura anal, hernia inguinal, lipoma e bariátrica.

Foi cedida área para implantação e já está em fase de construção o Centro Macrorregional de Especialidade do Governo do Estado do Paraná, no qual serão implantadas as referências de especialidades de suporte às RAS, referência para cinco Regionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS).

Com uma estrutura de aproximadamente 11.400 metros quadrados e ainda em fase de reforma/ampliação, o HMM conta com 320 profissionais em seu quadro funcional para atendimento de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. É referência de atendimento para as UPA de Maringá e porta aberta apenas para emergência psiquiátrica os munícipes de Maringá e Mandaguaçu. O corpo clínico nos últimos quatro anos teve ampliação de profissionais especialistas, contando hoje com as seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cardiologia, neurologia, anestesiologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia geral, dermatologia, pneumologia, vascular, infectologia, ginecologia e cirurgia torácica. Houve um grande avanço em 2017 com a implantação do serviço 24 horas para atendimento de urgência de clínica geral e ginecologia. O ano de 2017 também foi pontuado com a ampliação da taxa de ocupação de leitos em 30%, aumento das cirurgias eletivas e transferência do Ambulatório de Feridas e Ostomia para o hospital com especialidades atuante de infectologia e vascular. Como retaguarda para a RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, o hospital está pleiteando habilitação de leitos de cuidados prolongados, conforme critérios da Portaria nº 2809 de 07/12/12. Em 2016 o hospital teve os seus 10 leitos de UTI habilitados pelo Ministério da Saúde como UTI Tipo II e também foi habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Para manter alguns serviços atuantes, foram estruturadas a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Óbitos e de Mortalidade Materna/Infantil e a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos.

1.3.4 Atenção Hospitalar

A Macrorregião Noroeste conta com 95 hospitais, sendo que 47 (49,5%) são hospitais públicos. O número total de leitos é de 4.348 dos quais, 3243 (74,6%) são destinados ao SUS. Considerando que 75,5% da população é SUS dependente, conforme orientação do Manual Instrutivo da RUE e segundo a Portaria 1101/2002, seriam necessários 4.180 leitos SUS para toda a Macrorregião, apresentando um déficit de cerca de 937 leitos, mais da metade destes na 15ª Regional de Saúde. Entretanto esse déficit deve ser maior ao levar em conta que, dos 95 hospitais existentes, apenas (9,5%) apresentam acima de 100 leitos, o que indica que na região a maioria dos hospitais não apresenta economia de escala e são poucos resolutivos, o que acarreta uma grande demanda de pacientes de média e alta complexidade para os hospitais de Maringá.

Quadro 3. Instituições hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos SUS em Maringá- Paraná, 2016.

Hospitais	Leitos Existentes	Leitos SUS
Hospital Psiquiátrico	272	240
Hospital Universitário	123	123
Hospital do Câncer	93	69
Hospital Santa Rita	261	87
Hospital Santa Casa	243	146
Hospital Municipal	119	119
Hospital e Maternidade Maringá	77	-
Hospital Memorial	50	47
Hospital São Marcos	72	-
Hospital de Olhos de Maringá	3	-
Hospital Paraná	108	-
TOTAL	1421	831

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

Nos últimos quatro anos o número de leitos SUS em Maringá passou de 796 para 831 em 2016 (Quadro 3). Um crescimento pouco significativo (4,2%), considerando que o município permanece como referência para a Macrorregião Noroeste nos serviços de alta complexidade de Neurocirurgia/neurologia, Traumato-ortopedia, Oncologia, Terapia Renal Substitutiva e Cardiovascular, estes dois últimos somente para 15ª RS. Pelos parâmetros da Portaria nº 1101/MS de 2002 - para atendimento da população residente e referenciada pelo SUS são necessários 1.100 leitos. Lembrando também que desse total de leitos 240 são leitos psiquiátricos, restando apenas 591 leitos clínicos e cirúrgicos.

1.3.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica no município de Maringá tem como objetivo propiciar um novo modelo de atendimento, não restrito à mera aquisição e distribuição de medicamentos, e sim buscando a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido a Secretaria de Saúde nos últimos quatro anos investiu na capacitação dos profissionais envolvidos na assistência farmacêutica e na educação da população, promovendo grupos e campanhas educativas sobre uso racional de medicamentos e sua destinação correta quando vencido, com apoio dos profissionais farmacêuticos dos NASF.

Consolidou em conjunto com a Comissão da Farmácia e Terapêutica, uma equipe multidisciplinar constituída em portaria, a elaboração e publicação da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, com o propósito de ofertar um elenco terapêutico selecionado segundo critérios de relevância em saúde pública. A fim de nortear as decisões da Comissão Permanente de Análise e Liberação de Medicamentos Especiais - COPALMES, foi elaborado em 2017 o Protocolo de Solicitação de Medicamentos Não Padronizados, que dispõe acerca dos critérios para solicitação de medicamentos não padronizados no município, levando em consideração as recomendações da 14ª Promotoria de Justiça e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Em 2013, o município inaugurou a farmácia 24 horas da Zona Norte, a única farmácia pública do Estado do Paraná a oferecer assistência farmacêutica 24 horas, preparada para atender as necessidades da população que busca auxílio médico nas UPA nos horários noturnos e finais de semana. Em 2017 inaugurou a segunda farmácia 24 horas do município, localizada na zona sul da cidade, ampliando o acesso aos medicamentos e a comodidade dos usuários que utilizam a UPA Zona Sul e Hospital Municipal nos períodos descobertos pelas UBS. As duas farmácias dispensam

medicamentos constantes no REMUME, inclusive psicotrópicos, medicamentos do protocolo da dor crônica, talidomida, medicamentos não padronizados, aprovados pela COPALMES e medicamentos provenientes de ações judiciais.

A administração vem trabalhando para ampliar a acessibilidade aos medicamentos psicotrópicos nas UBS, as quais já possuem profissional farmacêutico, visando implementar ações e serviços que venham de acordo com as necessidades da sociedade, principalmente no que diz respeito a assistência farmacêutica de qualidade. Atualmente conta com oito pontos de distribuição de medicamentos psicotrópicos e um elenco de 39 itens padronizado para tratamento de saúde mental na atenção básica.

O projeto farmácia móvel, no qual um veículo irá percorrer as UBS que não possuem a dispensação de psicotrópicos, está em processo de avaliação e irá facilitar o acesso aos medicamentos por parte da população, principalmente dos distritos de Iguatemi e Floriano, que atualmente precisam se deslocar à Maringá para realizar a retirada do medicamento.

Está também em processo de avaliação a implementação de consultórios farmacêuticos nas UBS, espaço que visa proporcionar cuidado aos pacientes, familiares e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a adesão ao tratamento e qualidade de vida do paciente.

A farmácia de manipulação, outro eixo presente na Assistência Farmacêutica do Município, ampliou o elenco de itens farmacêuticos, totalizando 15 medicamentos fitoterápicos, sendo 4 industrializados e 11 fitoterápicos manipulados. As ações do Programa Hora do Chá foram retomadas em todas as UBS do município incluindo revisão e publicação da Cartilha da Hora do Chá. Nos últimos anos, também foram implantados canteiros de plantas medicinais nas hortas comunitárias do município de Maringá, com intuito de socializar e disseminar os conhecimentos acerca da utilização correta das plantas medicinais.

Dando continuidade ao seu compromisso de ampliar o acesso à Assistência Farmacêutica, foram implantados protocolos de medicamentos manipulados para tratamento da psoríase e dermatites. Adicionalmente, o município está viabilizando a abertura de um Centro de Referência de Práticas Integrativas, analisando a possibilidade de incluir a homeopatia na rede municipal de saúde, contribuindo para a concretização da integralidade das ações em saúde.

Em Junho de 2017 foi concluído a construção da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), com estrutura física adequada às necessidades e fluxos inerentes a este serviço, com áreas condizentes para o perfeito recebimento, armazenamento e expedição de medicamentos e insumos de acordo com as legislações sanitárias pertinentes. Os medicamentos imunobiológicos (insulinas e imunoglobulinas), apresentam distribuição descentralizadas no município e, tiveram também o armazenamento otimizado, com a aquisição de equipamento com controle automático de temperatura, em conformidade com o Manual de Rede de Frios, elaborado pelo Ministério da Saúde.

### **1.3.6- Saúde Mental**

A rede de Saúde Mental em Maringá conta com psicólogos em todas as UBS que realizam atendimentos individuais e em grupo, profissionais nas equipes do NASF, um serviço de Emergência Psiquiátrica Pública com 26 leitos psiquiátricos no Hospital Municipal para referência dos municípios de Maringá e Mandaguaçu, um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), duas Residências Terapêuticas masculina e uma feminina. Em maio de 2015 inaugurou o Complexo Maringaense de Saúde Mental, alocando os serviços especializados em prédio próprio (CAPSIII, CAPSad e CAPSi). O Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) implantado em 1994, em concordância com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, esta sendo transformado em CAPS III, com ampliação do horário de atendimento para 24 horas, com 12 leitos de acolhimento aos pacientes com transtornos mentais e dependência química em crise, proporcionando maior oferta de tratamento extra-hospitalar.

O ambulatório de consultas psiquiátricas do CAPSIII e CAPSII Canção está em processo de descentralização para sete referências na atenção básica, sendo cinco em Unidades Básicas de Saúde, uma no CISAMUSEP e outra no Hospital Memorial, com o objetivo de aproximar o atendimento em saúde mental e fortalecer o matriciamento com as ESF.

Para realizar a reestruturação da Rede de Atenção a Saúde Mental em 2017 foi reinstituída a comissão especial para organização dos serviços através da portaria nº016/2017-SAÚDE, a Comissão Revisora das internações Psiquiátricas Involuntárias através da portaria 015/2017- SAÚDE, e também a Comissão de Desinstitucionalização através da portaria 014/2017-SAÚDE.

Para maior efetivação do atendimento em saúde mental na atenção básica nos últimos 2 anos, houve uma maior aproximação entre os profissionais dos serviços de saúde mental e das Unidades Básicas de Saúde, através de promoção de reuniões semanais com discussão dos processos de trabalho e discussão dos casos compartilhados, com matriciamento dos CAPS com as UBS. No intuito de fortalecer a integração destes usuários na comunidade, a Secretaria de Saúde vem realizando oficinas de estratificação de risco em saúde mental para os profissionais da rede.

Com o objetivo de integração com todos os serviços da rede, o Serviço de Emergência Psiquiátrica, NASF e CAPS têm realizado reuniões para estudo dos casos dos pacientes internados e encaminhados após a alta para as UBS e CAPS. A continuidade do tratamento do tabagismo nas UBS está sendo mantido, fortalecendo a prevenção de agravos e promoção a Saúde.

A articulação da saúde mental com as demais políticas intersetoriais vem sendo consolidada, com a participação dos profissionais em diversos espaços, através de reuniões intersetoriais, Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

A Equipe do Consultório na Rua habilitada em 2010 continua atuante e integra o nível primário, promovendo atenção integral à população em situação de rua com equipe multiprofissional.

Em 2016, devido ao alto índice de notificações de violência auto provocada (40% conforme dados do SINAN) foi criado o Comitê de Prevenção e Pósvenção do Suicídio, formado por representantes da Secretaria de Saúde, Corpo de Bombeiros, CCI- Centro de Controle de Infecções, Universidade Estadual de Maringá e Centro de Valorização da Vida. Foram realizadas diversas capacitações sobre como notificar casos de violência para profissionais de todos os serviços da rede de saúde. Houve capacitação para cerca de 760 profissionais para atendimento às pessoas com ideação e tentativa de suicídio. Dentre essas ações, foi realizada capacitação específica, para profissionais da saúde e educação, sobre o tema “Baleia Azul” (jogo difundido na internet que desafia jovens a se auto mutilarem). Em junho de 2017 foi criado, com o apoio da Secretaria de Saúde, o CVV – Centro de Valorização da Vida, entidade sem fins lucrativos com o objetivo de prestar atendimento telefônico a casos de sofrimento psíquico em sua grande maioria, ideação suicida, com sede no HMM.

