

SECRETARIA DE SAÚDE DE
MARINGÁ

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010/2013



Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião ordinária de
22/06/10



PREFEITO- SILVIO MAGALHÃES BARROS II
VICE PREFEITO- CARLOS ROBERTO PUPIM
SECRETÁRIO DE SAÚDE- ANTONIO CARLOS F. NARDI

Diretora de Assistência Promoção à Saúde- Carmen Abilene S. Inocente
Diretor de Gestão em Saúde- José Orlando B. Villa
Diretora de Vigilância em Saúde- Rosângela Treichel S. Surita
Diretora do Hospital Municipal de Maringá- Rosimeire Munarin Ruiz

Equipe de elaboração:

Alessandra Puziol- Coordenadora de Saúde Mental
Ana Paula – Gerência de Promoção à Saúde
Ana Rosa Palácios- Gerente de Promoção à Saúde
Carmen Abilene Soriano Inocente- Diretora de Assistência Promoção à Saúde
Danielle B. C. Martins- Gerente de Assistência em Saúde
Dora Lígia Bombo- Gerente de Vigilância Sanitária
Eliane K. Baptista- Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação
Eliana Claudia Porcelani Bergamo- SISVAN
Evelin M. N. Braga- Coordenadora da Saúde do Adulto e Idoso
Gercino Sátiro- Gerente de Tecnologia e Informação
Jessica Pini- Coordenadora do Centro de Informação em Saúde
José Orlando B. Villa- Diretor de Gestão em Saúde
Letícia Padovez- Coordenadora de Saúde Bucal
Maria Ângela Casaroto- Gerência Financeira
Maria da Penha M. Sapata- Gerente de Auditoria, Controle e Avaliação
Maria Tereza S. R. Lopes- Assessora de Planejamento
Marisa Formaio- Coordenadora de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
Marilda Fonseca de Oliveira- Gerente de Zoonoses
Mariângela da Silva F. Vecchi- Gerente de Vigilância Ambiental
Nelly Lopes de Moraes Gil- Coordenadora do CECAPS
Patrícia Andrea Cabral S. Portolese- Assessora de Controle Social
Rita Kikuchi- Coordenadora do Aleitamento Materno
Rosângela Treichel S. Surita- Diretora de Vigilância em Saúde
Udelysσης Janete Fonzar- Gerente de Vigilância Epidemiológica
Valéria Joana Moraes da Silva- Vigilância Epidemiológica

Equipes dos NIS:

Aclimação
Alvorada I
Grevíleas
Iguatemi
Industrial
Internorte
Mandacaru
Morangueira
Ney Braga
Pinheiros
Tuiuti
Universo

Conselho Municipal de Saúde

Colaboração:

Maria José Scochi- UEM
Norico Miyagui Misuta- 15ª Regional de Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gestão 2009/2011

Presidente- Carlos Roberto Rodrigues

Titular	Suplente
Carlos Roberto Rodrigues	Jovelina Morteau Borghi
Antonio Carlos Figueiredo Nardi	Rosangela Treichel Saenz Surita
Rosimeire Munarin Ruiz	Maria da Penha Marques Sapata
Carmen Abilene Inocente	José Orlando Benedetti Villa
Graziela Denski Pereira da Silva	José Osvaldo Vieira
Edílson Almeida de Oliveira	Edson Betasi
Eliane Aparecida Tonolli	Andréia Beni Miyamoto
Maria Lucia Boarini	Paschoa Amélia Ferrareto
Solange Izabel Marega	Conceição Alves de Sá
Giovana Dárc Rodrigues Maria	Claudino Martins dos Santos
Adriana Lenita Meyer Albieiro	Wilson Rinaldi
Ney Stival	Alika Terumi Arasaki Nakashima
Luiz Boligon	Maria Aparecida Bertoni Cardoso
Paulo Jessé de Lima	Solange Munhoz Arroyo Lopes
Magda Lúcia Félix de Oliveira	Ione Takaki
Zuleide Bezerra Dalla Costa	André Gasparetto
Elizabeth Cristina de Oliveira Ferreira	Marcela Castilho Peres Pelloso
Renilde Sagradim Regolim	Fernando do Rosário Rodrigues
Maria das Dores dos Santos	Rita de Cássia Silva Goulard
Afonso Francisco Suriano	Nestor Eduardo dos Santos
João Catanio Filho	Tereza Welinski Andrade
Adriano da Silva Prado Marquioto	Marta Maria Sebim da Rocha
Maria Rita Alves Jesuino	Gilberto Real Prado
Roberto Carlos	Neide dos Santos Bezerra Santana
Adriane Eliege Siega	Vânia Coelho dos Santos
João Waldecir Scramim	Vivian Camila Borges da Costa
Renata Rosolem	José Baldez da Silva
Roque Aparecido Piccinato	Ivanete Amaro de Mattos
José Alarcão	Antonio Mazzo Sobrinho
Helena Strabelli	Maria Jorgina Baladelli de Souza
Lucia Aparecida Ceolin	Cleide Valadares
Maria Inês Cavaleiro	Jacinta Fátima F. da Silva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. ANÁLISE SITUACIONAL	6
2.1- CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	6
2.1.1- DADOS DEMOGRÁFICOS	6
2.1.2- DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	6
2.1.3- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	7
2.1.4- ATENÇÃO À SAÚDE	16
2.1.5- VIGILÂNCIA EM SAÚDE	24
2.2- PROMOÇÃO, DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	25
2.3- GESTÃO EM SAÚDE	28
2.3.1- FINANCIAMENTO	28
2.3.2- INFRA-ESTRUTURA	28
2.3.3- INFORMAÇÃO EM SAÚDE	29
2.3.4- HUMANIZASUS	29
2.3.5- PLANEJAMENTO	30
2.3.6- GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	30
2.3.7- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	30
3- PROPOSTAS	32
3.1- FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	32
OBJETIVO GERAL	32
3.1.1- OBJETIVO ESPECÍFICO 1-	32
3.1.2- OBJETIVO ESPECIFICO 2-	44
3.1.3- OBJETIVO ESPECIFICO 3-	46
3.1.4- OBJETIVO ESPECÍFICO 4-	50
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

1. INTRODUÇÃO

O presente Plano terá vigência de 2010 à 2013 está em consonância com o Plano Nacional de Saúde 2008/2011 (BRASIL, 2009) e representa os anseios da população maringaense, pois contempla as deliberações da 8ª Conferência Municipal de Saúde e demais conferências específicas, as propostas dos Planos Locais de Saúde das unidades e setores da Secretaria de Saúde, as prioridades do Pacto pela Saúde e do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Para a elaboração do perfil epidemiológico foi necessário utilizar alguns dados de 2008, considerando que nem todos os sistemas de informação completaram as suas análises em tempo hábil da elaboração deste documento.

Foi estruturado na conformidade dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS- PlanejaSUS (BRASIL, 2008), estabelecidos pela Portaria 3.332/2006, compreendendo os seguintes eixos temáticos: 1- Análise situacional; 2- Propostas, objetivos, diretrizes, metas e indicadores.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1- CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1.1- DADOS DEMOGRÁFICOS

Em 2008, embora a maior parte da população esteja na faixa etária adulto jovem, há um percentual significativo (8,96%) acima de 60 anos e menor proporção (7,39%) em menores de 05 anos, o que evidencia o envelhecimento populacional, conforme demonstrado nas pirâmides etárias de 1988 e 2008.

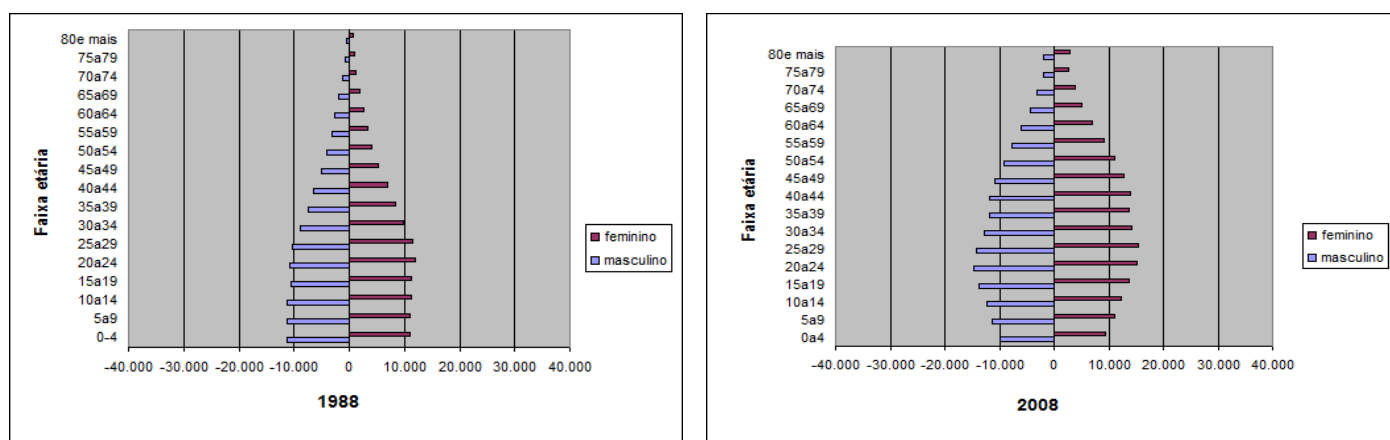


Figura 1- Pirâmides populacionais de Maringá dos anos de 1988 e 2008

2.1.2- DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

A densidade populacional do Município de Maringá é de 678 hab/km² sendo a região norte a de maior concentração. A área territorial do município corresponde a 486,433 Km² com conservação de 03 bosques de matas nativas. A taxa de analfabetismo é de 5,39% na população de 15 anos ou mais, (IBGE- Censo demográfico-2000). Segundo dados do SIAB (julho/2009), o índice de analfabetismo nesta mesma faixa etária em 2009 é de 2,28%. A esperança de vida ao nascer aumentou de 66,51 em 1991 para 72,22 anos em 2000.

Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto 71,2% têm cobertura de rede de esgoto, a cobertura de energia elétrica nos domicílios é de 99% (Maringá, 2004).

A economia predominante na região é o comércio varejista e a prestação de serviços, sendo que o município de Maringá, por situar-se numa localização de entroncamento viário, vem crescendo nos últimos anos com a instalação de indústrias e grandes empresas. Em função disto, atraindo populações de várias regiões brasileiras à procura de novas oportunidades de trabalho.

No tocante ao IDH, o município ocupa a 6ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros (0,841), com uma renda per capita média de R\$ 465,37 (PNUD 2000).

2.1.3- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Taxa de natalidade

A taxa bruta de natalidade no município de Maringá em 2008 foi de 13,56/ 1.000 habitantes. Esta taxa teve uma queda nos últimos 10 anos. Em 1998 era de 16,01/ 1.000 habitantes.