1.3.7- Vigilância em Saúde

Os agravos transmissíveis têm sido enfrentados pela rede de atenção por meio de ações integradas com a vigilância em saúde, possibilitando que as metas estabelecidas para a tuberculose, hanseníase, influenza, hepatites, HIV/AIDS e coberturas vacinais fossem alcançadas.

As ações programadas pela vigilância sanitária para intervir nos riscos decorrentes da produção de bens e serviços de interesse à saúde, atuando em um universo de aproximadamente 16.000 estabelecimentos nas áreas: alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares; medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; saneantes; produtos para saúde; imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados; órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições; serviços de saúde e de interesse à saúde foram executados de acordo O Plano de Ação de Vigilância Sanitária. Este Plano consiste no planejamento anual das ações, sobre as inspeções de licença sanitária, que devem ser realizadas no mínimo uma vez ao ano nos estabelecimentos de alta complexidade e alto risco, além das inspeções emergenciais, tais como atendimento de denúncias provenientes da ouvidoria municipal, do Ministério Público, Autoridades Policiais entre outros, instauração de Processos Administrativos Sanitários, investigações de queixas técnicas, surtos e eventos adversos e coleta e envio de amostras para monitoramento da qualidade de produtos e serviços de interesse a saúde.

As metas estabelecidas para controle da qualidade da água foram mantidas, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e avaliação dos laudos de controle. Foi também investido na capacitação dos agentes fiscais e o monitoramento da situação sorológica para hepatite B e C dos trabalhadores da rede pública municipal, com testagem de 100% dos servidores.

As metas de cobertura vacinal pactuadas nos anos de 2013 a 2016, conforme diretrizes do Ministério da Saúde foram alcançadas, conforme demonstrado nas tabelas 14 e 15. Em 2013 e 2014 foram implantadas novas vacinas no Calendário Básico como a Tetra Viral, a vacina HPV para meninas de 11 a 13 anos e Hepatite A para crianças menores de 2 anos.

Em maio de 2014 Maringá tornou-se pólo de aplicação do medicamento Palivizumabe – Tratamento profilático de infecções do vírus Sincial Respiratório (VRS). As campanhas de vacinação contra a gripe nestes quatro anos alcançaram as metas de cobertura tanto na população de idosos quanto nos demais públicos alvos.

Tabela 14. Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano no município de Maringá no período de 2013 a 2016

Vacinas	2013	2014	2015	2016
BCG	127,70%	117,48%	113,73%	100,33%
Meningo C	106,98%	104,10%	97,87%	99,45%
Penta	104,79%	102,78%	97,97%	100,24%
Pneumo 10	105,02%	104,45%	98,86%	101,48%
Polio	106,61%	104,60%	98,19%	100,26%
Rotavirus	102,07%	93,39%	89,04%	92,08%
Febre Amarela	97,72%	91,55%	80,02%	90,19%

Fonte: SMS

Tabela 15. Cobertura vacinal em crianças de 1 ano de idade no município de Maringá no período de 2013 a 2016

Vacinas	2013	2014	2015	2016
---------	------	------	------	------

Tríplice Viral (1ª D)	110,47%	93,73%	95,74%	100,93%
Tríplice Viral (2ª D)	86,93%	92,10%	80,10%	109,65%
Tetra Viral (DU)	58,58%	76,70%	74,66%	97,16%
Hepatite A (DU)	-	137,31%	85,22%	100,39%
DTP	95,48%	91,43%	110,05%	80,11%
Pneumo 10	99,67%	103,95%	117,28%	99,09%
Meningo C	100,36%	100,06%	90,54%	114,26%
Poliomielite	91,20%	83,84%	109,04%	89,98%

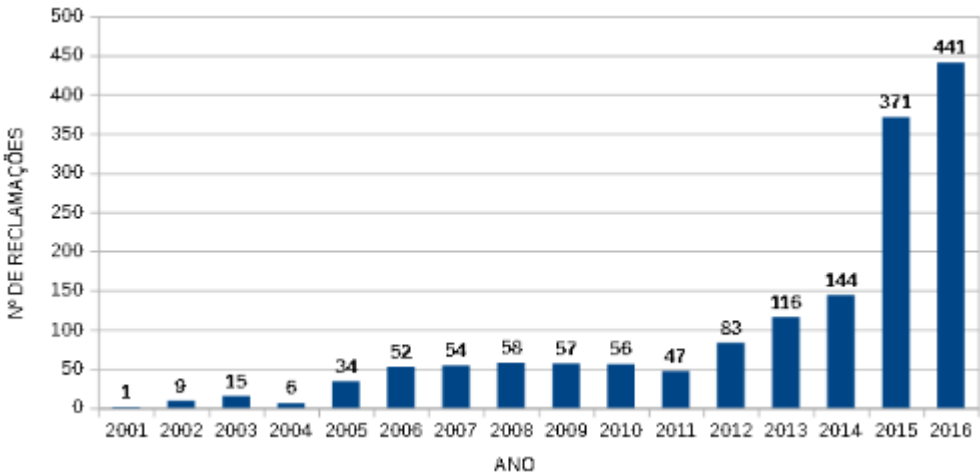
Fonte: SMS

A política de saúde do trabalhador foi inserida na agenda dos vários setores da saúde, visto que é indissociável assistência e vigilância sendo necessário identificar nos atendimentos se há relação com o trabalho para que os encaminhamentos necessários sejam feitos, tanto em termos de referência e contra-referência como de notificação/registro informações para que procedimentos de vigilância sejam exercidos e interfiram na gênese do adoecimento. Neste contexto por ser de fundamental importância a articulação multiprofissional, interdisciplinar e Intersetorial foi criada a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) visando implementar as ações sistemáticas de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação e avaliação das situações de risco, e a aplicação de procedimentos administrativos, com atenção especial aos segmentos que apresentarem maior número de agravos à saúde do trabalhador.

As ações programadas pela vigilância em saúde como notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador, investigação de todas as ocorrências de acidentes de trabalho grave e fatal foi executadas nos últimos anos.

A vigilância das zoonoses realizada pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), desenvolveu atividades de educação em saúde e orientações aos contribuintes, atendimento às reclamações, investigações de acidentes com animais, bem como manejo e/ou controle de animais de relevância epidemiológica. No ano de 2017 a Gestão Municipal criou a Diretoria do Bem Estar Animal na Secretaria do Meio Ambiente que tem como objetivo os programas de guarda responsável de animais que visam primordialmente à saúde animal, o bem estar animal ou a segurança pública. A Diretoria do Bem Estar Animal vai exercer as funções de castração e outras atividades afins, como cirurgias e avaliação de casos clínicos nas instalações construídas no Centro de Controle de Zoonoses cedida para estas finalidades pela Secretaria de Saúde/Diretoria de Vigilância em Saúde.

**Figura 18.** Atendimentos de reclamações de Escorpião Amarelo pela Vigilância das Zoonoses em Maringá de 2001a 2016.

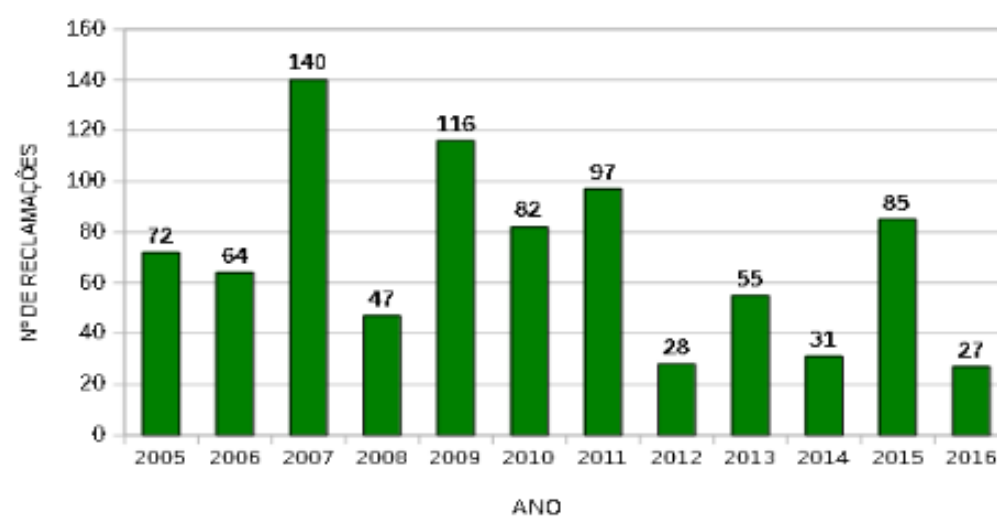


Fonte: SMS, 2017

O gráfico acima demonstra que no período foi atendido 1.271 reclamações referentes aos escorpiões amarelos no Município. Verifica-se que o aumento das notificações ocorreu a partir de 2005 mantendo a média de 34 a 47 casos até 2011. Após estes anos houve um aumento progressivo das notificações sendo que os anos de 2015 e 2016 contribui com (29,18%) e com (34,6%) sendo estes dois anos atípicos. Este fato pode estar relacionado a um aumento de concentração de focos no bairro do Jardim Itália culminando no aumento da mesma notificação por mais de um morador do local.

**Figura 19.** Atendimentos de reclamações de Caramujo Africano pela Vigilância das Zoonoses em Maringá de 2005 a 2016.

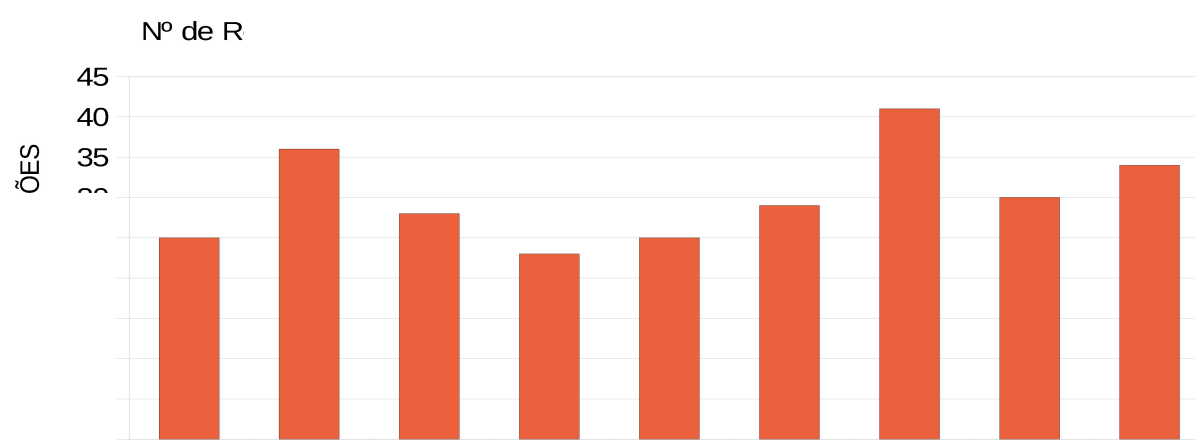




Fonte: SMS, 2017

No período de 2005 a 2016 foram notificadas 871 reclamações da presença de Caramujos africanos no perímetro urbano do município, entre os anos que solicitaram da Zoonoses maior atendimento foram; em 2007 com 16%, 2009 com 13,3%, 2011 com 11,1% e em 2015 correspondeu a 9,7% das reclamações. A maior incidência dos caramujos é após período de chuvas em grandes quantidades, já que ficam enterrados por longos períodos em época de secas, o que dificulta o controle. Não há predadores naturais na cidade o que dificulta seu controle.

**Figura 20.** Atendimentos de reclamações de Aranhas pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2008 a 2016.



Fonte: SMS

No período de 2008 a 2016 foram atendidas 251 reclamações pela Zoonoses, destas os anos que mais notificaram foram 2014 com (16,3%), 2009 com 1 (4,3%) e 2016 com (13,5%) do total.

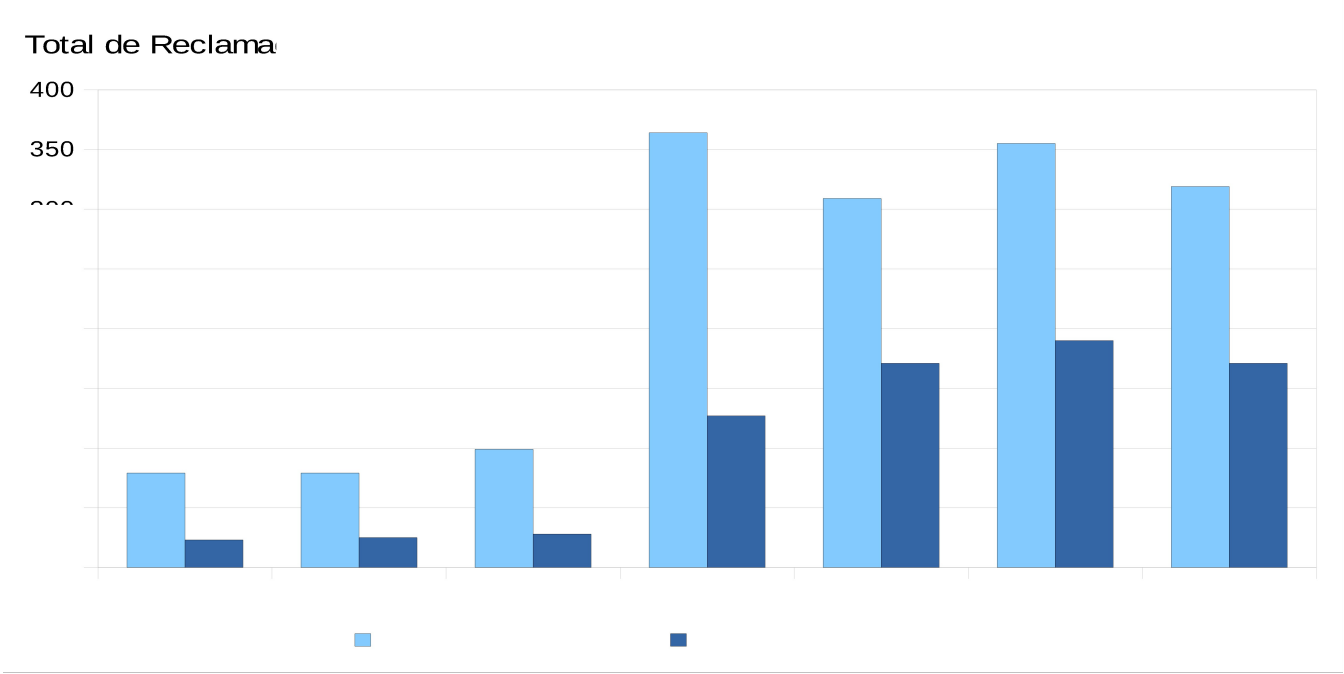
Quando estratificados as notificações por distribuição espacial por bairros entre os anos de 2010 a 2016, os bairros com maior incidência das reclamações foram o Jardim Alvorada com 183, Zona 05 e Jardim Iguaçu com 131 e Três Lagoas com 90 reclamações.

**Figura 21.** Atendimentos de reclamações por espécie de Aranhas pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2008 a 2016

Fonte: SMS, 2017

Quando observado as espécies de aranhas 55% das espécies identificadas pela Zoonoses foram as *caranguejeiras*, as *tarântulas* com 16,3%, as *armadeiras* com 7,9% e as espécies não identificadas contribuíram com 44,6% das notificações ao serviço.

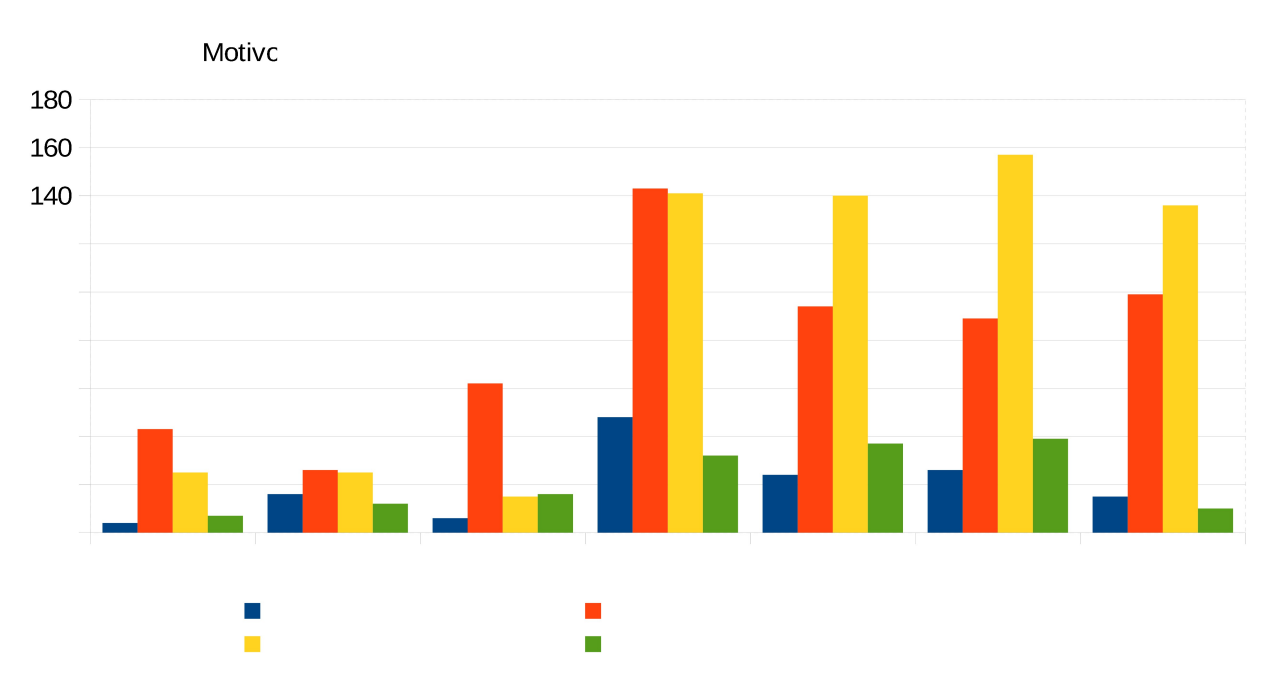
**Figura 22.** Atendimentos de reclamações e coleta de morcegos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 à 2016.



Fonte: SMS, 2017

Foram 1.584 reclamações de morcegos atendidas pela Zoonoses entre os anos de 2010 a 2016, destas 735 (46,4%) foram coletados morcegos para envio ao Laboratório para biópsia. Entre 2013 a 2016 houve um aumento significativo das reclamações além do que no ano de 2013 foi confirmado casos de raiva em colônias dos morcegos capturados pela equipe das Zoonoses, pela vulnerabilidade da raiva na população de morcegos e risco para os humanos em contato com estes mamíferos.

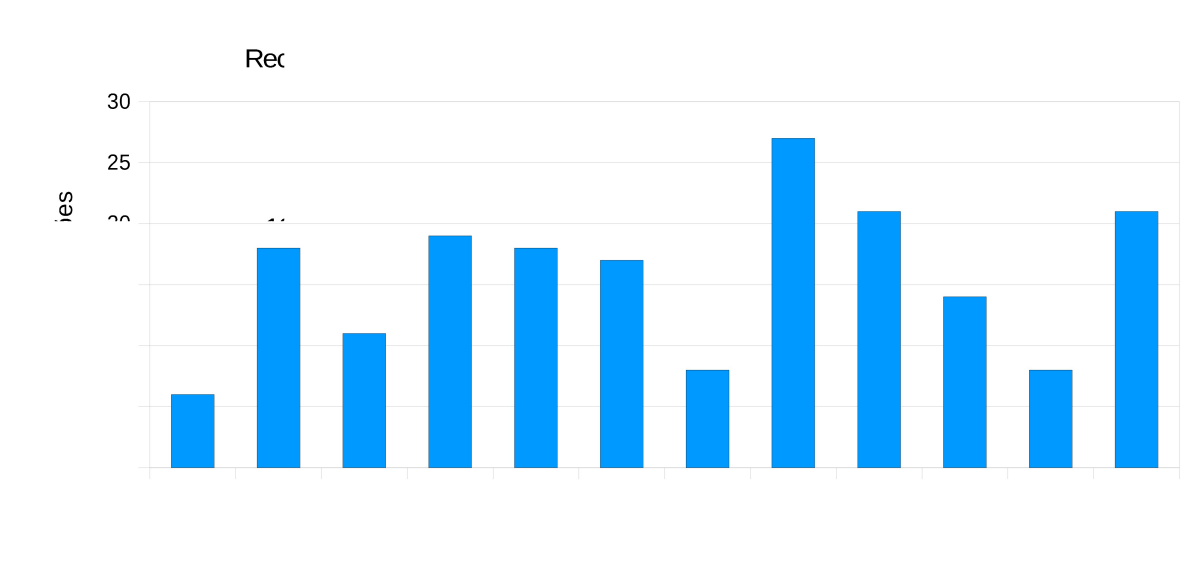
**Figura 23.** Locais onde foram capturados morcegos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 a 2016.



Fonte: SMS, 2017

Segundo o local de captura dos morcegos pela equipe das Zoonoses do total de 1487 atendimentos, 639 (37,7%) foram capturados nos quintais e garagens das residências, 556 (37,7%) nos forros e Lages, 153 (10,2%) nas áreas internas das residências e 139 (9,3%) nas árvores. Nas cidades, os morcegos mais comuns são os insetívoros e os frugívoros, devido a grande oferta de alimentos e presença de abrigo.

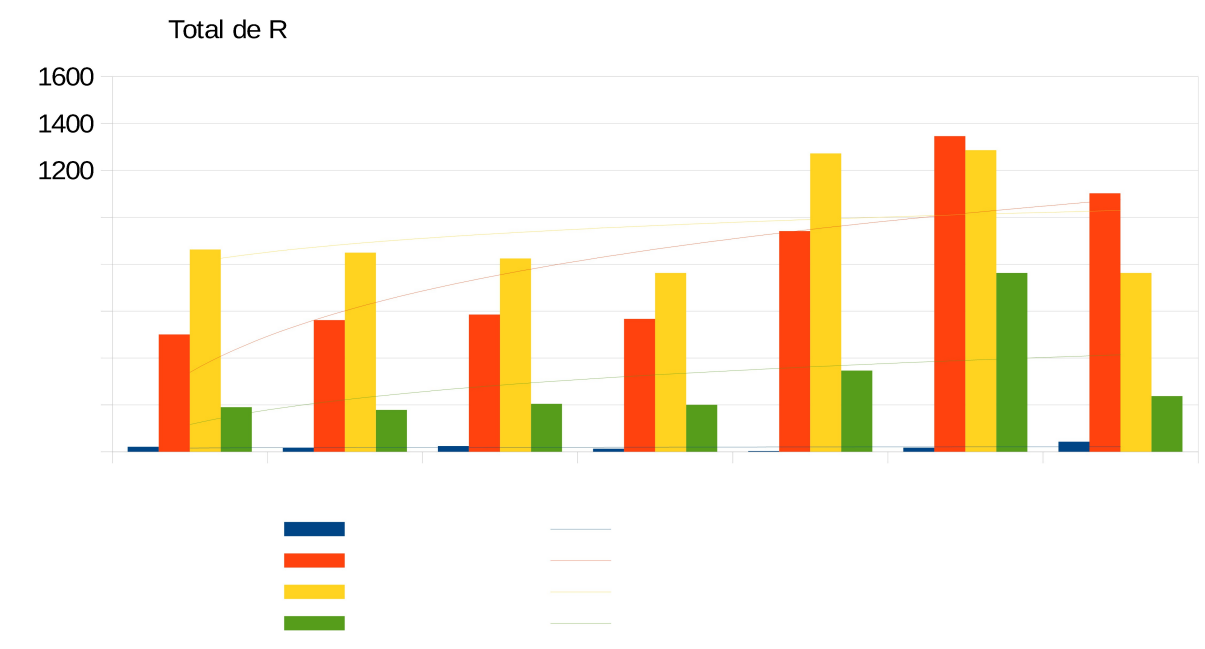
**Figura 24.** Reclamações dos pombos pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2005 à 2016.