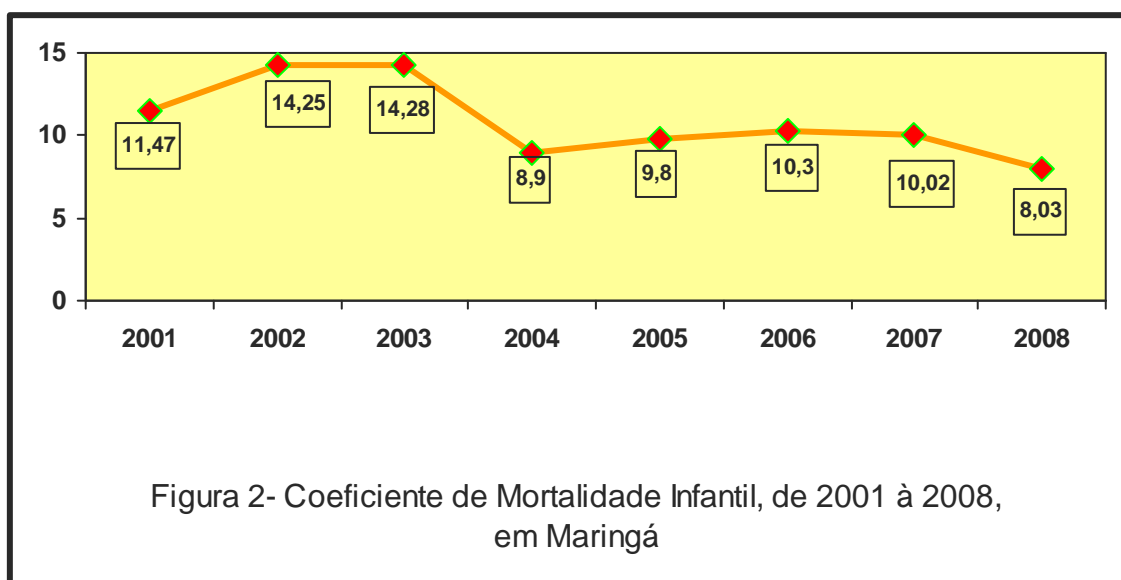
Mortalidade Infantil e Materna

Em 28 anos o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de Maringá reduziu 78,9%: de 38/1.000 nascidos vivos em 1980 para 8,03/ 1.000 nascidos vivos em 2008, fato que pode estar relacionado a maior acessibilidade da população ao serviço público de saúde do município.

O Coeficiente de Mortalidade Neonatal reduziu de 8,33/1.000 nascidos vivos em 2007 para 5,8/1.000 nascidos vivos em 2008. Esta redução pode ser resultado das pactuações e dos protocolos estabelecidos pela gestão na área materno infantil com a atenção primária de saúde.

O Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal aumentou de 1,67/1.000 nascidos vivos em 2007 para 2,2/1.000 nascidos vivos em 2008.

Em 2007 dos 41 óbitos analisados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CRPMMI) 51,2% foram considerados evitáveis enquanto que em 2008, dos 38 óbitos 71,0% eram evitáveis.



Fonte- SIM/Epidemiologia/SAÚDE

O Coeficiente de Mortalidade Materna em 2005 apresentou um coeficiente de 95,76/100.000 habitantes, com 4 óbitos por causas diretas. No ano de 2006 ocorreu apenas 1 morte de mulheres em idade fértil. Nos 2 anos seguintes não houve nenhuma morte materna. Contudo em 2009, ocorreram 4

óbitos cujo coeficiente foi para 90,1/100.000 nascidos vivos, considerado alto pela OMS.

Todas as unidades de saúde em Maringá promovem assistência pré-natal e os hospitais de referência para parto são o Hospital Universitário e a Santa Casa.

Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) mostraram que em 2009, 79,55% das gestantes realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal. Este percentual pode indicar garantia de acessibilidade ao pré-natal embora assistência satisfatória às gestantes vinculadas aos serviços públicos do município.

Apesar disso, a taxa de cesárea dos partos ocorridos no município nesse mesmo ano foi de 81,4%, 5,4 vezes maior que o recomendado pela OMS (15%).

Em uma análise histórica das taxas de cesárea de 2000 à 2009, observa-se que houve um aumento de 7,8% (de 50,35% para 78,7%) e desses partos, um aumento na proporção de prematuros em 60% (de 8,0 para 12,8%), o que indica que as cesáreas eletivas podem estar contribuindo com a retirada dos prematuros dos bebês, acarretando altos custos de internamentos em UTI e de reabilitação das seqüelas neurológicas, além do risco de morte. O setor privado é o que mais tem contribuído com este índice.

Vários estudos têm demonstrado o aumento da taxa de cesárea no mundo todo e segundo informações obtidas, um dos argumentos tem sido a falta de tempo dos profissionais médicos em monitorar o trabalho de parto.

Mortalidade geral, por causas e por sexo

Os Coeficientes de Mortalidade Geral do município não apresentaram alterações muito significativas desde 1980 (cerca de 5 por 1.000 habitantes).

A mortalidade por causas no município em 2008 demonstra um predomínio de óbitos decorrentes de **Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)**, com 480 casos de afecções do aparelho circulatório, 337 casos de neoplasias, 148 casos por causas externas e 93 doenças endócrinas e metabólicas, o que somadas correspondem a 65,68% dos óbitos ocorridos no município. Estes agravos estão diretamente relacionados aos hábitos de vida.

As **doenças do aparelho circulatório** têm sido a primeira causa de mortes na população de Maringá há vários anos, tendência verificada em todo o país. O infarto agudo do miocárdio em 2008 foi responsável por 31% das causas de morte na faixa etária de 25-59 anos no sexo masculino.

A mortalidade por doenças do **aparelho respiratório** ocupou a 3ª causa de mortes no município em 2008, com taxa de 55,82/100.000 habitantes (185 óbitos).

As **neoplasias** atualmente são a segunda causa de mortes no município. Em 1980 a taxa de mortalidade por neoplasias era de 60,8/100.000 habitantes. Em 2008 esta taxa aumentou para 101,69/100.000 habitantes.

Dentre as principais ocorrências em 2008, está o **câncer de pulmão** com taxa de mortalidade de 10,26/100.000 habitantes (34 óbitos). Dados preliminares de 2009 demonstram um aumento considerável da taxa de

mortalidade por câncer de pulmão para 15,49/100.000 habitantes (52 óbitos), sendo que 67,3% ocorreu no sexo masculino.

A Secretaria de Saúde vem desenvolvendo ações de combate ao tabagismo, implantando os Ambientes Livres de Tabaco, aplicando a legislação e desenvolvendo várias atividades nas unidades básicas, incluindo o tratamento para abandono deste hábito. Com relação aos Grupos de Combate ao Tabagismo, 21 unidades estão capacitadas para desenvolver esta atividade.

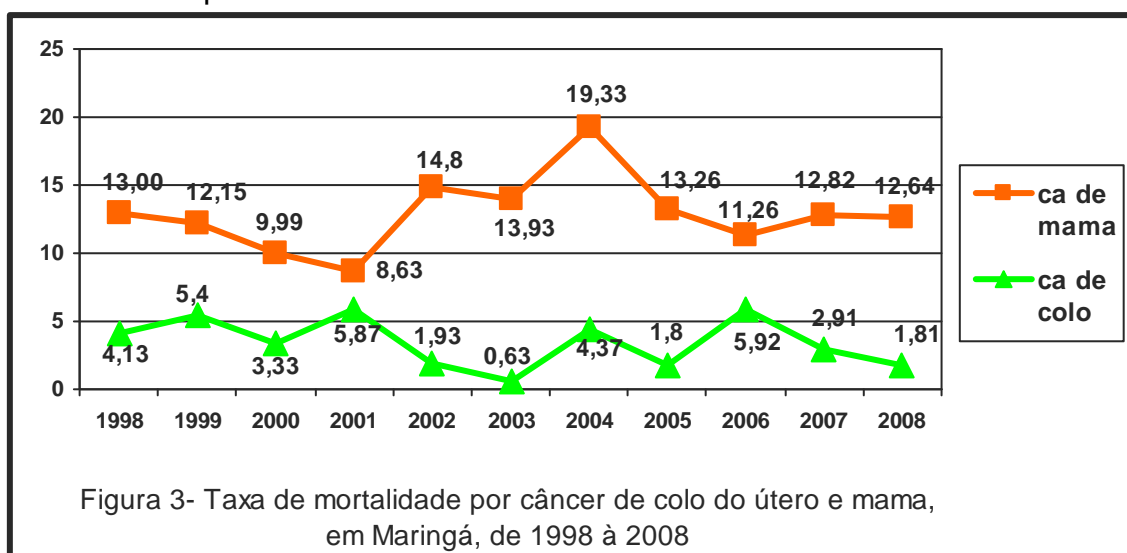
O **câncer de estômago** que era o terceiro colocado entre as mortes por neoplasias em 2008 com uma taxa de mortalidade de 7,54/100.000 habitantes (25 óbitos), passou a ser o segundo em 2009, com uma taxa de 11,02/100.000 habitantes (37 óbitos). Destes, 37 óbitos, 78,4% ocorreram na faixa etária acima de 60 anos, o que pode significar diagnóstico tardio. O câncer de estômago está relacionado aos hábitos alimentares.

O **câncer da próstata** é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado precocemente. A partir de 2005 a frequência de mortalidade por câncer de próstata tem aumentado no município, principalmente nos 2 últimos anos. No ano de 2008, a mortalidade por este tipo de neoplasia teve sua maior incidência na faixa etária acima dos 60 anos. Verifica-se que a incidência pelo câncer de próstata reduziu de 15,87/100.000 homens em 2008 para 12,56/100.000 homens em 2009.

O **câncer de mama** representou a 1ª causa de óbitos entre as neoplasias na população feminina, com taxa de mortalidade de 12,65/100.000 mulheres (22 casos) em 2008.

Com relação às mortes ocorridas por câncer de mamas entre 2000 e 2008 por faixa etária, foi possível observar que a maior proporção de casos ocorreu entre 40 e 69 anos (67,7%).

Quando analisada a série histórica das taxas de mortalidade por câncer de colo de útero e de mamas, observa-se na figura 3 há uma leve tendência de queda.



Fonte- SIM/Epidemiologia/SAÚDE

Com relação aos **exames de prevenção de câncer do colo do útero**, foi realizada uma pesquisa pelos Agentes Comunitários de Saúde com

37.950 mulheres na faixa etária de 25 à 59 anos, no período de julho à setembro de 2009. Observou-se que 5.839 (15,4%) das mulheres entrevistadas não realizaram a coleta nos últimos 3 anos, tendo como justificativa: não considerado necessário o exame por não ter sinais e sintomas (30%), falta de tempo (19%) e não considerado necessário por não ter parceiro (11%). Tendo em vista que a mortalidade por esse agravo é 100% evitável quando diagnosticado precocemente, existe a necessidade de intensificar as ações educativas a fim de esclarecer essas justificativas infundadas para a não realização desses exames.

Em 2008, segundo dados do SIA/SUS, as unidades de saúde realizaram o exame em 17% (15.261 coletas) das mulheres de 25 à 59 anos, não alcançando a meta estabelecida no SISPACTO que era de 18%. Não tem sido possível conhecer o número de mulheres nesta faixa etária que colheram o exame por convênios e particular, por meio dos laboratórios. Porém, na pesquisa citada, identificou-se que 42% das mulheres entrevistadas realizaram seu exame por convênios.

As **causas externas** em Maringá representaram a 4ª causa de óbitos em 2008, com taxa de mortalidade de 44,54/100.000 (148 óbitos), sendo 77,02% (114 óbitos) em homens e 22,98% (34 óbitos) em mulheres, ficando evidenciado que a população masculina é mais exposta ao risco de morrer por acidentes e violências.

Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, ocorridos em 2008, 41,23% foram por acidentes de transporte, 29,82% foram por homicídios, 8,78% por suicídios, e 20,17% por outras causas. Dados de 2009 demonstram um aumento significativo de óbitos por suicídios no sexo masculino: de 10 casos em 2008 para 19 casos em 2009.