Fonte: SMS, 2017

No período de 2005 a 2016 foram notificadas 188 reclamações da presença de pombos no perímetro urbano do município, entre os anos que solicitaram da Zoonoses maior número de atendimentos foram; 2012 com 14,3%, 2013 e 2016 com 11,1%, das reclamações. Ressalta-se que os pombos reproduzem-se nas cidades pela grande oferta de alimentos e pela ausência de predadores naturais, o que acarreta a proliferação de ratos, baratas e moscas.

**Figura 25.** Reclamações segundo a condição dos cães pela Vigilância de Zoonoses em Maringá de 2010 à 2016.



Fonte: SMS

Entre os anos de 201 a 2016 foram notificadas 14.472 reclamações para ser recolhido pela equipe do CCZ, quando verificado a condição dos mesmos observa-se 6.617 (46,7%) foram cães errantes. 5.601 (38,7%) domiciliado 2.177 (14,6%) semi domiciliado e cão comunitário com 137 notificações correspondendo a (9,9%).

A convivência do ser humano com cães pode e deve ser uma relação saudável e gratificante, se alguns cuidados forem dispensados sistematicamente a estes animais de estimação. Somente a posse responsável pode garantir condições de saúde aos proprietários, a suas famílias, à vizinhança, à comunidade em geral e aos animais, através de condutas de controle e de proteção animal.

É preciso que as políticas públicas de saúde reconheçam a importância do controle de cães errantes em áreas urbanas, com particular ênfase para as áreas de risco a zoonoses. O controle de cães errantes tem por objetivo a remoção do extrato populacional de animais que atuem como transmissores dos agentes etiológicos, comportando-se como mantenedores de enzootias ou de epizootias e que ficam sem qualquer controle da comunidade na área de procedência do animal originador do foco, favorecendo a infecção de pessoas e de outros animais, e sofrendo com as doenças, da mesma forma que as demais espécies envolvidas.

## 1.4 Gestão em Saúde

### 1.4.1- Gestão do trabalho e da educação em saúde

Direcionada para a adequada formação e valorização dos trabalhadores do SUS, a área de gestão do trabalho e educação em saúde, busca manter um quadro de profissionais capazes de garantir a continuidade dos serviços e qualidade de seus processos, centrada na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados.

Este processo vem se fortalecendo com a participação dos trabalhadores da saúde, nos programas e políticas indutoras da Interação Ensino-Serviço (IES), como: Pró-saúde, PET-Saúde, PROVAB, APSUS, PMAQ - Inserção das residências médicas e multiprofissional nos serviços de saúde - Formação/capacitação específica de preceptoria nos serviços no ano de 2015 e 2017 (parceria com IEP – Sírío Libanês). Em 2015, iniciou-se a discussão do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino e Serviço – COAPES, entre gestor e IES. Neste cenário, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou o Plano de Educação Permanente em Saúde (EPS), para os trabalhadores do SUS, bem como investiu em capacitações, com contribuição das IES, voltadas às principais necessidades dos serviços como:

- Ações de alimentação e nutrição para as UBS;
- Espaço Saúde anual para as UBS;
- Grupos locais da Rede de Prevenção das Violências e Acidentes;
- Capacitação para a rede de atenção básica sobre medidas preventivas e pós-ventivas ao suicídio;
- Ações educativas de combate a dengue para a população;
- Formação do Centro de Valorização da Vida;
- Capacitação das Normas Técnicas das Atividades em Campo;
- Capacitação anual para implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas;
- Capacitação sobre aleitamento materno, Protocolo de Prevenção do Câncer Ginecológico e de Mamas;
- Capacitação anual para chefias sobre gestão;
- Capacitações dos funcionários novos para atuação na rede.

Foram realizados 06 concursos públicos para contratação de profissionais da área da saúde. Com a Implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), através da Lei Complementar 966/2013 foi consolidado o cargo de Auditor em Saúde e, a partir de março de 2017, os novos funcionários concursados para desempenho desta função foram contratados.

#### **1.4.2-Gestão de materiais e equipamentos**

A Secretaria de Saúde, nos últimos quatro anos vem investindo na melhoria da ambiência da rede, como por exemplo, climatização de 100% das UBS e Hospital Municipal de Maringá. Investiu na adequação e reforma de algumas edificações e supriu as necessidades de materiais e equipamentos, tanto para os serviços já existentes, quanto para equipar as 6 novas UBS construídas. Houve também ampliação da frota para 14 carros da Equipe de Saúde da Família.

Na área de tecnologia e informação, foram desenvolvidos vários módulos do Sistema Gestor Saúde (SGS) na WEB para qualificação dos serviços de saúde, tais como o Portal Saúde de Maringá que foi premiado no II Prêmio Gestor Público em 2014 e foi classificado em 2º lugar no Prêmio InovaSUS. A Secretaria de Saúde através do Centro de Informação em Saúde reserva uma data a cada mês para receber visitas de outros municípios que queiram conhecer e solicitar a cessão gratuita do código fonte do Sistema Gestor Saúde.

Foi também iniciada a implantação do ACS MOBILE nas UBS Olímpico, Portal das Torres e Paris. O APP possibilita que os agentes comunitários registrem as informações em tablets, ao invés de utilizar as fichas para cadastros de atualização dos usuários, economizando tempo e trabalho.

Devido à morosidade na manutenção corretiva dos equipamentos, que por vezes não consegue dar conta da demanda, está em fase de estudo a criação de um setor próprio de manutenção para atendimento da rede, desvinculando da SEMUSP a prestação destes serviços.

#### **1.4.3- Financiamento**

O financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A Constituição Federal de 1988 determina que os governos estaduais devem investir 12% da receita corrente bruta em saúde e os municípios, 15%. A lei Complementar nº 141, de 2012, regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. A demonstração do cumprimento dessa obrigação é também uma exigência para o recebimento de transferências voluntárias da União. O município de Maringá cumpriu com a lei, aplicando 20,08 de suas receitas em saúde, como vem realizando historicamente.

Tabela 16. Total de despesas com saúde empenhadas (por grupo de natureza da despesa) – 2014, 2015 e 2016 em Maringá-PR

DESPESAS COM SAÚDE	2014	2015	2016	TOTAL
DESPESAS CORRENTES	296.827.545,01	331.553.532,901	370.050.764,65	998.431.842,56
Pessoal e Encargos Sociais	143.570.774,43	146.216.751,97	163.074.952,42	
Outras Despesas Correntes	153.256.770,58	185.336.780,93	14.039.846,36	
DESPESAS DE CAPITAL	13.904.423,00	10.360.222,16	11.288.630,70	35.553.275,86
Investimentos				
TOTAL	310.731.968,01	341.913.755,06	381.339.395,35	1.033.985.118,51

Fonte: SMS

Tabela 17. Total de despesas com saúde empenhadas (por subfunção) – 2014, 2015 e 2016 em Maringá-PR

DESPESAS COM SAÚDE	2014	2015	2016	TOTAL
Atenção Básica	78.932.290,71	85.346.612,28	104.817.081,94	269.095.984,93
MAC	200.886.926,58	224.635.333,54	278.775.460,16	704.297.720,28
Vigilância em Saúde	11.278.270,85	11.796.320,73	16.864.683,66	39.939.275,24
Administração Geral	19.313.052,04	20.015.580,05	25.082.628,93	64.411.261,02
Formação de Recursos Humanos	321.427,83	119.908,46	365.780,00	807.116,29
TOTAL	310.731.968,01	341.913.755,06	425.905.634,69	1.078.551.357,76

Fonte: SMS

1.4.4- Participação e controle social

O Conselho Municipal de Saúde de Maringá (CMS-MG) é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo e foi instituído em Maringá pela criação da Lei nº 3.459/1993. É composto paritariamente de 50% de representantes dos usuários da saúde, 25% de representantes de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde. No total, são 64 conselheiros, sendo 32 titulares e 32 suplentes. O mesmo é coordenado por uma Mesa Diretiva composta por 8 membros com a mesma composição paritária.

Os conselheiros são eleitos e homologados na Conferência Municipal de Saúde para o mandato de 4 anos. Realizam uma reunião mensal ordinária e extraordinariamente, quando necessário.

O CMS-MG conta com sete Comissões Permanentes, que discutem temas específicos e ações de saúde para servir de subsídio às Plenárias do Conselho:

- Comissão de Avaliação e Assistência
- Comissão de Orçamento e Finanças
- Comissão de Saúde Mental
- Comissão de Vigilância em Saúde
- Comissão Intersetorial de Saúde do trabalhador

- Comissão de Comunicação e Capacitação
- Comissão de Ética e Conduta

Além destas, outras Comissões Temporárias para discussão de assuntos específicos podem ser criadas conforme necessidade.

Atualmente funcionam no município 40 Conselhos Locais de Saúde – CLS-MG;

- 35 Conselhos das UBS representados por 5 membros de usuários do SUS e 5 representantes dos servidores das UBS;
- 5 Conselhos dos hospitais conveniados ao SUS representados por 6 membros de usuários e 6 representantes de trabalhadores da saúde, do gestor da unidade hospitalar e se houver, do prestador de serviço.

O CMS é a Instância máxima na formulação e controle da Gestão do SUS no município de Maringá.

Foi realizada nos dias 23 e 24 de junho de 2017 a 12ª Conferencia Municipal de Saúde de Maringá com o tema: **“GARANTIA DE QUALIDADE NO SUS – DESAFIO DE TODOS”** tendo como principal objetivo resgatar o compromisso de assegurar a saúde enquanto bem público fundamental ao desenvolvimento do município. Enfatizou o acesso à saúde com qualidade e humanização ao reafirmar o “cuidar”, como pressuposto do trabalho e dos serviços de saúde e a saúde enquanto direito social estruturante da cidadania e da nação.

A Resolução nº 134/2017 homologou a aprovação do Regulamento da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Maringá, elegeu os 340 delegados e delegadas nas Conferencias Locais de Saúde e Plenárias Específicas. Representados por usuários dos SUS, trabalhadores da Saúde, prestadores de serviços conveniados ao SUS e representantes do governo, convidados (as) e observadores (as), totalizou um público de aproximadamente 700 pessoas.