A figura 4, mostra o comportamento das mortes por acidentes e violências de 1996 à 2007 em Maringá, excluindo-se as outras causas. Observa-se um incremento importante das agressões a partir de 2004. Com relação aos acidentes de trânsito a figura mostra uma queda acentuada a partir de 1998, que coincide com a implantação do Código Brasileiro de Trânsito, situação observada no país como um todo. Os valores voltam a subir em 2001, passam por um período de estabilidade de 2003 a 2005 e volta a cair nos anos seguintes. O Município de Maringá apresenta um alto índice de veículos automotores: 01 carro para cada 02 pessoas (DETRAN, 2007).

Com relação ao suicídio e às quedas observa-se um incremento a partir de 2005.

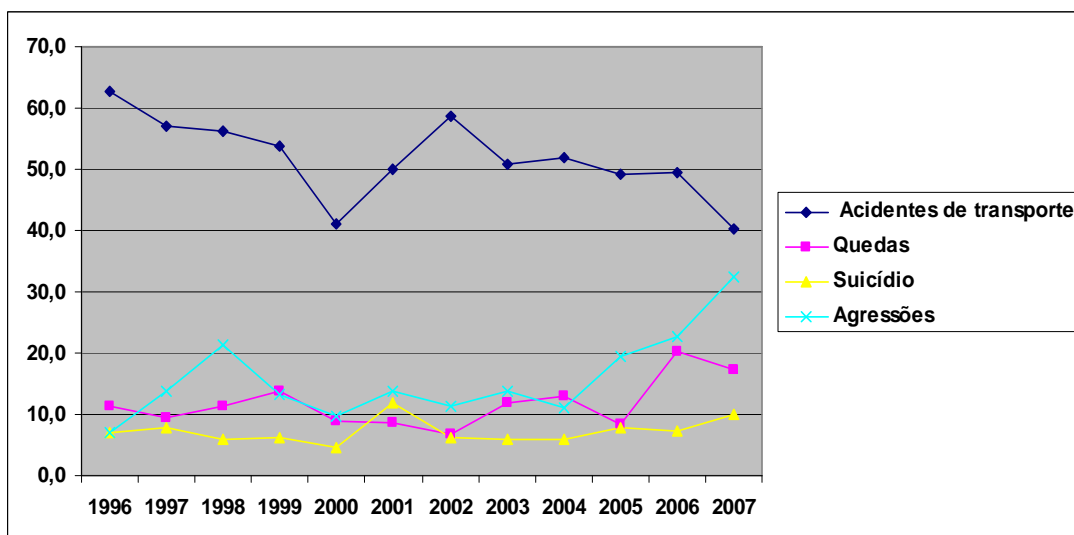


Figura 4: Mortalidade proporcional pelas principais causas externas em Maringá, 1996 a 2007.

Fonte: SIM

O comprometimento da população jovem vítima de acidentes e violências também é evidenciado em Maringá, assim como no restante do país.

Aproximadamente 50% das vítimas estão na faixa etária de 10 a 39 anos. Verifica-se, também, que as mortes por acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são mais freqüentes na faixa etária entre 20 a 39 anos. Já as quedas se concentram na população de idosos. Com relação às mortes por acidentes de trânsito nos idosos, alguns estudos mostram que o atropelamento é o tipo de acidente mais freqüente.

A violência sexual e doméstica contra a mulher, criança e adolescente segundo as instituições de referência, vem aumentando, e por este motivo, as equipes vêm enfrentando problemas especialmente no que diz respeito ao atendimento psicológico.

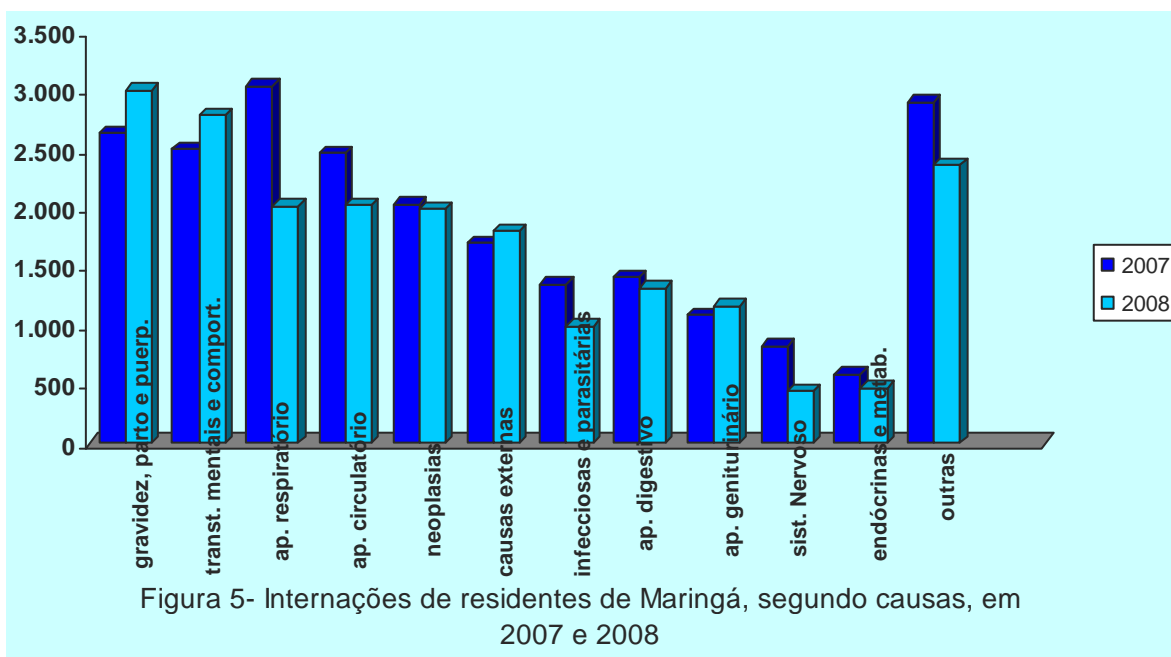
Foi criado em 2007 o Núcleo de Promoção da Saúde, Prevenção das Violências e Acidentes e Cultura da Paz, o qual iniciou as suas atividades, com a integração da rede e com a criação de um Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual e Doméstica. Em 2008 foi realizada capacitação sobre o protocolo para aproximadamente 700 pessoas que compõem a rede. Em 2009 foi realizada uma nova capacitação para os hospitais e ambulatório da AIDS, com objetivo de discutir e atualizar o Protocolo. Implantada a ficha epidemiológica de notificação das violências em 2008, as quais estão sendo preenchidas pelas unidades e hospitais, embora ainda em pequena quantidade. Em 2009 houve apenas 24 notificações de violências pelas unidades.

As causas externas em 2008 representaram a 1ª causa de óbitos e a 2ª causa de internações entre os adolescentes, com 16 e 260 casos respectivamente.

Morbidade hospitalar

Quanto às internações de residentes em Maringá, segundo causas em 2007, observa-se na figura 5 que as doenças do aparelho respiratório ocuparam a 1ª causa, com 13,45% do total das internações. Em 2008, observa-se que a gravidez, parto e puerpério foi a 1ª causa de internação, com 14,69% dos total das internações, seguidas dos transtornos mentais e

comportamentais com 13,66% e das doenças do aparelho circulatório com 9,94%.



Fonte: SIH-SUS/ GACA/ SAÚDE

A hipertensão arterial e o diabetes constituem os principais fatores de risco para doenças do aparelho circulatório.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em Maringá, em 2009, mostraram que a prevalência de hipertensão referida na faixa etária acima de 15 anos foi de 13,19%. Para o grupo de diabéticos, o SIAB / Maringá identificou 3,34% da população acima de 15 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência de hipertensão arterial na população adulta é de 11 à 20% e de diabetes é de 7,6%. Portanto, supõe-se que a captação dos hipertensos e diabéticos ainda está baixa, o que compromete a atuação sobre o controle destes agravos para evitar as complicações.

Quando observamos a evolução das internações por **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** e **Diabetes Mellitus** na população de 30 à 59 anos em Maringá de 2003 à 2008 (Figura 6), concluímos que existe uma leve tendência de declínio. Em 2008 a taxa de internação por estes agravos esteve próximo ao parâmetro do Ministério da Saúde que é de 5,2/ 10.000 e de 6,0/ 10.000 habitantes respectivamente. Apesar de estarem baixas, estas taxas indicam uma precocidade da incidência de AVC e Diabetes na população jovem e, portanto, as equipes de saúde da família devem dar continuidade nas ações de controle dos fatores de risco, especialmente a hipertensão arterial, alimentação e sedentarismo.

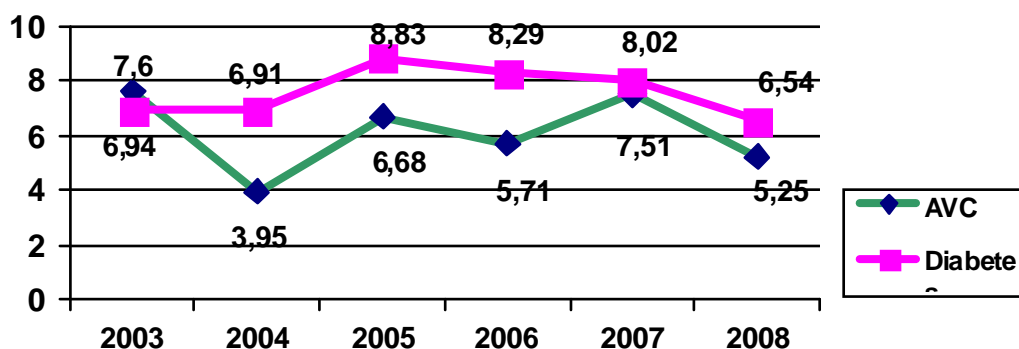


Figura 6- Taxa de internação por AVC e Diabetes Mellitus por 10.000 habitantes, na faixa etária de 30 à 59 anos, em Maringá, de 2003 à 2008

Fonte: SIH/SUS- 15ªRS

Analisando as principais causas de internações entre crianças de 0 à 9 anos em 2008, observamos que as doenças do aparelho respiratório lideraram com 609 casos (35,30%), seguidas das mal formações congênitas, com 211 casos (12,23%), das doenças infecciosas e parasitárias, com 178 casos (10,32%) e das causas externas com 152 casos (8,81%).

Das 20.664 internações de residentes de Maringá ocorridas em 2009, 5.149 foram de idosos (24,91%). A primeira causa de internação esteve relacionada às doenças do aparelho circulatório, com 1.170 casos, seguidas das neoplasias com 910 casos e das doenças do aparelho respiratório, com 794 casos (dados preliminares).

A taxa de internação em idosos por fratura de fêmur em 2009 foi de 12,96/10.000 internações. Esta taxa embora baixa em relação ao estado (23,00/10.000), não isenta o município da responsabilidade de investir em ações para reduzir os acidentes domésticos e outros problemas que levam à fraturas.

Das 20.462 internações de população residente em 2008, 1.814 foram por Lesões e Causas Externas (8,86%). O gasto com estas internações foi de R\$1.852.593,91, representando 10,9% do total dos gastos com internações SUS no município.

A primeira causa de internações entre os adolescentes em 2008 foi a gravidez, parto e puerpério. Neste mesmo ano, 12,5% das gestantes foram adolescentes. Houve uma redução deste índice em relação à 2006 que foi de 14,5% e em 2007 12,5%.

Doenças infecto contagiosas

HIV/ Aids

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o município de Maringá apresentou 37 casos novos de Aids em 2007 e 31 casos em 2008. Destes, observa-se predominância do sexo masculino

correspondendo a 67,5% (25 casos) e 67,7% (21 casos) respectivamente, sendo a faixa etária mais acometida entre 20 e 49 anos. Neste período não houve casos de incidência de Aids em menores de 5 anos.

Em relação a mortalidade, verifica-se a ocorrência de 9 óbitos em 2007 e 10 óbitos em 2008. O intervalo entre o diagnóstico da doença e óbito no ano de 2007 foi bastante variado: desde um ano até 14 anos de sobrevivência. Em 2008 este período foi entre um 1 até 9 anos. Um fato importante é que 4 pacientes apresentaram diagnóstico pós óbito, significando diagnóstico tardio, indicando dificuldade de acesso ou falha de notificação por parte dos profissionais e instituições de saúde. Verifica-se que tem havido um predomínio da exposição heterossexual, com mais de 60% dos casos.

Em relação à instrução, deve-se destacar que a proporção dos indivíduos com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) é bastante significativa, com uma média de 54,1% em 2007 e 2008, 17,75% com ensino médio completo e apenas 9,6% dos doentes com nível superior completo. Quando analisado a prevalência da doença nos dois anos observa-se que em 2007 em primeira posição são os caminhoneiros com 16,2%, em segunda posição as mulheres donas de casas e aposentados com 13,5% e em seguida vendedores autônomos com 10,8% e vendedores varejistas com 8,1%. Em 2008 também as mulheres donas de casa com 16,1%, em seguida os desempregados e os pedreiros com 6,4% dos casos.

Nos dois anos de análise verifica-se que houve redução significativa dos pacientes co-infectados com a tuberculose. Em 2007, dos 62 casos novos da doença, 16,1% apresentaram positividade ao vírus HIV. Já em 2008, dos 52 casos novos, apenas 5,7% apresentaram positividade.

Dengue

A dengue é endêmica no município de Maringá desde o ano de 1995. No ano de 2007 registramos uma epidemia, com 8.426 notificações, das quais 5.679 casos foram confirmados por critério laboratorial, sendo 1 caso de dengue com complicação, 2 casos de Febre Hemorrágica da Dengue e 1 de Síndrome do Choque do Dengue. Neste ano ocorreram 3 óbitos.

Em 2008, das 1.103 notificações, 58 foram positivos na forma clássica da doença e em 2009 registramos 448 notificações, com 69 casos confirmados.

Nos levantamentos de índice de infestação predial realizados neste período, constatamos que os principais criadouros foram, via de regra, resíduos sólidos (lixo reciclável) e vasos no interior das residências, indicando que a adoção de uma política de saneamento que inclua a educação ambiental, o envolvimento da sociedade, além da resolução do problema dos resíduos, são prementes.

Hepatites

Nos anos de 2007 e 2008 foram investigados 292 casos de hepatites. Observa-se que 21,9% foram por vírus da hepatite C, 19,8% por vírus da hepatite B e 6,5% foi por vírus da hepatite A. Quanto a estratificação por faixa etária, observa-se a predominância entre 20 a 49 anos, correspondendo a 70,65% na hepatite B e 70,60% na hepatite C. Os indivíduos acima de 50 anos também foram acometidos, sendo 32,8% com a hepatite C e

27,5% com hepatite B. Em relação a hepatite A, 78,9% dos casos ocorreram entre os escolares abaixo de 15 anos e 21% nos indivíduos acima de 20 anos.

Tuberculose

As ações, nas três esferas de governo, têm como meta diagnosticar pelo menos 95% dos casos esperados e curar 85% dos casos diagnosticados de acordo com o preconizado pelo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose- PNCT.

Observa-se que em Maringá nos anos de 2007 e 2008, não houve diferença significativa entre os casos novos, embora verifica-se em relação aos casos curados um aumento de 6,07% de 2007 para 2008. Quanto a mortalidade, houve uma diminuição de 1,87% como causa básica a tuberculose e de 2,14% dos óbitos dos pacientes com tuberculose mas que morreram de outra causa. Outro fato a ressaltar foi a diminuição de 3,73% entre as taxas de abandono de 2007 para 2008.

Hanseníase

Em Maringá em 2008, verifica-se um aumento de 4 casos novos em relação a 2007 (de 39 para 43 casos). Quanto ao percentual de cura, em 2007 foi de 89,74% e em 2008, foi de 81,8% dos pacientes. Este fato ocorre porque ainda encontram-se em tratamento 5 pacientes, cujo diagnóstico foi feito em 2008, mas ainda não obtiveram alta. Em 2008 não houve nenhum caso de abandono de tratamento.

Influenza A H1N1

Em Maringá em 2009, a pandemia de Influenza A correspondeu a 5.633 notificações, 133 confirmados laboratorialmente e 13 óbitos. Os casos com resultado laboratorial negativo foram 115. Os demais casos foram avaliados por critério clínico/ epidemiológico, pois não foram realizadas coleta de material de todos os casos suspeitos conforme Protocolo do Ministério da Saúde. A logística organizada para o enfrentamento da doença foi gigantesca, envolvendo os governos municipal, estadual e federal, para o acesso dos doentes aos medicamentos, internações, leitos de UTI, monitoramento de casos, fornecimento de equipamentos de proteção individual, exames laboratoriais e tantas outras ações de proteção e de educação à população.

Além da ação governamental, o envolvimento da sociedade civil organizada foi primordial e exemplar, como no caso do Comitê de Mobilização e Ação contra a Influenza A.

Imunização

Quanto à cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, todas alcançaram as metas pactuadas nos anos de 2006 à 2009. Em 2009 a cobertura de vacinação contra hepatite B nos adolescentes foi de 70,15%.

Em relação à vacinação contra tétano nas gestantes, em 2009, verificou-se a aplicação de 1.555 doses, sendo 1.185 de reforço e o restante distribuídas em: 1ª dose (117), 2ª doses (125) e 3ª dose (128). Estes dados não identificam a situação vacinal das gestantes no município, pois não informa quantas gestantes já tinham esquema vacinal completo. Importante ressaltar que há muitos anos não ocorre casos de tétano neonatal no município.

A cobertura da vacina contra Gripe (influenza sazonal) para pessoas com 60 anos ou mais em 2009 foi de 89,30% (35.530 vacinas aplicadas).

2.1.4- ATENÇÃO À SAÚDE

Modelo Assistencial

Apesar de todas as mudanças ocorridas no setor saúde nos últimos anos após a implantação do SUS, especialmente com a incorporação da Estratégia Saúde da Família, observa-se que o modelo de assistência, não só em Maringá como em todo país, continua dando ênfase na doença, no indivíduo, no atendimento médico, nas tecnologias duras, na livre demanda e na produção de serviços.

Atenção Básica

O Ministério da Saúde define a atenção básica da seguinte forma: *“Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por intermédio de práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”* (BRASIL, 2006).

Considerando esta definição, questiona-se o quanto o município de Maringá conseguiu evoluir nestes anos para uma atenção básica resolutiva e que tenha a capacidade de coordenar o cuidado.

Existe uma fragmentação das ações e a lógica de atuação da Estratégia Saúde da Família ainda não conseguiu ser incorporada integralmente nas práticas dos profissionais da atenção básica.

Mesmo assim, pode-se observar uma melhoria sobre alguns indicadores de saúde após a implantação da Estratégia Saúde da Família em 2000, especialmente no Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Algumas equipes têm adotado o planejamento estratégico e a vigilância em saúde como rotina de suas práticas diárias. Porém, necessita-se ainda promover reflexões e mudança no processo de trabalho de algumas unidades para que as mesmas adotem estas ferramentas de gestão tão importantes para o alcance das metas pactuadas pelo município.

Foram implantados os Núcleos de Vigilância em Saúde nas unidades com o objetivo de integrar, responsabilizar e comprometer a equipe da atenção básica com as ações da vigilância em saúde.

Foram desenvolvidos trabalhos de combate a dengue e, em 2009, a epidemia de Influenza H1N1 exigiu um esforço maior das unidades, da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica com objetivo de controlar esta doença na população.

Quanto às capacitações, nestes últimos 04 anos foram realizados, principalmente:

- Capacitação médica nas diversas áreas de especialidades, instituindo-se protocolos de atendimento;
- IUBAAM- iniciativa para Unidade Básica Amiga da Amamentação;
- CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica;
- Dengue, Influenza H1N1;
- Oficinas de planejamento local com as Unidades Básicas;
- Oficina de monitoramento e avaliação da atenção básica com diretores e integrantes do núcleo de vigilância em saúde;
- Cursos relacionados à Política de Humanização- HumanizaSUS;
- Introdução para os profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Curso de formação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde, onde foram capacitados 68% dos ACS;
- Cursos sobre tabagismo;
- Cursos sobre Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

A rede básica de saúde de Maringá conta hoje com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas em 5 regionais. Todas as unidades possuem equipes de saúde da família, embora nem todas dêem cobertura à 100% de sua população.

O município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2000, chegando a uma cobertura de aproximadamente 80% da população em 2004.

Em dezembro de 2009, a cobertura da ESF encontrava-se em 74,2% da população (Fonte- CIS/SAÚDE), uma vez que, das 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, apenas 53 equipes eram de Saúde da Família. As outras 13 equipes eram de Agentes Comunitários da Saúde, as quais não possuíam médicos porque, apesar de vários concursos realizados no município, não foram suficientes para completar o quadro. Foram realizados de 2006 a 2009 - 03 concursos estatutários (concurso público) e 06 para ESF (teste seletivo para emprego público). Esta situação deve ser estudada pela Secretaria de Saúde, no sentido de reduzir a evasão dos profissionais e manter as equipes completas.

Seguindo as normas da vigilância sanitária, houve melhoria na estrutura física de 12 unidades de saúde nestes últimos anos. Duas unidades novas foram criadas: A UBS Aclimação e a UBS Olímpico. Avaliando-se as solicitações à ouvidoria em 2008 e de janeiro à abril de 2009, confirma-se a falta de unidade nas proximidades do Jd. Piatã e Zona 7. Observa-se também a dificuldade de acesso da população das proximidades do Jd. Paris a UBS Quebec e um número elevado de população nesta área. Além disso, algumas unidades ainda possuem uma área física inadequada para o desenvolvimento de suas atividades. São elas: São Silvestre, Morangueira, Parigot de Souza, Floriano, Universo, Iguatemi, Cidade Alta, Maringá Velho, Zona Sul, Tuiuti e casas do PSF.

A Universidade Estadual de Maringá (UEM), por meio do convênio PRÓSAÚDE, promoveu melhorias em unidades de saúde para atuar como campo de estágio, melhorando a integração ensino/serviço. Foram ampliados e reformados a UBS Mandacaru para curso de Medicina e a antiga UBS Ney Braga para o curso de odontologia. No ano de 2010 será reformado a UBS Pinheiros para o curso de enfermagem, com recursos deste convênio.

Saúde Bucal

Ainda há pouca sensibilização sobre a importância e a valorização das ações de promoção e prevenção em saúde bucal, que pode estar levando a um aumento da demanda aos atendimentos odontológicos de urgência, que apresentam-se em 18%.

Há também a dificuldade na captação e adesão das gestantes ao tratamento odontológico. Devido à intensificação das ações para controle da Gripe A H1N1 em 2009, houve redução no atendimento das gestantes para atendimentos eletivos para evitar a exposição deste grupo.

Em 2009, 5 UBS em média, realizaram atividades coletivas fora da unidade (escolas, CMEI e instituições das áreas de abrangência). Este fato pode estar comprometendo a realização de ações coletivas no município, cujo percentual encontra-se baixo, conforme demonstrado na figura 7.