**2- Diretrizes, Objetivos e Metas**

O Sistema de Planejamento do SUS preconiza como instrumentos básicos de planejamento o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão referente à prestação de Contas anuais, com seus Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA). O Plano de Saúde é o instrumento norteador da política de saúde, em cada esfera de gestão. Apresenta os resultados a serem alcançados, no período de quatro anos, expressos em diretrizes, ações e metas. A PAS operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, ou seja, indica as metas para cada ano de exercício. O planejamento efetivo permite melhorar o desempenho das ações em saúde e consequentemente, melhorar o perfil de saúde da população. Nesse propósito, esta Secretaria vem fomentando uma cultura de planejamento, tendo o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o eixo central de uma gestão voltada para resultados com a participação de todo o seu corpo diretor/gerencial. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação baseada nos resultados alcançados pelos indicadores pactuados, também são estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

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

OBJETIVO- Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à AB.	
01	Adequação das instalações físicas e ampliação do número de UBS
	Ações 2018-2021
	1.1 Construção de UBS. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residencial Andréa</li> <li>• Paulino</li> <li>• Sumaré/Andrade</li> <li>• Na abrangência do bairro Cidade Alta.</li> <li>• Na abrangência dos bairros Licce, Tóquio, Dias I e II.</li> <li>• Na abrangência dos bairros: Paulista I, II, III, IV e Novo Paulista.</li> <li>• Na abrangência dos bairros Oriental, Diamante, Santa-Marina, Santa Maria, condomínio Bela Vista I e II, Condomínio Favoreto, Condomínio Reviver, Zona Rural.</li> <li>• Colina Verde</li> <li>• Ambulatório de Infectologia</li> <li>• Alvorada I</li> <li>• CAPS II</li> </ul>

	<b>01.2 Reforma e/ou ampliação para adequação das instalações físicas.</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alvorada III</li> <li>• Grevíleas</li> <li>• Iguatemi</li> <li>• Morangueira</li> <li>• Parigot de Souza</li> <li>• Vila Operária</li> <li>• Industrial</li> <li>• São Silvestre</li> <li>• Ney Braga</li> <li>• Floriano</li> <li>• Quebec</li> <li>• Vila Esperança</li> <li>• Iguaçu</li> <li>• Império do Sol</li> <li>• Universo</li> </ul>	
	<b>01.3 Melhorar a ambiência das UBS e SMS.</b>	
	<b>01.4 Viabilizar manutenção preventiva e corretiva das UBS e serviços</b>	
02	<b>Cobertura de consultas médicas na AB</b>	<b>De 80% para 90% até 2021</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<b>02.1 Realizar 02 consultas médicas habitante/ano na AB</b>	
03	<b>Cobertura populacional estimada pelas Equipes da AB</b>	<b>90,76 %</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>03.1 Adequar o quadro de profissionais da AB para manter o atendimento à população</b></li> <li>• 03.1.1 Ampliar o número de Equipes da ESF.</li> <li>• 03.1.2 Ampliar o número de Equipes de ESB – 01 ESB para cada nova habilitação de ESF.</li> <li>• 03.1.3 Manter 01 Equipe de NASF para cada 08 equipes de ESF.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 03.1.4 Adequar o quadro de servidores de acordo com a necessidade local.</li> <li>• 03.1.5 Garantir enfermeiro assistencial nas UBS referências regionais.</li> <li>• <b>03.2 Intensificar as ações de saúde na AB para acompanhamento da população adstrita.</b></li> <li>• 03.2.1 Garantir a cobertura da 1ª consulta odontológica a 100% das gestantes cadastradas intensificando as ações junto as ESF.</li> <li>• 03.2.2 Implementar as ações programáticas do enfermeiro da AB em 100% das UBS</li> <li>• 03.2.3 Garantir acesso ampliado a gestante através de agendamento programado.</li> <li>• 03.2.4 Garantir a estratificação de risco e encaminhamento das gestantes e bebês de acordo com o protocolo da RMI.</li> <li>• 03.2.5 Acompanhamento das gestantes pelos médicos da ESF através da realização do pré-natal.</li> <li>• 03.2.6 Acompanhar todos os casos de DCNT e doenças de interesse epidemiológico.</li> <li>• 03.2.7 Realizar o acompanhamento dos usuários que fazem uso de equipamentos e materiais fornecidos pelo SUS.</li> <li>• 03.2.8 Realizar 02 consultas médicas habitante/ano na AB.</li> <li>• 03.2.9 Intensificar a realização de VD pelos profissionais que integram as equipes de ESF.</li> <li>• 03.2.10 Garantir a VD aos recém nascidos nos primeiros 10 dias de vida.</li> <li>• 03.2.11 Realizar VD aos usuários após alta hospitalar.</li> <li>• 03.2.12 Realizar ações de puericultura às crianças adscritas.</li> <li>• 03.2.13 Garantir a realização de 01 reunião semanal da Equipe da ESF.</li> <li>• 03.2.14 Realizar atualização de cadastro de todos os usuários da área de abrangência.</li> <li>• 03.2.15 Realizar acompanhamento dos usuários em uso de materiais e equipamentos fornecidos pelo SUS.</li> <li>• 03.2.16 Realizar procedimentos de saúde em domicílio quando da necessidade pela Equipe de AB.</li> <li>• 03.2.17 Destinar 20% da carga horária das equipes do NASF para atendimento em grupo 2 horas por grupo.</li> <li>• 03.2.18 Destinar 15% da carga horária das equipes do NASF para atendimento individual 1 hora/atendimento.</li> <li>• 03.2.19 Destinar 15% da carga horária das equipes do NASF para atendimento compartilhado 1 hora/atendimento.</li> <li>• 03.2.20 Destinar 12,5% da carga horária das equipes do NASF para visita domiciliar 01 hora/visita domiciliar.</li> <li>• 03.2.21 Destinar 12,5% da carga horária das equipes do NASF para atividades administrativas, ações intersetoriais, reuniões de equipe, dentre outras.</li> <li>• 03.2.22 Destinar 25% da carga horária das equipes do NASF para atividades de educação, matriciamento e elaboração de PTS, dentre outros.</li> <li>• 03.2.23 Implantar o SAD.</li> <li>• 03.2.24 Readequar as áreas de abrangência das Equipes da ESF.</li> <li>• 03.2.25 Adequar o Transporte Sanitário para as Equipes da AB de acordo com a necessidade e demanda.</li> <li>• 03.2.26 Manter a utilização do ônibus do DST/AIDS em campanhas itinerantes preventivas.</li> </ul>	
04	<b>Proporção de internações por condições sensíveis à AB</b>	<b>15%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.1 Monitorar e orientar pacientes portadores de doenças crônicas pós-alta hospitalar, a fim de evitar complicações.</li> <li>• 04.2 Criar e manter fluxo de contra referência dos Hospitais contratualizados SUS para a UBS de referência dos usuários de alta hospitalar.</li> </ul>	
05	<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.</b>	<b>80%</b>
06	<b>Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ESB.</b>	<b>60,24%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<b>06.1 Aumentar o número de ESB</b>	
07	<b>Cobertura de atendimentos na saúde bucal</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>07.1 Ampliar a cobertura da 1ª consulta odontológica programática, através de ações de educação em saúde, ampliação do nº de ESB, busca ativa pelas ACS.</li> <li>07.2 Ampliar o número de tratamentos odontológicos concluídos, flexibilização de agendas, encaminhamentos a UBSAT, busca ativa.</li> <li>07.3 Ampliar as instalações de próteses dentária.</li> <li>07.4 Ampliar o serviço de implante dentário de arcada inferior - prótese supraimplantada.</li> <li>07.5 Implantar e manter o serviço de implantes para arcada superior - prótese supraimplantada.</li> <li>07.6 Diminuir o número de exodontias, aumentando as atividades de educação em saúde bucal e tratamentos preventivos.</li> <li>07.7 Implantar e manter o Serviço de Atendimento Odontológico em urgências e emergências, inicialmente noturno e escala para finais de semana.</li> <li>07.8 Identificar a cobertura de atendimento aos migrantes através da busca ativa realizada pelas ACS e manter o atendimento odontológico.</li> <li>07.9 Criação de relatório próprio no SGS</li> <li>07.10 Promover 01 capacitação para toda a equipe odontológica sobre odonto geriatria.</li> <li>07.11 Aumentar o número de encaminhamentos para a clínica do bebe</li> <li>07.12 Implementação do serviço dos Técnicos de Saúde Bucal por meio de tratamento preventivo e ações de educação em saúde.</li> <li>07.13 Aumentar o número de encaminhamentos das gestantes para o serviço de odontologia pelas equipes de ESF</li> <li>07.15 Identificar a cobertura de atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, através de ferramenta específica no Sistema Gestor, e manter o atendimento tanto na AB quanto na atenção especializada.</li> <li>07.16 Garantir a integralidade da assistência odontológica aos usuários de acordo com suas necessidades dentro da Rede de Atenção à Saúde.</li> <li>07.17 Manter a capacitação técnica e científica dos profissionais através da Semana de Saúde Bucal.</li> <li>07.18 Intensificar a capacitação e atualização dos profissionais em relação ao protocolo de atendimento em saúde bucal e uso do SGS.</li> <li>07.19 Intensificar orientações para o uso do bochecho fluoretado pelos CMEIs e escolas municipais.</li> <li>07.20 Intensificar abordagem, captação para atendimento de usuários hipertensos e diabéticos, ampliando a participação dos profissionais nos grupos específicos e ações coletivas intra e extra</li> <li>07.21 Incentivar a participação educativa dos profissionais de odontologia nos grupos de Tabagismo.</li> </ul>	
08	<b>Taxa de incidência de alteração de mucosa oral</b>	<b>0,13%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>08.1 Implementar o serviço de avaliação de alterações da mucosa oral nas UBS.</li> <li>08.2 Intensificar as ações de educação em saúde sobre as alterações da mucosa oral e sobre o autoexame.</li> </ul>	
09	<b>Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>	<b>29,69%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>09.1 Ampliar as ações coletivas de escovação dental supervisionada nas UBS, intensificando o trabalho das Equipes odontológicas junto às escolas, CMEIs, comunidades terapêuticas e outros, monitorando informação destes dados no SGS.</li> </ul>	
10	<b>Implementação do Sistema Informatizado-SI</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>10.1 Implantar SI-WEB e dar suporte nas Unidades de Prontos Atendimentos.</li> <li>10.2 Implantar SI-WEB e dar suporte no Hospital Municipal.</li> <li>10.3 Finalizar implantação totalmente o ACS MOBILE.</li> <li>10.4 Manter e aumentar as capacitações aos usuários do SI.</li> <li>10.5 Manter e aumentar o Suporte via telefone e in loco aos usuários do SI.</li> <li>10.6 Implementar dos módulos Transportes, Consultas especializadas e Imagens.</li> <li>10.7 Manutenção de visitas e cessão do SGS, a outros Municípios.</li> <li>10.8 Realizar visitas periódicas a outros Municípios que tenham sistemas de informação próprios em busca de inovações</li> <li>10.9 Desenvolver métodos de avaliações do uso da ferramenta SI</li> <li>10.10 Avaliar as necessidades de novas implementações no SI</li> <li>10.11 Manter e atualizar as exportações de dados ao e-SUS e SIPNI.</li> <li>10.12 Manutenção e atualização do Portal Saúde Maringá</li> <li>10.13 Integrar o SGS Fiscalização Sanitária ao sistema utilizado pela Fiscalização Geral e Sistemas de emissão de Alvarás on-line.</li> <li>10.14 Integrar as ações de Controle da Dengue ao SGS por meio de aplicativo</li> </ul>	
11	<b>Implantar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>11.1 Identificação e acompanhamento dos usuários que apresentam algum tipo de deficiência pelas UBS através do SGS.</li> <li>11.2 Implantar VD técnicas às pessoas com deficientes na UBS para orientações, adaptações e acompanhamentos ao cuidado.</li> <li>11.3 Implantar Oficinas de orientações para os familiares e cuidadores de Pessoas com Deficiências sobre os pontos de atenção das RAS.</li> <li>11.4 Formar comissão de estudo para dimensionar e identificar os vazios assistenciais dos pontos de atenção à pessoa com deficiência.</li> <li>11.5 Implantar nas UBS instrumentos de detecção de deficiências através da utilização da CIF adotada como modelo da OMS.</li> <li>11.6 Implementar os serviços na AB com elaboração de fluxos, protocolos e ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência.</li> <li>11.7 Realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde.</li> <li>11.8 Desenvolvimento de ações básicas de promoção e prevenção em saúde, fortalecendo ações intersetoriais, ações coletivas de educação sobre os diferentes tipos de deficiência para integralidade da assistência.</li> </ul>	