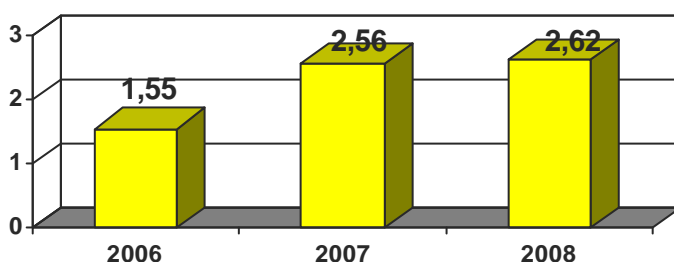


Figura 7- % de cobertura de ação coletiva, em Maringá, de 2006 à 2008

Fonte: GACA/SAÚDE

Apesar da redução dos índices de cárie dentária em crianças nos últimos anos, ainda se enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde bucal, demonstrada pelo baixo percentual de 1ª consulta odontológica e elevados índices de doenças bucais em alguns grupos populacionais.

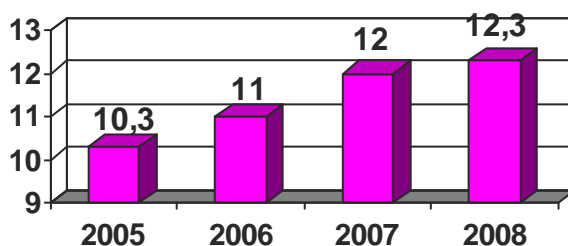


Figura 8- % de primeira consulta odontológica em Maringá, de 2005 à 2008

Fonte: GACA/SAÚDE

A cárie dentária é avaliada pelo índice CPO-D que corresponde ao número médio de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados por indivíduo. A meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 foi de se atingir aos 12 anos um CPO-D médio menor ou igual a 3,0. Maringá tem apresentado redução no índice CPO-D aos 12 anos, conforme tabela 1.

Tabela 1- Índice de CPO-D aos 12 anos no Município de Maringá- PR de 1996 a 2004

Ano	1996 ¹	1999 ¹	2003 ²	2004 ³
CPO-D	3,79	2,33	1,5	1,25

Fonte: Secretaria da Saúde de Maringá ¹, GOYA, S. ², TANAKA, F. ³

Em relação ao câncer bucal, o número de internações de residentes no município de Maringá em 2008 foi de 53 casos. Em 2009 reduziu para 45 internações.

O coeficiente de mortalidade por câncer bucal na população residente tem apresentado uma redução de 2000 à 2009, conforme demonstrado na figura 9. Mesmo assim, necessita-se investir em ações de prevenção e captação precoce.

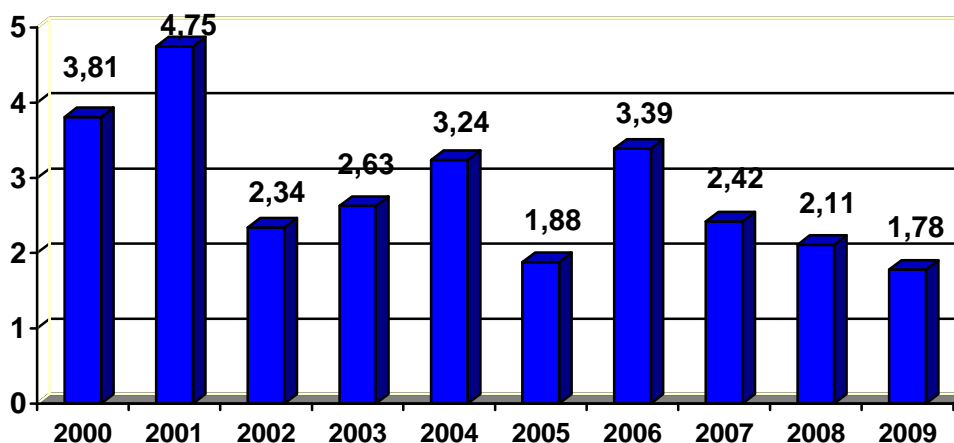


Figura 9- Coeficiente de mortalidade por câncer bucal, de residentes de Maringá, de 2000 à 2009

Fonte: SIM/Epidemiologia/ SAÚDE

Mesmo tendo o município 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ainda há grande demanda na especialidade de endodontia e prótese total removível. Ocorre, também, alto índice de faltas às consultas especializadas (30%), o que compromete a produtividade no serviço, devido aos atendimentos serem programados.

Saúde Mental

A saúde mental enfrenta há muitos anos um grande desafio em Maringá, e talvez em todos os municípios, que é a dificuldade de compreensão sobre saúde mental por parte dos profissionais das equipes, que foi evidenciada após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na tentativa de iniciar esta discussão com os profissionais de saúde mental, foram realizadas 04 Oficinas de Planejamento em Saúde Mental, que incluíram temas como o papel dos psicólogos na atenção básica, dificuldades encontradas, sugestões para melhoria do serviço e revisão do Protocolo de Saúde Mental do município

No início da década de 2000, A Secretaria de Saúde do município de Maringá elaborou o projeto Saúde Maringá que propôs a reestruturação dos serviços de saúde nas áreas de atenção básica, urgência, emergência e saúde mental. No início de 2001, foi instituída pela Portaria nº. 010/2001 – Saúde, uma Comissão Especial, para elaborar uma Proposta de Reestruturação do Serviço de Saúde Mental. Fizeram parte desta comissão profissionais de diversas categorias (psiquiatria, psicologia, farmácia, enfermagem) e membros da Associação Maringaense de Saúde Mental.

Desta forma, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental determinada pela Lei Federal n.º 10.216/01 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” a Secretaria de Saúde do município de Maringá vem investindo na construção de uma rede de serviços de base comunitária e territorial que inclui atenção básica, especializada e intervenção reguladora das internações psiquiátricas, composta por:

- Ações e projetos desenvolvidos nas UBS;
- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad);
- Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II);
- Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM);
- Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal com 26 leitos;
- 2 Residências Terapêuticas masculinas;
- Programa De Volta para Casa;
- Apenas 2 leitos em hospital geral contratualizados ao SUS;
- Hospital Psiquiátrico, com 240 leitos SUS no Sanatório de Maringá Ltda e 12 leitos para adolescentes mantidos pelo governo estadual.

Atualmente não existe CAPS para atendimento de crianças e adolescentes e CAPS III para atendimento 24 horas.

A assistência ao portador de transtorno mental, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica, tem se fortalecido na atenção básica com a inclusão de portadores de transtornos mentais nos grupos desenvolvidos em 80% das unidades básicas, realização de grupos exclusivamente com portadores de transtornos mentais e acompanhamento, embora ainda um pouco deficiente, dos pacientes egressos de internações no Hospital Psiquiátrico ou na Emergência Psiquiátrica pelas equipes da ESF.

Apesar disso, vale ressaltar que o quadro de profissionais de saúde mental na atenção básica, bem como nas unidades de referência em saúde mental está deficitário, necessitando efetuar contratações.

Em 2008, a Emergência Psiquiátrica, que atende 67 municípios da 11ª, 13ª e 15ª Regional de Saúde, realizou 4.708 atendimentos entre consultas e internações. Destas, 62,6% foram de moradores de Maringá. Do total dos atendimentos em 2008, 46,8% estão relacionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas, 18,9% de esquizofrenia e 11,1% de depressão.

O CAPS ad atendeu em 2009 uma média de 150 pacientes/mês, sendo que 29 receberam alta do tratamento após permanecerem 12 meses em abstinência. Os diagnósticos mais frequentes foram dependência por álcool (49%), múltiplas drogas (41%) e maconha (10%).

Em 2008, o Hospital Psiquiátrico gerou 3.800 Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para 1.649 pacientes e em 2009 foram 3.783

AIH para 1.693 pacientes, tendo havido um aumento de 2,7% na quantidade de pacientes, mantendo a média de atendimentos.

O CAPS II, CAPS ad e o CISAM estão instalados em prédios alugados e encontram-se com estrutura física com algumas deficiências para atender às suas necessidades.

Outro problema que deve ser resolvido é o despreparo por parte de alguns profissionais do SAMU para abordagem e atendimento ao portador de transtorno mental em surto.

Média e alta complexidade

Fazem parte da rede, 3 unidades de referência em saúde mental (CISAM, CAPS II, e CAPS AD) e 2 policlínicas com consulta e exames especializados Zona Norte e Zona Sul. Na unidade Zona Norte funciona também o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e o Ambulatório de Ostomias e Tratamento de Feridas. O Ambulatório de DST e HIV/ Aids foi transferido para o NIS Zona Sul no início do ano de 2005.

No que se refere à rede contratualizada, a Secretaria de Saúde já efetuou todos os contratos de prestadores do SUS (serviços especializados e hospitais de média e alta complexidade), seguindo as normativas do Ministério da Saúde.

Em 2008 foi implantada a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados.

Em levantamento realizado no ano de 2007 observou-se que a lista de espera para consultas especializadas estava em 17.144, tendo havido uma redução em relação à fila de espera do início de 2005, que se encontrava em aproximadamente 25.000.

Está em fase de elaboração o Protocolo da Atenção Especializada, com a revisão dos fluxos de atendimento e a normatização dos critérios de encaminhamentos.

Foram realizadas capacitações aos profissionais da atenção básica e especializada em tratamento de asma, dermatologia, endocrinologia infantil e adulto, ortopedia, neurologia infantil e adulto e urologia, além de vários mutirões com o objetivo de reduzir as filas de espera.

Para a cobrança dos procedimentos de alta complexidade faz-se necessário que os serviços sejam regularmente cadastrados nas especialidades correspondentes e os estabelecimentos devidamente habilitados. A organização da rede é feita com base nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde com estrita compatibilidade com o desenho da rede loco-regional e a programação global do sistema com a PPI (Programação Pactuada Integrada).

O município de Maringá possui credenciamento de alta complexidade conforme PDR (Plano Diretor de Regionalização) nas áreas de:

- Saúde auditiva;
- Doença renal;
- Traumatologia-ortopedia;
- Cardiovascular;
- Obesidade grave;
- Doença neurológica;
- Oncologia;
- Transplantes;

- Psiquiatria.

Maringá conta com 1.306 leitos hospitalares, conforme demonstrado no quadro 1. Destes, 767 (58,72%) são destinados ao SUS. Dos 767 leitos SUS, 252 (32,85%) são de psiquiatria, restando apenas 515 leitos gerais e de UTI para atender a Maringá, outros municípios da 15ª RS e macrorregião noroeste. De acordo com a Portaria 1.101 de 12/06/02, o déficit de leitos hospitalares para o município de Maringá é de aproximadamente 150. No ano de 2008 ocorreram 30.156 internações, das quais 35% foram de não residentes, com um gasto de R\$27.484.640,37. O número de internações de residentes de Maringá em 2008 foi de 19.578, o que correspondeu a um percentual de internação de 5,9% da população neste ano, que está abaixo do parâmetro do Estado que é de 8,0%, o que pode significar dificuldade de acesso da população à internação.

Quadro 1– Leitos hospitalares do Município de Maringá

Hospitais	Leitos Totais		Leitos SUS	
	Gerais	UTI	Gerais	UTI
Sanatório Maringá	284	-	252	-
Hospital Universitário (HUM)	97	26	97	26
Hospital do Câncer	96	6	63	4
Hospital Santa Rita	164	35	50	14
Hospital Santa Casa	166	35	102	20
Hospital Municipal de Maringá (HMM)	90	-	90	-
Hospital e Maternidade Maringá	68	6	-	-
Hops. Santa Lúcia	49	-	46	-
Hospital São Marcos	65	7	1	-
Hospital de Olhos de Maringá	8	-	2	-
Hospital Paraná	94	10	-	-
TOTAL	1.181	125	703	64
TOTAL GERAL	1.306		767	

Fonte: CNES/DATASUS

Um dos grandes desafios da gestão do SUS atualmente está no cumprimento da Emenda Constitucional Nº 29 por parte dos entes federados, recaindo integralmente sobre os municípios a responsabilidade em assumir as despesas com a judicialização da saúde: fornecimento de suplementos alimentares, medicamentos de alto custo, materiais de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME), drogadição/alcoolismo entre outros.

Hospital Municipal

Atualmente este hospital conta com 90 leitos, sendo 26 de emergência psiquiátrica, 44 de clínica médica e 20 de pediatria. Conta também com sala de emergência com 6 leitos, Pronto Atendimento adulto e infantil e leitos credenciados para atendimento de pacientes portadores de AIDS.

Em setembro do ano de 2006, foi credenciado pelo Ministério da Saúde e passou a receber recursos mensalmente para auxiliar no seu custeio.

Vem realizando atividades com o objetivo de implantar a política de humanização desde outubro de 2002, quando iniciou também o seu Grupo de

Trabalho da Humanização. Em abril de 2008 implantou o Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Atendimento.

Possui uma área construída de aproximadamente 11.400 m². Não realiza procedimentos cirúrgicos, pois o Bloco B, onde está localizado o Centro Cirúrgico, UTI e apoio diagnóstico, está inativo porque necessita de adequações em sua área física, bem como de equipamentos.

No ano de 2008 o Hospital Municipal realizou 4.500 internamentos e 129.865 atendimentos ambulatoriais. A ocupação hospitalar foi de 74,76% e a média de permanência de 2,41 dias.

Urgência/ emergência

A rede de urgência/emergência conta com as referências hospitalares, as quais são definidas pela grade de referência do SAMU e com as referências pré hospitalares fixas e móveis.

Com relação à rede pré hospitalar fixa, em 2009 é composta por: 1 Pronto Socorro no Hospital Universitário Regional e 2 pronto atendimentos municipais: um na unidade Zona Norte e outro no Hospital Municipal.

Em 2009 o SAMU, que compõe a rede pré hospitalar móvel, atende a população dos Municípios de Maringá e de Sarandi.

Assistência Farmacêutica

A Secretaria de Saúde de Maringá possui a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia de Manipulação de Medicamentos, Farmácia de Medicamentos Especiais, e as farmácias das UBS, Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS ad) e Pronto Atendimento Zona Norte.

A partir de 2008, foi implantado um sistema de informatização possibilitando melhor controle da assistência farmacêutica nas diferentes etapas de seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).

A programação leva em consideração dados epidemiológicos, dados de estoque, de consumo histórico, ofertas de serviços e recursos financeiros.

A aquisição é realizada pelo Consórcio Paraná Saúde ou por meio de processos licitatórios realizados em parceria com a Secretaria de Administração, com base na lei 8666/93.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é selecionada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), baseando-se na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e considerando o perfil epidemiológico do município, os programas existentes e a oferta de serviços. Atualmente, a REMUME é composta por medicamentos considerados essenciais, isto é, capazes de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população mediante terapia medicamentosa eficaz, segura e de menor custo. Baseado nisto, entre 2006 e 2009 foram incluídos na REMUME alguns itens para garantir o tratamento de algumas patologias que não estavam contempladas no elenco anterior, como por exemplo, medicamentos para o tratamento e prevenção de osteoporose, tratamento de gota, hipotireoidismo, renite, antiasmáticos, mucolíticos, hipolipemiantes, medicamentos que atuam no sistema digestório. Também foram incluídos alguns itens com diferentes formas farmacêuticas e concentrações para facilitar a posologia, como por exemplo antihelmínticos, antibacterianos, anticonvulsivantes. Outros itens

foram incluídos como alternativa de tratamento, como por exemplo, alguns antidepressivos, antihipertensivos, antianêmicos, antibacterianos, antihiperlipemiantes, anti-inflamatório, contraceptivos orais e injetáveis e hormônios sexuais. Apesar disto, a Secretaria de Saúde enfrenta alguns desafios, especialmente relacionados ao acesso da população à alguns medicamentos, tanto os essenciais como os excepcionais.

Na CAF e em algumas unidades as instalações são inadequadas, dificultando o correto armazenamento dos medicamentos e impossibilitando as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos.

O transporte dos medicamentos ainda é insuficiente, ocasionando acúmulo na central de abastecimento farmacêutico de medicamentos disponibilizados para as unidades básicas de saúde e atrasando a entrega dos mesmos.

Embora tenham sido contratados farmacêuticos para as unidades de referência das regionais de saúde e para a Farmácia de Medicamentos Especiais, a quantidade ainda é insuficiente, havendo a necessidade de contratação deste profissional e de auxiliares de farmácia para as unidades básicas, CAF e Farmácia de Manipulação de Medicamentos.

A assistência farmacêutica adota protocolos clínicos que orientam os profissionais de saúde para terapêutica racional e garantindo acesso da população a medicamentos e insumos.

Foram criados e implantados os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) estabelecendo rotinas que auxiliam a aquisição, recebimento, distribuição e armazenamento de produtos farmacêuticos e material médico-hospitalar; manejo e destinação final de produtos farmacêuticos; procedimentos para o registro diário da temperatura e umidade ambiente; a fim de que a dispensação de medicamentos seja realizada de forma responsável.

As farmácias das unidades regionais foram equipadas com refrigeradores, o que possibilitou a descentralização da dispensação de insulina.

Para a demanda de medicamentos não padronizados existe uma Comissão Permanente de Análise para Liberação de Medicamentos Especiais (COPALMES).

2.1.5- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde está organizada em quatro gerências: Epidemiologia, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses. Estas ações foram assumidas pelo município no ano de 1990 e até a presente data tem sua estrutura centralizada. Com o objetivo de descentralizar algumas ações e integrar Vigilância em Saúde e Atenção Básica, foram criados os Núcleos de Vigilância em Saúde em todas as UBS, que já foram instrumentalizados em vários temas para atuar em seus territórios. Os resultados apresentados por várias unidades de saúde nos apontam que a estratégia é adequada e deve ser fortalecida.

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), embora inaugurado no final de 2004, funcionou de forma ininterrupta somente a partir do ano de 2008. Tem realizado ações de controle de populações de animais domésticos e sinantrópicos, visando o controle de zoonoses, assim como de agravos e incômodos, através de atendimento às reclamações da população, com

atividades de captura seletiva de animais domésticos (atropelados, doentes, agressivos); atividades de controle de natalidade de cães e gatos; incentivo a adoção de animais; controle da raiva; monitoramento das principais zoonoses e atividades de educação em saúde. As castrações de animais domésticos realizadas pelo CCZ deverão ser intensificadas em parceria com terceiro setor, já que a demanda é superior à capacidade instalada. Sua estrutura física necessita ser adequada à realidade atual. Em 2009 foram realizadas 426 castrações.

A Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental tem trabalhado com metas estabelecidas em programações anuais e pautado as ações educativas em sua rotina, rompendo com o modelo essencialmente fiscalizador- educação em saúde para os servidores tem se intensificado, mas ainda se mostra tímida diante da necessidade de educação permanente e capacitação em muitas áreas de atuação específica e no que tange à sociedade ainda é incipiente.

O atual sistema de cadastro de regulados (empresas, estabelecimentos, profissionais autônomos) se apresenta desatualizado frente aos avanços na área de informatização, não permitindo conhecer o real universo de atuação.

A investigação das doenças veiculadas por alimentos hoje se mostra falha, pois há subnotificação das ocorrências e problemas na conclusão dos casos notificados.

As ações fiscalizatórias são norteadas por instrumentos legais das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal), sendo que o Código de Saúde do Município necessita de revisão, para harmonizá-lo com normas editadas posteriormente.

Tais setores carecem de recursos humanos de nível médio e superior, tendo em vista o universo e a diversidade de estabelecimentos que se agigantou ao longo dos anos, criando demandas aquém das possibilidades do serviço.

Uma política de Saúde do Trabalhador deverá ser adotada pelo município, com a parceria da esfera estadual.

As ações da Vigilância Epidemiológica são norteadas pelos sistemas de informações de mortalidade (SIM), nascidos vivos (SINASC), agravos e doenças transmissíveis (SINAN). O novo desafio está em pautar as doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção.

A Vigilância em Saúde tem trabalhado de forma integrada entre seus segmentos e tem como meta uma aproximação mais estreita com a Atenção Básica, além de investir na intersetorialidade.

2.2- PROMOÇÃO, DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Com relação às ações de promoção, o Programa Maringá Saudável criado em 2006, tem buscado promover a adoção de hábitos saudáveis na população: boa alimentação, prática de atividades físicas, abandono/diminuição do uso de cigarros, prevenção dos acidentes e violência e do uso de álcool e outras drogas, realizando trabalho intersetorial.

Os Espaços Saúde, eventos realizados nas UBS em finais de semana, em parceria com instituições de ensino e associações, com objetivo de realizar

exames preventivos e orientações de saúde à população, atenderam cerca de 26 mil pessoas de 2005 a 2009, principalmente adultos e idosos.

O instrumento de avaliação utilizado nos Espaços Saúde demonstrou que para 85% dos participantes as informações obtidas possibilitaram reflexão sobre o estilo de vida e 74% referiram desejo de mudar os seus hábitos. A análise das fichas de avaliação de 16 eventos mostrou que uma média de 37% dos participantes relatou ser portador de hipertensão arterial, sendo que destes 22% apresentaram a pressão arterial elevada. Em relação ao peso, 36% foram classificados como pré-obesos e 31% como obesos.

As hortas comunitárias atenderam cerca de 250 famílias, sendo os trabalhadores, principalmente idosos. Estas hortas produziram cerca de 136.200 kg de hortaliças no ano de 2009, proporcionando aumento da geração de renda, através da venda do excedente, não consumido pelos próprios produtores, melhora na qualidade da alimentação, aumento da auto-estima, melhora do estado emocional, além de fortalecer os vínculos entre a comunidade.

A alimentação saudável foi tema de 90 oficinas de culinária, com participação de 2.960 pessoas, realizadas de 2006 a 2008 em parceria com IES e ONG.

Um trabalho desenvolvido em parceria com o curso de nutrição da PUC-PR, que investigou o estado nutricional de crianças de 0 a 9 anos, foi selecionado para apresentação em evento organizado pelo Observatório de Boas Práticas na Gestão do Programa Bolsa Família.

A “Pesquisa Viva Mais”, levantamento estatístico realizado em parceria com o Departamento de Estatística da UEM, entrevistou 1296 pessoas em 2007, revelou o consumo diário de 3 ou mais frutas em 31% dos entrevistados e consumo diário de verduras e legumes em 48% deles. Em 50% da amostra não houve relato de dificuldades para consumir frutas; a falta de dinheiro foi apresentada por 15% como a principal dificuldade para consumi-las. Não encontram dificuldades para consumir verduras e legumes 64% dos pesquisados e a falta de dinheiro foi apresentada por 11% como a principal dificuldade para consumi-los.

A aplicação do questionário contemplando amostra de todas as categorias profissionais da Secretaria da Saúde revelou alto conhecimento nutricional em 42% dos entrevistados e conhecimento moderado em 48%.

Para reforçar as ações de controle do tabagismo foi elaborada no município a Lei N° 7.192/2006, que dispõe sobre o uso e a propaganda de produtos fumígenos, a necessidade de estabelecimentos públicos informarem sobre a proibição de fumar em ambientes fechados e determina que a Vigilância Sanitária fiscalize e aplique as sanções previstas aos infratores da lei. Em abril de 2007, marcando o início da ação fiscalizadora, servidores da Prefeitura, visitaram em mutirão, cerca de 300 estabelecimentos comerciais, orientando proprietários e freqüentadores, quanto à legislação que determina proibição de fumar em ambientes fechados. Neste mesmo ano, aproximadamente 500 visitas da Vigilância Sanitária foram executadas junto aos estabelecimentos comerciais para fazer cumprir a legislação que proíbe o fumo em ambientes fechados.