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

12	<b>Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente</b>	<b>1,1</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>12.1 Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais no HMM.</li> <li>12.2 Ampliar e manter ambulatórios de especialidades.</li> <li>12.3 Proporcionar oferta de serviços para procedimentos ambulatoriais especializados no HMM</li> <li>12.4 Avaliar a demanda de diagnóstico por Imagem</li> <li>12.5 Avaliar a demanda e qualificar a fila de consultas especializadas existentes na UBS e serviços contratualizados</li> <li>12.6 Otimizar a oferta de consultas especializadas através de parceria com as Universidades</li> <li>12.7 Facilitar e ampliar o acesso aos locais de atendimento das consultas especializadas em saúde, através de licitações para credenciamento de novos serviços, estabelecendo a regionalização dos fluxos para atendimentos:</li> <li>12.8 Desenvolver ações que venham diminuir o índice de absenteísmo das consultas e exames especializados.</li> <li>12.9 Monitoramento diário de consultas, exames e procedimentos liberados e atendidos na especialidade.</li> <li>12.10 Estabelecer rotina de confirmação de necessidade das consultas, exames e procedimentos antes da liberação.</li> <li>12.11 Manter o fluxo de entrega das consultas e exames, no domicílio pelo ACS de acordo com as fragilidades dos usuários e famílias.</li> <li>12.12 Otimizar a utilização do transporte sanitário</li> <li>12.13 Registro em prontuário das faltas às consultas, exames e procedimentos especializados.</li> <li>12.14 Facilitar e ampliar o acesso aos locais de realização dos exames especializados em saúde, através de licitações para credenciamento de novos serviços, estabelecendo a regionalização dos fluxos de atendimentos.</li> <li>12.15 Desenvolver ações que venham diminuir o índice de absenteísmo dos exames especializados, em 100% das UBS e SMS.</li> <li>12.16 Ampliar o número de serviço que realizam atendimento de reabilitação física na área de fisioterapia nas UBS.</li> </ul>	
13	<b>Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente</b>	<b>3,11</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>13.1 Ampliar o número de internações clínicas e cirúrgicas no HMM</li> <li>13.2 Ampliação do quadro de profissionais e especialidades médicas cirúrgicas no HMM</li> <li>13.3 Avaliar a demanda e qualificar a fila de cirurgias eletivas de média complexidade e serviços contratualizados</li> <li>13.4 Otimizar a oferta de cirurgias eletivas, tendo como foco a demanda por especialidade, para atendimento da demanda existente.</li> <li>13.5 Facilitar e ampliar o acesso aos locais de atendimento das consultas de média complexidade, com fluxos adequados na contratualização, territorialização e regionalização, através de licitações e também do credenciamento de novos serviços.</li> <li>13.6 Desenvolver ações que venham diminuir o índice de absenteísmo das consultas de média complexidade.</li> <li>13.7 Checagem diária de consultas entregue e as não retiradas na SMS</li> <li>13.8 Estabelecer rotina de confirmação de necessidade das consultas antes da solicitação</li> <li>13.10 Otimizar a utilização do transporte sanitário de acordo com o protocolo.</li> <li>13.11 Registro em prontuário das faltas às consultas especializadas</li> <li>13.12 Aumentar gradativamente o número de internações clínicas e cirúrgicas no HMM</li> <li>13.13 Ampliar e registrar o maior número de leitos no HMM, atualmente 120 leitos.</li> </ul>	
14	<b>Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente</b>	<b>4,6</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>14.1 Avaliar a demanda e qualificar a fila de consultas eletivas de alta complexidade existentes na Secretaria de Saúde</li> <li>14.2 Otimizar a oferta de consultas eletivas de alta complexidade, por especialidade para atendimento da demanda.</li> <li>14.3 Facilitar e ampliar o credenciamento de prestadores para realização de cirurgias eletivas de alta complexidade.</li> </ul>	
15	<b>Razão de internações clínico cirúrgico de alta complexidade e população residente</b>	<b>6,18/1000</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>15.1 Avaliar a demanda e qualificar a fila de cirurgias eletivas de alta complexidade existentes na SMS.</li> <li>15.2 Otimizar a oferta de cirurgias eletivas de alta complexidade, por especialidade para atendimento da demanda.</li> <li>15.3 Facilitar e ampliar o credenciamento de prestadores para realização de cirurgias eletivas de alta complexidade.</li> </ul>	
16	<b>Proporção de serviços ambulatoriais e hospitalares com contrato de metas firmado</b>	<b>100%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>16.1. Reestruturar as Comissões de Avaliação dos Documentos Descritivos dos Serviços Hospitalares contratualizados</li> <li>16.2. Manter através de contratualização os serviços necessários para integralidade da assistência.</li> <li>16.3. Instituir as Comissões de Avaliação dos Documentos Descritivos dos Serviços Ambulatoriais contratualizados.</li> <li>16.4. Manter as reuniões de Comissões de Avaliação dos Documentos Descritivos dos Serviços Ambulatoriais contratualizados.</li> <li>16.5. Avaliar os serviços próprios ambulatoriais e hospitalares periodicamente.</li> </ul>	

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

<b>OBJETIVO - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</b>		
	<b>Ações 2018-2021</b>	
17	<b>Número de Unidades de Saúde com Serviço de Notificação de Violência Doméstica Sexual e outras Violências Implantadas</b>	<b>41</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>17.1 Realizar por meio de material informativo e/ou contato direto com os usuários orientações sobre violência e fluxo de atendimento.</li> <li>17.2 Identificar situações de risco e encaminhamentos necessários dentro da Rede de Violências durante as VD das equipes da AB.</li> </ul>	
18	<b>Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>18.1. Monitoramento dos dados na rede hospitalar mensal ou bimestralmente</li> <li>18.2. Formulação e aprimoramento de banco de dados para acesso fácil e confiável dessas informações</li> <li>18.3. Ação conjunta com SAMU, Vigilância Epidemiológica e Auditoria para identificar causas e perfis das ocorrências.</li> </ul>	
19	<b>Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>19.1. Monitoramento dos dados das UPAS e Rede Hospitalar periodicamente.</li> </ul>	
20	<b>Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>20.1. Monitoramento dos dados na rede hospitalar periodicamente.</li> </ul>	

21	<b>Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</b>	<b>100% do Município de Maringá</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>21.1 Ampliação da Central de Regulação Médica de Urgências, criação da COU ou CEUOP.</li> <li>21.2 Construção da Base descentralizada SAMU-192 na Zona Norte, garantindo melhor tempo resposta, condições adequadas de trabalho, e redução de complicações e mortalidade.</li> <li>21.3 Estudo de implantação da 5ª equipe de USBs na região noroeste, para atender a demanda e os distritos de Iguatemi e Floriano.</li> <li>21.4 Estudo e implantação do componente “motolância”.</li> <li>21.5 Instituir o RCP Day no calendário oficial do município.</li> <li>21.6 Realizar palestras e atividades educativas para a sociedade em RCP e utilização para otimização do serviço de urgências 192.</li> <li>21.7 Realizar e orientar treinamentos de primeiros socorros nos setores de segurança do trabalho para que sejam disseminadores.</li> <li>21.8 Implantação do Projeto SAMUZINHO através de palestras e atividades educativas para crianças de 6 a 11 anos nas instituições de ensino.</li> <li>21.9 Manter Convênio VIR SAMU-192/BOMBEIROS-193.</li> <li>21.10 Atuação no USA em Maringá e região, nos atendimentos com risco eminente de morte, de natureza clínica ou traumática.</li> <li>21.11. Manter a Habilitação e iniciar a Qualificação das unidades que estruturam o SAMU-192.</li> <li>21.12 Participação e coordenação no Comitê Gestor da RUE da 15ª Regional de Saúde em parceria com a SESA, que incluem pactuações da RUE e estabelecimento das diretrizes para as portas de entrada dos principais riscos de morte: AVC, IAM, Politraumas incluindo TCE, será iniciando em Maringá a Rede de AVC.</li> <li>21.13 Atualização do protocolo de regulação das urgências SAMU-192 REGIONAL NORTE NOVO para posterior aprovação do poder legislativo das 30 municípios que compõem a AMUSEP.</li> <li>21.14 Criação e implantação do NEP, SAMU-192, para a formação e qualificação dos profissionais de saúde, população e comunidade acadêmica.</li> <li>21.15 Repactuação e elaboração dos convênios com as Universidades com aprimoramento dos programas de estágios dentro do SAMU-192.</li> </ul>	
22	<b>Proporção de atendimentos realizados nas UPAS – Unidades de Pronto Atendimento: relacionados aos agravos e condições de saúde que tenham como porta de entrada e referência à atenção básica</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>22.1. Aumentar a oferta de consultas e atendimentos aos usuários na AB, direcionando adequadamente os encaminhamentos aos serviços de urgência e emergência.</li> <li>22.2. Investir em estratégias que permitam a criação e o fortalecimento de vínculos que possibilitem o usuário compreender a importância da utilização dos serviços de saúde de forma correta;</li> <li>22.3. Monitorar através de indicadores específicos o perfil dos atendimentos realizados dentro das UPAs.</li> <li>22.4. Ampliação do porte da UPA Zona Norte de Porte II para Porte III.</li> </ul>	

**Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.**

<b>OBJETIVO - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.</b>		
23	<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária</b>	<b>0,65</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>23.1 Promover ações educativas e programáticas de prevenção de câncer de colo de útero</li> <li>23.2 Realizar monitoramento e intensificação da coleta de exames citopatológicos buscando atingir meta da equipe</li> <li>23.3 Oferecer horários alternativos para coleta de preventivo</li> <li>23.4 Ampliar o acesso para coleta em livre demanda nas UBS</li> </ul>	
24	<b>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária</b>	<b>0,40</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>24.1 Promover ações de educativas e programáticas de prevenção de câncer de mama</li> <li>24.2 Monitorar e intensificação da realização de mamografia na população feminina.</li> <li>24.3 Ações itinerantes de promoção e ampliação do acesso para mulheres na faixa etária preconizada para mamografia.</li> </ul>	

<b>OBJETIVO – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</b>		
25	<b>Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar</b>	<b>24,60%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>25.1 Manter reuniões mensais do Comitê de Estímulo ao Parto Normal Municipal para intensificar ações de promoção, prevenção à saúde.</li> <li>25.2 Garantir a realização de grupos de gestantes nas UBS.</li> <li>25.3 Vincular as gestantes ao hospital para realização do parto conforme estratificação de risco</li> <li>25.4 Programar visita ao hospital de vinculação da gestante para o parto, juntamente com o acompanhante, até o 6º mês de gestação.</li> </ul>	
26	<b>Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal</b>	<b>85%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>26.1 Ampliar o número de gestantes acompanhadas garantindo a realização de 07 consultas de pré-natal pelas equipes da ESF.</li> <li>26.2 Aumentar a cobertura da 1ª consulta odontológica à gestante.</li> <li>26.3 Aumentar o percentual de mulheres para a realização do teste rápido de gravidez.</li> <li>26.4 Número de gestantes acompanhadas em VD.</li> <li>26.5 Realizar VD pela equipe da AB na primeira semana após o parto e nascimento.</li> </ul>	
27	<b>Número de testes de sífilis por gestante</b>	<b>03</b>
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>27.1 Aumentar a cobertura de teste rápido de sífilis para as gestantes nas UBS</li> <li>27.2 Monitoramento da realização de exame e acompanhamento do resultado.</li> <li>27.3 Identificar e tratar gestantes e parceiros portadores de sífilis</li> <li>27.4 Realizar orientações sobre a doença.</li> </ul>	
28	<b>Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência</b>	<b>&lt;03</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>28.1 Realizar o acompanhamento de pré-natal de acordo com o protocolo da RMI.</li> <li>28.2 Realizar consulta puerperal até o 7º dia após o parto.</li> <li>28.3 Implementar ações de prevenção de óbitos maternos identificando as causas através do Comitê de Investigação de Óbito Materno-Infantil.</li> <li>28.4 Promover evento anual do Comitê de Investigação de Óbito Materno-Infantil, para divulgação das ações e sensibilização para prevenção.</li> </ul>	
29	Percentual de gestante com vacina em dia	100%
	AÇÕES	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>29.1 Garantir a realização de vacinação durante todo o horário de funcionamento da UBS</li> <li>29.2 Solicitar carteira vacinal no primeiro atendimento pré-natal, para atualização da carteira vacinal.</li> <li>29.3 Promover estratégias de atualização de carteira de vacina durante todo o ano</li> </ul>	
30	Taxa de mortalidade infantil	8,30
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>30.1 Realizar visita domiciliar em crianças menores de 05 anos</li> <li>30.2 Realizar 01 seminário de aleitamento materno sob a coordenação do Comitê de Aleitamento Materno</li> <li>30.3 Realizar ações itinerantes de incentivo ao aleitamento materno nas UBS</li> <li>30.4 Realizar o acompanhamento através das Equipes da AB das crianças estratificadas pela RMI.</li> <li>30.5 Realizar consulta puerperal até o 7º dia após o parto.</li> <li>30.6 Realizar o acompanhamento de pré-natal de acordo com o protocolo da RMI.</li> </ul>	
31	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	100%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>31.1 Realizar a investigação dos óbitos fetais e infantis pelo Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil.</li> <li>31.2 Promover evento anual do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil, para divulgação das ações e sensibilização para prevenção.</li> </ul>	
32	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	100%
33	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01(um) ano de idade	< 50
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>33.1 Garantir a realização de teste rápido de sífilis para 100% das gestantes.</li> <li>33.2 Identificar por meio da realização de teste para iniciar tratamento das gestantes e parceiros portadores de sífilis.</li> <li>33.3 Realizar o teste no parceiro da gestante.</li> <li>33.4 Busca ativa e acompanhamento do parceiro da gestante.</li> </ul>	
34	Proporção de Gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	7, 48%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>34.1 Realizar atividades educativas para prevenção da gravidez na adolescência nas escolas e Semana alusiva</li> <li>34.2 Realizar o acompanhamento das adolescentes grávidas pelas equipes da Atenção Básica</li> </ul>	