As 43 Academias da Terceira Idade (ATI) existentes atualmente no município são freqüentadas por cerca de 4 mil pessoas diariamente, sendo que a maior parte delas são adultos e idosos.

Com relação a mudanças ocorridas a partir da utilização das ATI, estudo desenvolvido em 2008, com 401 frequentadores de 33 ATI, revelou que 30% dos entrevistados melhorou a disposição geral; 20% teve diminuição de dores; 10% apresentou melhora do sono e 8% relatou perda de peso. Um dos maiores benefícios trazidos pelas ATI, foi o acesso à prática de atividade física, relatado por 40% dos entrevistados que eram totalmente sedentários antes de começar a frequentá-las. Dos entrevistados, 85% frequenta a ATI 3 ou mais vezes por semana e dos 242 usuários que utilizavam medicamentos, 41% reduziu a medicação sob supervisão médica após o início da prática de atividade física na ATI.

A prevenção ao uso de drogas e de gravidez precoce não planejada é realizada a partir das UBS que realizam grupos de adolescentes, adotando estratégias diversificadas e apoio intersetorial. São realizados grupos de capoeira, dança, teatro, artesanato entre outros. Nos meses de maio de todos os anos é realizada uma mostra de trabalhos pelas equipes de saúde, ocasião em que também se realiza a semana de prevenção de gravidez na adolescência com capacitação para os profissionais. Durante todo o ano os responsáveis de cada UBS pelo trabalho com adolescentes, reúnem-se mensalmente para reunião onde são tratados temas relacionados, dificuldades e troca de experiências, visando fortalecer a equipe para conseguir melhores resultados de prevenção. O índice de gravidez na adolescência no município diminuiu de 14,5% em 2006 para 11,2% em 2009.

Vigilância Alimentar e Nutricional

Com relação ao número de crianças acompanhadas pelo SISVAN houve um aumento bastante significativo desde 2005, especialmente no período compreendido entre 2008 e 2009, devido às capacitações das Equipes de Saúde da Família e da implantação do SISVAN Web, assim como da presença de uma nutricionista, lotada na Gerência de Promoção, que acompanha o programa.

Observando-se o estado nutricional das crianças percebe-se uma queda acentuada na proporção de desnutridos de 14,3% em 2005 para 2,8% em 2009. Porém, a curva relacionada ao sobrepeso e à obesidade, embora tenha diminuído de 14,1% em 2008 para 11,9% em 2009, ainda é bastante preocupante. Com base nestes dados, torna-se clara a necessidade de investimentos e a continuidade das ações voltadas para a prevenção e redução da obesidade infantil.

Segundo um estudo transversal realizado em setembro de 2009 com 1.045 crianças menores de um ano de Maringá, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses, foi de 43,6%.

O risco de obesidade na adolescência, segundo dados do SISVAN Web da população atendida nas unidades de saúde, foi de 15,24% em 2009, sendo que o preconizado é de até 8%.

Analisando-se dados de 2009 do SISVAN Web verificou-se que 43% das gestantes encontravam-se acima do peso, assim como 56% dos idosos, fazendo-se necessário o desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento e monitoramento desta população.

2.3- GESTÃO EM SAÚDE

2.3.1- FINANCIAMENTO

O município vem cumprindo com o percentual mínimo de investimento em saúde exigido pela Emenda Constitucional 29, conforme demonstrado na figura 10. Em 2009 aplicou 19,90% de sua receita em saúde. Embora em 2008 tenha havido uma redução do percentual investido, os valores absolutos aumentaram, em virtude de uma maior arrecadação de impostos e de transferências constitucionais legais.

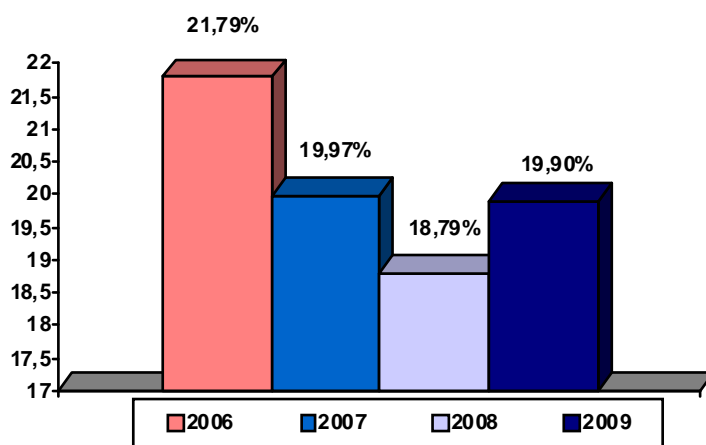


Figura 10- Proporção de receita própria aplicada em saúde em Maringá, de 2006 à 2009, conforme previsto na regulamentação da EC29/2000

Fonte- ELOTECH/Gerência Financeira/SAÚDE

O objetivo principal do Plano Municipal de Saúde 2006/2009 e do Plano Pluri Anual (PPA), era: *“Efetivar a atenção básica no município como espaço prioritário de organização do SUS e investir nas ações de promoção em saúde.”* Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde aplicou maior parte dos recursos próprios na atenção básica.

2.3.2- INFRA-ESTRUTURA

De 2006 à 2009 foram adquiridos 4 carros para transporte de exames laboratoriais, 2 carros para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), 1 ônibus para transporte de pacientes, 3 carros para serviços administrativos, 6 carros para vigilância, 1 moto, 17 ambulâncias, 1 carro para o SAMU, 17 carros para o PSF e 1 carro para o Ambulatório da Aids.

Construções realizadas: NIS Industrial, Olímpico e Internorte e Ambulatório da Aids. Em 2009 foi elaborado projeto e licitada a construção das UBS Floriano, Parigot de Souza e Universo e do SAMU e UPA III.

Reformas/ampliações realizadas: UBS Alvorada III, Grevíleas, Vila Esperança, Mandacaru, antigo prédio do Ney Braga, Zona Norte para implantação do Pronto Atendimento, melhorias no Hospital Municipal, pintura e reparos em algumas unidades.

A Secretaria de Saúde vem investindo em aluguel de imóveis para as unidades de referência em saúde mental (CISAM, CAPS II e CAPS ad), para as 2 Residências Terapêuticas, para o setor de manutenção e 11 imóveis para PSF e locação provisória para as unidades básicas que estão em construção.

2.3.3- INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Secretaria de Saúde implantou o Sistema Gestor Saúde (SGS) que proporcionou integração dos sistemas de informação e o conhecimento do cenário da gestão do sistema de saúde. O SGS possui informações da gestão da assistência à saúde e de alguns recursos administrativos (cota, custos, faturamento on line da produção ambulatorial, acompanhamento da produtividade, movimentação de materiais e medicamentos, etc).

Tem sido realizada constantemente capacitação dos usuários do sistema para a sua utilização.

Faltam ainda 4 UBS, Hospital Municipal e unidade Zona Norte para implantar o prontuário eletrônico. Alguns problemas enfrentados: falta de computadores e impressoras para atender as necessidades do projeto; baixa qualidade de tráfego de dados em algumas unidades; pouca oferta de suporte técnico para manutenção de equipamentos; deficiência de transporte destinado à equipe de suporte ao usuário e de suporte técnico.

2.3.4- HUMANIZASUS

O município de Maringá iniciou a implantação da política no ano de 2006, com a criação de um Grupo de Trabalho da Humanização (GTH). Este GTH inicialmente era composto por trabalhadores da Secretaria de Saúde, unidades e Hospital Municipal. Depois foi agregando representantes de universidades e Conselho Municipal de Saúde. Construiu o Plano Municipal para Implantação da Política Nacional de Humanização e iniciou a operacionalização de suas ações. O GTH se expandiu para várias instituições hospitalares, filantrópicas e outras, que tem participado das reuniões mensais. Algumas destas instituições já iniciaram um trabalho de discussão entre os seus trabalhadores, com o objetivo de implantar a política no seu estabelecimento.

Várias ações foram realizadas desde 2006. Entre elas podemos citar: reuniões e oficinas para apresentar a proposta da PNH no município; oficinas de planejamento local com as chefias e com as unidades de saúde e setores; concurso de logomarca do HumanizaSUS Maringá; realizada melhoria da ambiência da Secretaria de Saúde central e outras unidades; implantado Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) no HMM e iniciada a sua implantação no HUM e algumas UBS; implantados os GTH locais nas UBS Aclimação, Universo, Guaiapó-Requião, Pinheiros, nos Hospitais: Santa Casa, São Marcos, Santa Lúcia, Psiquiátrico, HUM, HMM e na sede da Secretaria da Saúde; promovido Encontro sobre o Cuidado, em conjunto com a UEM para discussão e superação dos problemas relacionados à consulta de enfermagem; realizadas a I Mostra de Humanizasus dos Hospitais e a I Mostra de Humanizasus do PSF, com apoio do CESUMAR.

O município tem recebido consultoria do Ministério da Saúde, o que tem ajudado muito no desenvolvimento das ações. Porém, poucas unidades básicas de saúde tem pautado a política de humanização em suas discussões. Falta envolvimento de algumas instituições e unidades nas reuniões do GTH municipal.

2.3.5- PLANEJAMENTO

O planejamento ainda é um pouco centralizado, embora tenha se iniciado um processo de inserção desta ferramenta de gestão nas unidades de saúde à partir de 2007, onde foram realizadas 32 oficinas de planejamento local nas mesmas. Realizada também capacitação para diretores de unidades sobre planejamento em 2009. Neste mesmo ano foram realizadas oficinas de planejamento para saúde mental na atenção primária.

2.3.6- GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No contexto da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, destaca-se a demanda constante de educação dos trabalhadores do SUS, muitas vezes orientada pela urgência e obrigatoriedade do momento, indicando a necessidade de construção e consolidação de um programa de educação permanente específico para o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS.

Ainda com relação aos trabalhadores da saúde, observamos a dificuldade de avaliar a repercussão das capacitações realizadas sobre o desempenho profissional.

Importante também citar a falta de um espaço institucional para debater e pactuar conflitos das relações de trabalho, de modo a construir relações democráticas e co-responsáveis, negociando alternativas e soluções para o cotidiano do trabalho na saúde, tais como a Mesa de Negociação. Neste sentido destaca-se a quantidade inadequada de trabalhadores em algumas unidades e serviços, além da existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários que não valoriza a qualificação dos profissionais.

Outra questão que deve ser abordada é com relação à formação dos profissionais nos cursos de graduação e pós-graduação, a qual não está direcionada às reais demandas do SUS, havendo necessidade de criar um fortalecimento da integração entre ensino e assistência.

Vale destacar a necessidade de capacitação e qualificação de gestores e gerentes do SUS para a gestão do trabalho no SUS.

Com relação à educação em saúde para a população, observa-se uma falta de adesão da mesma aos grupos informativos e às medidas protetivas.

2.3.7- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O **“Movimento pela Reforma Sanitarista Brasileira”**, ocorrido na década de 80 e a **Constituição Federal de 1988**, foram as grandes referências para a consolidação da participação da sociedade nos diversos fóruns de discussão e deliberação sobre o Sistema Único de Saúde - SUS.

As conferências e os conselhos de saúde são as instâncias colegiadas para o aprofundamento das discussões e deliberações no âmbito da área de saúde, que devem ser implementadas, visando o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para seus usuários, garantindo sua promoção, proteção e recuperação.