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

OBJETIVO - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.		
35	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS      Atual: 0,81	1,22
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>35.1 Realizar a estratificação de risco em saúde mental na AB</li> <li>35.2 Habilitar o CAPSIII 24h para acolhimento de transtorno mental de usuários de álcool e outras drogas</li> <li>35.3 Reduzir as internações em leitos de hospital psiquiátrico de usuários residentes em Maringá atendidos na Emergência Psiquiátrica.</li> <li>35.4 Reduzir as reinternações psiquiátricas em leitos psiquiátricos.</li> <li>35.5 Manter a descentralização do ambulatório dos CAPS com consultas psiquiátricas na atenção básica em 07 referências de atendimento</li> <li>35.6 Realizar o matriciamento em saúde mental pelos CAPS na atenção básica.</li> <li>35.7 Ampliar em 15% o número de atendimento dos familiares e usuários de álcool e outras drogas no CAPS ad, CAPS II, CAPS III e CAPSi.</li> <li>35.8 Garantir a realização de grupos programáticos em saúde mental na Atenção Básica visando a promoção de saúde e prevenção de agravos.</li> <li>35.9 Capacitação dos profissionais da Atenção Básica e CAPS, sobre Prevenção e Pósvenção ao suicídio.</li> <li>35.10 Capacitação dos profissionais da AB e CAPS, para atendimento em Saúde Mental sobre transtornos mentais e dependências químicas.</li> <li>35.11 Realizar contra referência do serviço de Emergência Psiquiátrica e CAPS, para Atenção Básica.</li> </ul>	

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

OBJETIVO - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.		
36	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (dças do ap circulatório, câncer, diabetes e dças respiratórias crônicas)	Reduzir 2% ao ano
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>36.1 Atualizar o cadastro e acompanhar usuários diabéticos através das equipes de AB</li> <li>36.2 Atualizar o cadastro e acompanhar usuários hipertensos através das equipes de AB</li> <li>36.3 Implantar em conjunto com a 15ª Regional de Saúde a Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas</li> </ul>	
37	Implantar a linha guia da Saúde do Idoso	
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>37.1 Sensibilizar 100% das UBS quanto à prevenção de quedas em idosos</li> <li>37.2 Realizar estratificação de risco para a fragilidade dos idosos</li> </ul>	

**Implementação do subsistema de atenção a saúde indígena e do migrante, articulados com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.**

Objetivo 6.1 - Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
---



38	Prevenir riscos e agravos que possam acometer a população migrante	
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>38.1 Realizar o cadastramento e acompanhamento da população migrante</li><li>38.2 Executar o Plano Municipal para o Migrante</li><li>38.3 Identificar as UBS que atendem a maior demanda de migrantes para elaboração de Planos de Saúde locais que atendam os indivíduos nas suas singularidades</li><li>38.4 Capacitar as equipes de saúde para atendimento à população migrante</li><li>38.5 Orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo suas peculiaridades e perfil epidemiológico, desenvolvendo práticas de saúde em consonância às medicinas tradicionais indígenas.</li></ul>	

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

OBJETIVO – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.		
39	Elaborar e executar o plano de ação de Vigilância em Saúde	
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>39.1 Elaborar e executar o plano de ação da Vigilância Sanitária, Ambiental e Zoonoses.</li><li>39.2 Elaborar e executar a Programação anual para Controle da Dengue.</li><li>39.3 Elaborar e executar Programação anual da AIDS e Hepatites virais</li></ul>	
40	Manter o ambulatório de referência para tratamento especializado hepatites virais	
41	Manter o ambulatório de referência para tratamento especializado de tuberculose	
42	Manter o ambulatório de referência para tratamento especializado de hanseníase e leishmaniose	
43	Proporção de ações de Vigilância Epidemiológica vinculada ao Plano de Vigilância em Saúde	
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>43.1 Desenvolver ações de vigilância epidemiológica em UPA.</li><li>43.2 Realizar coleta de amostra biológica para todo caso suspeito de meningite e/ou meningocócica.</li><li>43.3 Manter informação semanal de doenças diarreicas agudas no SIVEP - DDA, nos serviços de saúde sentinelas (UPA).</li><li>43.4 Realizar coleta de amostra biológica para casos suspeitos de doença exantematica conforme protocolo específico.</li><li>43.5 Intensificar a realização de testes rápidos ou convencionais por diagnostico de HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais.</li><li>43.6 Realizar diagnóstico de portadores de hepatites virais, tipo B e C na população geral.</li></ul>	
44	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>44.1 Investigar os óbitos com causa básica mal definida.</li><li>44.2 Realizar avaliação periódica do preenchimento das declarações de óbitos.</li></ul>	
45	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial	>75%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>45.1 Realizar a investigação de contato de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</li><li>45.2 Executar TDO nos casos bacilíferos pela AB.</li></ul>	
46	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	>95%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>46.1 Promover capacitação para testagem rápida.</li><li>46.2 Oferecer acesso nas UBS por livre demanda para realização dos testes rápidos.</li><li>46.3 Garantir a realização do exame até o término do tratamento.</li></ul>	
47	Identificar e examinar sintomáticos respiratórios objetivando detecção precoce de casos novos de tuberculose	0,7% da população alvo
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>47.1 Solicitar baciloscopia, cultura para BAAR e testes de sensibilidade na primeira amostra dos casos identificados de tuberculose.</li><li>47.2 Investigar 1% da população de abrangência, através de VD e atendimento de livre demanda nas UBS.</li></ul>	
48	Diminuir a taxa de abandono de tratamento de tuberculose	<5%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>48.1 Vinculação do paciente à equipe da ESF para acompanhamento e adesão ao tratamento</li><li>48.2 Realizar TDO</li><li>48.3 Busca ativa periódica pela AB.</li><li>48.4 Monitoramento e acompanhamentos dos casos pela AB.</li></ul>	
49	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	>90%
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>49.1 Garantir retorno na alta do tratamento</li><li>49.2 Enviar o formulário de alta à Vigilância Epidemiológica após parecer médico.</li><li>49.3 Vinculação mensal do usuário através de VD da AB.</li></ul>	
50	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	>90%
	<ul style="list-style-type: none"><li>50.1. Realizar acompanhamento anual dos casos, por um período de 5 anos com registro em SGS de acordo com protocolo estabelecido.</li></ul>	
51	Número absoluto de óbitos por dengue	0
	Ações 2018-2021	
	<ul style="list-style-type: none"><li>51.1 Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue a partir da detecção precoce de casos</li></ul>	
52	Proporção de casos de DNCI encerrada em até 60 dias após a notificação	>80%
	Ações 2018-2021	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>52.1 Investigar e monitorar todos os casos de doenças e agravos de interesse em saúde pública notificados pelos NHE</li> <li>52.2 Notificar ao CIEVS Paraná, surtos ou óbitos de doenças emergentes, reemergentes e agravos inusitados.</li> <li>52.3 Monitorar o preenchimento adequado das fichas epidemiológicas.</li> <li>52.4 Envio das fichas de epidemiologia em tempo oportuno.</li> <li>52.5 Coleta de exame adequada em tempo oportuno.</li> <li>52.6 Anotações de todos os procedimentos no SGS.</li> </ul>	
53	<b>Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 celmm²</b>	<b>&lt;20%</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>53.1 Ampliar a testagem rápida de exames de HIV na AB.</li> </ul>	
54	<b>Números de testes sorológicos anti-HCV realizados</b>	<b>Aumentar em 10%</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>54.2 Intensificar a realização de teste sorológico complementar para a finalização do diagnóstico na AB.</li> </ul>	
55	<b>Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral</b>	<b>Manter em zero</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>55.1 Realizar a vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) a partir da detecção precoce dos casos novos</li> </ul>	
56	<b>Taxa de mortalidade por causas externas: acidentes de trânsito, homicídios e outros.</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>56.1 Adesão ao projeto Vida no Trânsito e formação de Comitê Intersetorial.</li> <li>56.2 Ações preventivas e de análise de dados integradas ao Comitê de violência e a rede de violência em saúde.</li> <li>56.3. Sensibilizar a Rede de Saúde sobre a notificação de violências através dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e profissionais da saúde.</li> </ul>	
57	<b>Notificar todos os casos de síndrome gripal (SG) atendidos nas Unidades de Saúde sentinelas e cadastradas no sistema do SIVEP gripe</b>	<b>100%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>57.1 Coletar amostra de SWAB de oro e nasofaringe combinado dos casos suspeitos de SRAG conforme protocolo estabelecido.</li> <li>57.2 Coletar amostras de oro e nasofaringe por semana epidemiológica dos casos de síndrome gripal atendidos nas unidades sentinelas</li> </ul>	
58	<b>Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças &lt; 2 anos – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 – valente (2ªdose), Poliomielite ( 3ª dose) e Tríplice Viral (1ªdose) – com cobertura vacinal preconizada</b>	<b>100%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>58.1. Monitoramento mensal do cumprimento do esquema vacinal, através da equipe de AB.</li> <li>58.2. Busca ativa dos faltosos.</li> </ul>	
59	<b>Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas</b>	<b>90%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>59.1 Realizar vacinação para Hepatite B nas primeiras 12 horas de nascimento nos hospitais e maternidades.</li> <li>59.2 Garantir o fornecimento de vacinas às maternidades e hospitais.</li> </ul>	
60	<b>Cobertura Vacinal para todos os grupos etários contemplados no calendário de vacinação nacional e de campanhas</b>	<b>De acordo com as metas preconizadas</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>60.1 Monitorar as salas de vacinas dos serviços de saúde quanto às boas práticas de vacinação</li> </ul>	
61	<b>Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos</b>	<b>0</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>61.1 Manter em zero o número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos de idade</li> <li>61.2. Garantir coleta de exame HIV na gestação.</li> <li>61.3 Garantir tratamento e acompanhamento da gestante pela AB e ambulatório de referência.</li> </ul>	
62	<b>Proporção de ações de Vigilância de Zoonoses vinculadas ao Plano de Vigilância em Saúde</b>	<b>Conforme ações abaixo</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>62.1 Realizar investigação entomológica das Unidades domiciliares notificadas quanto a presença de triatomíneos</li> <li>62.2 Realizar o monitoramento do vírus rábico em cães</li> <li>62.3 Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos e outras espécies de mamíferos</li> <li>62.4 Realizar investigação em conjunto com vigilância epidemiológica de zoonoses e acidentes com animais peçonhentos</li> <li>62.5 Notificação do acidente e envio da ficha para vigilância epidemiológica</li> <li>62.6 Fornecer dados ao setor de zoonoses em tempo oportuno</li> <li>62.7 Buscar informações se necessário no ambulatório do CCI - HU</li> <li>62.8 Realizar o monitoramento de animais peçonhentos de importância médica</li> </ul>	
63	<b>Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue</b>	<b>04 ciclos/ ano</b>
64	<b>Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue</b>	<b>80%</b>
65	<b>Manter coleta de colinesterase plasmática em trabalhadores expostos a inseticidas no Combate a Dengue</b>	<b>100%</b>
66	<b>Proporção de ações de Vigilância Sanitária vinculadas ao Plano de Vigilância em Saúde</b>	<b>Conforme ações abaixo</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>66.1 Realizar inspeção sanitária nos estabelecimentos dos grupos 1, 2 e 3 do VIGIASUS</li> <li>66.2 Realizar o registro dos procedimentos de vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, conforme legislação vigente.</li> <li>66.3 Atender e acolher as denúncias, reclamações e demandas relacionadas ao risco em Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.</li> <li>66.4 Realizar ações de informação, educação e comunicação em Vigilância Sanitária.</li> <li>66.5 Realizar coleta e envio de amostras para monitoramento da qualidade de produtos e serviços de interesse à saúde</li> <li>66.6 Monitorar, notificar e realizar investigação de queixas técnicas (desvios de qualidade) de produtos de interesse à saúde, registradas no NOTIVISA.</li> <li>66.7 Monitorar, notificar e realizar investigação de eventos adversos de produtos de interesse à saúde, sangue e hemocomponentes, registrados no NOTIVISA e/ou no SHTWEB da SESA/PR, ou oriundos de denúncias, demandas de órgãos externos, alertas sanitários e da imprensa.</li> <li>66.8 Realizar investigação, em conjunto com a vigilância epidemiológica, de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde.</li> <li>66.9 Envio de amostras ao LACEN/PR atendendo aos requisitos de aceitação de amostra</li> </ul>	
67	Percentual de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.	100%
68	Proporção de inspeções do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados.	Aumentar em 20% ano
69	Percentual de UBS que realizam ações coletivas, de promoção de saúde e prevenção de agravos referente aos eixos temáticos da Política Nacional de Promoção da Saúde.	100% das UBS
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>69.1 Realização grupos de cessação de fumantes na AB.</li> <li>69.2 Realização de grupo de atividade física na AB.</li> <li>69.3 Designar profissionais das UBS para participar das reuniões mensais da Rede de Violência em seu território.</li> <li>69.4 Realizar ações descritas no PSE, pelas UBS, nos CMEIs e escolas pactuadas pelo município.</li> <li>69.5 Realizar ações coletivas com o tema alimentação e nutrição na AB.</li> <li>69.6 Realizar ações de prevenção do uso de álcool e outras drogas na AB.</li> <li>69.7 Realizar atividades de orientação para prevenção de dores crônicas na AB.</li> <li>69.8 Implantar grupos de redução da dor crônica na AB.</li> <li>69.9 Manter atendimento de 100% dos grupos de habilidades manuais coordenados pelas Equipes de AB.</li> </ul>	
70	Número de UBS com oferta de práticas Integrativas	Ampliar 01 serviço
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>70.1 Ampliar a oferta de 01 serviço que ofereça atendimento de práticas integrativas</li> </ul>	

<b>OBJETIVO - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.</b>		
71	Proporção de ações de Vigilância Ambiental vinculadas ao Plano de Vigilância em Saúde	
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>71.1 Analisar e aprovar projetos arquitetônicos em estabelecimentos sob vigilância sanitária</li> </ul>	
72	Elaborar e/ou atualizar do ano anterior o diagnóstico de situação da Saúde do Trabalhador do município	01/ ano
73	Proporção de preenchimento do campo “ocupação”, dados da empresa e descrição do acidente nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100%
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.1 Preencher ficha de acidente de trabalho.</li> <li>73.2 Avaliar nos atendimento aos usuários o risco ocupacional e correlacionar com agravos de saúde pré-existent e sintomas presentes, desencadeando ações de promoção, prevenção e tratamento conforme necessidade.</li> </ul>	
74	Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais, crianças e adolescentes.	100%
75	Número de Notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes nas Portarias GM/MS Nº204/16 e 205/16	01 agravo/ano
	<ul style="list-style-type: none"> <li>75.1 Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais e de crianças e adolescentes.</li> <li>75.2 Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente</li> </ul>	
76	Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em todos os ramos prioritários de acordo com o perfil produtivo e processos de trabalho existentes no território	100%
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>76.1 Desenvolver ações de saúde do trabalhador no ramo da construção civil, trabalho rural, frigoríficos/abatedouros e demais ramos de atividade</li> </ul>	
77	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, clo-ro residual livre e turbidez.	100%
	<b>Ações 2018-2021</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>77.1 Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Sistema de distribuição e poços artesianos - VIGIAGUA.</li> </ul>	
78	Cadastramento de áreas suspeitas com solo contaminado e alimentação das informações no SISOLO	De acordo com a demanda
79	Elaborar Plano de Contingência em Saúde para atendimento a situação de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos em conjunto com os órgãos competentes	01

<b>Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</b>		
<b>OBJETIVO – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios.</b>		
80	Ampliação da rede de assistência farmacêutica	
	<b>Ações 2018-2021</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>80.1. Ampliar o acesso a medicamentos psicoativos nas UBS que possuem o profissional farmacêutico.</li> <li>80.2. Elaboração, implantação e revisão do protocolo da Assistência Farmacêutica.</li> <li>80.3. Adequar o quadro de auxiliares de Farmácia.</li> <li>80.4. Adequar o quadro de servidores farmacêuticos.</li> <li>80.5. Implantação do consultório farmacêutico nas UBS.</li> <li>80.6. Realizar a revisão e divulgação REMUME.</li> <li>80.7. Reativar a Comissão de Farmácia e Terapêutica.</li> <li>80.8. Implantação do Programa Farmácia Móvel.</li> <li>80.9. Implementar indicadores para o controle e monitoramento da gestão da Assistência Farmacêutica.</li> <li>80.10. Produção interna de extratos vegetais para complementar protocolo de fitoterapia do município.</li> <li>80.11. Implantar protocolo de medicamentos manipulados para tratamento da psoríase.</li> <li>80.12. Realizar a produção de extratos vegetais.</li> <li>80.13. Realizar controle de qualidade dos produtos manipulados.</li> <li>80.14. Realizar estudo de viabilidade de ampliação dos medicamentos manipulados, inclusive fitoterápicos.</li> </ul>
--	---

**Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.**

OBJETIVO - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.		
81	<b>Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>81.1 Capacitar os profissionais da AB conforme protocolo da RMI.</li> <li>81.2 Realizar atualização para os profissionais da AB para utilização dos SI do MS.</li> <li>81.3 Realizar capacitação para os profissionais da AB sobre teste rápido de sífilis.</li> <li>81.4 Capacitar os profissionais da AB para a atuação de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.</li> <li>81.5 Promover Educação Permanente para os profissionais da AB voltada para a prevenção de DNCT.</li> <li>81.6 Capacitar os profissionais da saúde que realizam assistência farmacêutica.</li> <li>81.7 Educação Permanente para os Conselheiros Municipais e Locais de Saúde.</li> <li>81.8 Capacitar os servidores em Vigilância em Saúde.</li> <li>81.9 Capacitar os profissionais de saúde para utilização da CIF.</li> <li>81.10 Realizar 01 capacitação anual para as equipes da AB sobre a Saúde da População Negra, de acordo com a Política Nacional vigente.</li> <li>81.11 Promover capacitação para serviços hospitalares e profissionais da saúde.</li> <li>81.12 Capacitação em testagem rápida para profissionais da AB</li> <li>81.13 Sensibilização para equipe da AB referente a Política Municipal de Saúde do trabalhador</li> </ul>	
82	<b>Promover a divulgação de atualização de conteúdo técnico-científico e disponibilização, através do espaço virtual - Plataforma BMJ/Segunda Opinião, na área da saúde.</b>	<b>100% das UBS</b>
83	<b>Promover a divulgação de atualização de conteúdo técnico-científico e disponibilização, através do espaço virtual – AVASUS/ UNA- SUS, na área da saúde.</b>	<b>100% das UBS</b>
84	<b>Promover interação Ensino-Serviço-Comunidade</b>	
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	84.1 Manter Grupo de Trabalho do COAPES 84.2 Garantir a Pactuação do COAPES	

OBJETIVO - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.		
85	<b>Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.</b>	<b>90%</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	85.1 Manter atualizado o banco de dados do CNES. 85.2 Realizar concursos públicos para garantia de profissionais com vínculos protegidos.	

OBJETIVO - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.		
86	<b>Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e ou mantidos em funcionamento.</b>	<b>01</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	
	86.1 Garantir treinamento DIEESE /MS aos profissionais que atuarão na Mesa de Negociação.	

**Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.**

OBJETIVO - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.		
87	<b>Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.</b>	<b>01</b>
88	<b>Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS.</b>	<b>100%</b>
89	<b>Percentual de Conselhos de Saúde em UBS e Hospitais.</b>	<b>100% das UBS</b> <b>100% dos Hospitais</b>
	<b>Ações 2018-2021</b>	



	89.1 Realizar 01 Plenária para eleição dos delegados para a Conferência Estadual de Saúde. 89.2 Manter atualização do cadastro de Conselhos de Saúde capacitados no SIACS. 89.3 Realizar oficina de planejamento para as ações do Conselho Municipal de Saúde. 89.4 Estabelecer uma pauta para realização de capacitações nas reuniões ordinárias do CMS. 89.5 Reavaliar e alterar a lei de composição do CMS para inclusão de novas entidades e recomposição de subsegmentos - resolução nº 453 do CNS. 89.6 Garantir o acompanhamento e apoio dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde. 89.7 Garantir financiamento próprio para ações de educação permanente do controle social, com divulgação por diversos meios de comunicação. 89.8 Padronizar o número de vagas de entidades nos CLS. 89.9 Aprovar a participação e representação de alunos no Controle Social, quando organizados em Diretórios ou Centros Acadêmicos de Instituições de Ensino Superior na área da saúde, segmento dos usuários, respeitando a paridade. 89.10 Divulgar, qualificar e fortalecer os CLS das UBS garantindo a participação popular.
--	--

Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.		
OBJETIVO - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.		
90	Proporção de entes com, pelo menos, uma alimentação por ano no banco de preços em saúde.	01
	Ações 2018-2021	
	90.1 Manter banco de dados virtual dos preços e produtos da saúde adquiridos pela SMS.	



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias**. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidades–Brasil, 2012**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>>. Acesso em: 04 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília, DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Paraná.– 5. ed.**Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, DF, 2014.
- BRITO A.O. et al. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Rev Bras Med Fam e Com.**, Rio de Janeiro, RJ, v 14, n. 4, p. 109-118, 2008.
- CARMO, E.H. et al. Mudança nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v 12, n. 2, p. 63-75, 2003.
- DOMINGUES R.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v 28, n 3, p 425-37, 2012.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. 2017**. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B11&tab=1>>. Acesso em: 16 mai. 2017.
- IBGE. **População residente em Maringá 2016**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.phplang=&codmun=411520&idtema=16&search=parana|maringa|synthese-das-informacoes>>. Acesso em: 05 abr. 2017.
- IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros – 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2006/default.shtm>>. Acesso em 15 mai. 2017.
- IBGE. **Censo 2010, características da população**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/tabelas\\_pdf/tab3.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab3.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2015.
- IBGE. Perfil dos municípios brasileiros, 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>>. Acesso em 12 jun. 2017.
- IPEA. V Relatório Nacional de Acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio – Relatório Nacional e Acompanhamento. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523\\_relatorioodm.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf)> - Acesso em 2 fev 2017.
- MAIA M.G. et al. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **Journal of Management & Primary Health Care**. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/195>>. Acesso em 25 jul. 2017.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, SP, v. 107, n. 1, 2016.
- MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Maringá 2014-2017**.
- MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Proteção à mulher, criança e adolescente vítimas de violência sexual e doméstica intrafamiliar – Maringá**. PR, 2013.
- MARTINELLI K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, RJ. v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.
- SÃO PAULO. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Relatório Mundial sobre Deficiência. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/9/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/9/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf)>. Acesso em 04 fev. 2017.
- SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. **Cien. Saude Colet**. 2006; v. 10, n. 1, p. 59-70, 2006.
- TOYOSHIMA, M.T.K. et al. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, SP, v. 51, n. 4, p. 209-213, 2005.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ. v. 30. p. 85-100, 2014.