O Conselho Municipal, os Conselhos Locais, o Observatório Social, o SER-Sociedade Eticamente Responsável e a parceria efetiva da Promotoria Pública são considerados como os órgãos de efetivo Controle Social do Município de Maringá.

O Conselho Municipal de Saúde de Maringá é composto por 32 (trinta e dois) membros titulares, sendo que 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de trabalhadores da área da saúde, e 25% (vinte e cinco por cento) por representantes de prestadores de serviços e Gestores do Sistema Único de Saúde.

A participação da comunidade, representada efetivamente pelos seus usuários do Sistema Único de Saúde, com pensamento centrado na coletividade, independente de sua ideologia política e de interesses próprios, fiscaliza, acompanha as ações desenvolvidas e sugere alternativas para os problemas encontrados, bem como participa das discussões para ações futuras.

O Sistema de Saúde Pública do Brasil foi construído com base em princípios de solidariedade social, assegurando a universalidade de acesso, integralidade da assistência, direito à informação, dentre outros, apesar do modelo econômico e a grande desigualdade social do país.

3- PROPOSTAS

3.1- FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

As propostas foram organizadas em 1 objetivo geral e 4 objetivos específicos: o primeiro, relacionado à atenção, o segundo, à promoção, determinantes e condicionantes de saúde, o terceiro, à vigilância em saúde e o quarto, à gestão.

Cada objetivo é composto por diretrizes e um quadro de estratégias e metas, bem como os indicadores para avaliação do desempenho das ações propostas.

OBJETIVO GERAL

Fortalecer a política de promoção da saúde no município e efetivar a atenção primária à saúde como espaço prioritário de organização do SUS, adotando a prática da vigilância em saúde, bem como assegurar o acesso, de forma racional, ao atendimento de média e alta complexidade, buscando, assim, a conformação da rede de atenção.

3.1.1- OBJETIVO ESPECÍFICO 1- Buscar a integralidade, a equidade, a qualidade e a humanização na atenção à saúde da população maringaense.

Diretrizes

Para alcançar este objetivo, a Secretaria de Saúde elencou 10 prioridades, de acordo com os problemas apontados no diagnóstico e com as prioridades do Pacto pela Saúde, por meio das quais, a Secretaria de Saúde estará buscando um aprimoramento da gestão. São elas: redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo do útero e de mama, atenção à saúde do idoso, saúde do homem, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violências e acidentes, saúde mental, saúde bucal, fortalecimento da atenção básica, média e alta complexidade e assistência farmacêutica.

Para tanto, deverá ser implantada a Rede de Atenção à Saúde, com as suas linhas de cuidado.

Embora os indicadores de **mortalidade infantil e materna** do município venham se apresentando baixos, pretende-se reduzir ainda mais, especialmente a mortalidade pós-neonatal, atacando-se as causas preveníveis. Pretende-se ampliar a vigilância do crescimento e desenvolvimento, priorizando os bebês de risco, por meio das consultas de puericultura, visitas domiciliares, incentivo ao aleitamento materno e monitoramento da situação alimentar e nutricional.

Será dada continuidade às ações de vigilância da mortalidade infantil e fetal, por intermédio do Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil e da implantação do Comitê Municipal de Mobilização pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Programa Nascer do Paraná: Direito à Vida, como também a investigação dos óbitos: infantil, fetal, de mulheres em idade fértil e

materno, além de melhorar a qualidade da assistência pré-natal e da atenção obstétrica. Também serão adotadas medidas para redução dos índices de cesárea no município.

Deverá ser investido em ações para redução das doenças do aparelho respiratório na infância.

Buscar-se-á implementar a assistência ao adolescente, visando reduzir a gravidez precoce, o uso de álcool e drogas, fortalecendo o grupo de estudo dos profissionais, para abordagem desta população na atenção básica e as ações de promoção e prevenção.

No âmbito da saúde da mulher ainda, deverão ser concentrados esforços para a redução do **câncer do colo de útero e de mamas**.

Com relação à **saúde do idoso** a Secretaria de Saúde buscará implementar as ações de atenção integral à pessoa idosa e as medidas voltadas à promoção do envelhecimento saudável. Uma das estratégias essenciais neste contexto será incentivar hábitos saudáveis, com ênfase nas atividades físicas e alimentação, por meio de ações intersetoriais.

Buscar-se-á efetivar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o acompanhamento nutricional do mesmo, bem como garantir uma cobertura vacinal adequada das vacinas: gripe, tétano e febre amarela para esta faixa etária.

Será importante também promover capacitação dos profissionais na área de saúde do idoso e qualificar os cuidadores de idosos, promovendo a prevenção de quedas e atropelamentos.

Deverão ser desenvolvidas ações com objetivo de melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado e ações de prevenção da violência contra este grupo, bem como a implementação de assistência aos idosos vitimados por este agravo.

Na atenção à **saúde do homem**, a estratégia essencial será a implementação da política respectiva, promovendo ações para o enfrentamento dos principais agravos que acometem o sexo masculino: câncer de próstata, câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, doenças endócrinas e causas externas. Será investido em ações intersetoriais para a redução das internações e óbitos por causas externas, especialmente por acidentes de trânsito e suicídios. Pretende-se garantir a assistência integral à saúde do homem, abrangendo promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A população masculina deverá ser sensibilizada quanto à prevenção dos principais agravos e seus fatores de risco, em especial o tabagismo, o alcoolismo e drogadição, o sedentarismo e a alimentação.

Outra medida importante será a adequação do fluxograma de atendimento dos serviços de referência e o acompanhamento do desempenho dos profissionais que forem capacitados.

Os profissionais deverão ser capacitados para abordagem desta população e sensibilizados para melhorar a captação precoce do câncer de próstata, por meio da ampliação dos exames diagnósticos.

Especificamente no que diz respeito às **violências e acidentes**, constituirá alvo da gestão municipal o fortalecimento da rede de Promoção da Saúde, Prevenção das Violências e Acidentes e Cultura da Paz, por meio da sensibilização dos profissionais e da população quanto às medidas para enfrentamento destes problemas. Os acidentes e violências que mais acometem a população maringaense serão pautados nas discussões de

reuniões intersetoriais, visando ações de prevenção e de melhoria de assistência às vítimas.

Além dos acidentes de trânsito e suicídios que tem sido preocupantes entre os homens e das violências e acidentes que acometem os idosos acima citados, deverá também ser alvo das intervenções da Secretaria de Saúde e outras instituições a violência sexual e doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes.

Outra estratégia importante será a capacitação dos Núcleos de Vigilância em Saúde na rede municipal para atuar na vigilância, prevenção e controle das violências e acidentes.

Os esforços continuarão concentrados na consolidação do modelo de atenção integral em **saúde mental**. A garantia da acessibilidade e de um atendimento integral constituirá questão essencial, que deverá ser enfrentada, sobretudo com a ampliação e qualificação das equipes na atenção básica e nos serviços de referência, com a inclusão das demais secretarias da Prefeitura e instituições relacionadas à assistência às pessoas com transtorno mental nas capacitações realizadas.

Deverá ser ampliado o quadro de profissionais na atenção básica e nos serviços de referência próprios para o desenvolvimento pleno das ações nesta área.

Buscar-se-á o fortalecimento de ações de promoção da saúde e de prevenção dos fatores de risco para saúde mental, especialmente quanto à dependência química. Uma estratégia importante para o enfrentamento deste problema consistirá no fortalecimento das ações intersetoriais de prevenção e de assistência prestada aos usuários. Para tanto, a Secretaria de Saúde estará focando as suas ações entre os adolescentes para sensibilização dos mesmos quanto aos riscos de utilização do álcool e das drogas. Deverá desenvolver ações estratégicas interinstitucionais de atendimento ao dependente químico no contra turno e no ambiente familiar, como também de vigilância e prevenção do alcoolismo e drogadição, junto com a equipe da unidade básica. Os usuários de drogas e suas famílias deverão ser incluídos nas atividades das unidades de saúde.

Além disso, buscar-se-á garantir uma rede extra-hospitalar efetiva, com o fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica, melhoria da articulação com os serviços de urgência-emergência, inclusão da criança e do adolescente no atendimento extra-hospitalar e com a ampliação de leitos específicos em hospital geral contratualizados ao SUS para melhorar a retaguarda destes serviços, em cumprimento às Portarias nº 2.197/04 e 224/92. Será necessário também, adequar a estrutura física do CISAM, CAPS ad e CAPS II, bem como garantir uma equipe de coordenação adequados para estas unidades, uma vez que atualmente o CISAM e o CAPS II compartilham da mesma coordenação.

Outra medida consistirá na aceleração da desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais em internamento de longa permanência devendo estes, ser encaminhados para Serviços Residenciais Terapêuticos, gerando redução de leitos no Hospital Psiquiátricos, segundo art 2º da Portaria 106/02.

Deverão ser realizadas ações estratégicas permanentes para implantação da política de redução de danos no município.

A política municipal de **saúde bucal** continuará a ser implementada, buscando priorizar e ampliar as ações preventivas de caráter coletivo.

Buscar-se-á a ampliação do acesso da população à assistência integral, visando o diagnóstico precoce das doenças bucais, especialmente o câncer bucal, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Para isto, deverá ser ampliada a capacidade resolutive nas unidades básicas de saúde e reduzido o número de faltas nos atendimentos especializados. O agendamento nas Clínicas do Bebê e ingresso dos bebês até 12 meses será monitorado. Será avaliada a necessidade de inaugurar a 5ª Clínica.

Outra medida importante será a intensificação da avaliação do risco à saúde bucal dos usuários nas visitas domiciliares pelas ESB-ESF, nas consultas de urgência odontológicas, nas escolas municipais e Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), com objetivo de realizar o planejamento e o agendamento das consultas odontológicas programáticas das famílias/ usuários com risco que não tem buscado tratamento nas UBS.

Também deverá ser realizado levantamento epidemiológico da saúde bucal da população, visando verificar tendências, planejar e avaliar serviços e as ações desenvolvidas no município.

Com relação ao **modelo de atenção**, a linha prioritária de ação da Secretaria de Saúde de Maringá será o fortalecimento da **atenção básica** como espaço de organização do SUS e como eixo articulador dos demais níveis de atenção, consolidando a Saúde da Família como estratégia de mudança das práticas de saúde dos profissionais.

Para tanto, buscar-se-á organizar a rede de atenção à saúde, ordenada e coordenada pela atenção básica, transformando o modelo atual, baseado na produção de serviços para um modelo de cuidado centrado no usuário e no trabalho multiprofissional em rede, garantindo a integralidade, o acesso e a continuidade do cuidado e articulando as diversas ações e serviços de saúde.

Será fundamental avançar no processo de implantação da Política de Humanização nas unidades, promovendo discussões sobre as diretrizes e dispositivos que fundamentam essa política. Neste sentido, será importante promover a melhoria da ambiência das unidades que ainda estão inadequadas, visando atender às normas da vigilância sanitária, às necessidades da população e o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM). Estas adequações devem prever condições para um atendimento humanizado, de acordo com os preceitos do HumanizaSUS.

Também deverá haver reflexão e implementação do processo de trabalho das unidades, de forma a favorecer o acesso da população na atenção básica bem como promover a adequação do quadro funcional da mesma.

Deverá ainda ser implementado o processo de planejamento local, com vistas ao fortalecimento da territorialização, da responsabilização/ vínculo e da vigilância em saúde.

Outra medida importante será a melhoria do processo de Regulação do SUS, por meio do estabelecimento das diversas linhas de cuidado, monitoramento e avaliação das contratualizações e dos Protocolos Assistenciais.

A ampliação do número de **leitos hospitalares**, a oferta de **cirurgias eletivas**, de **consultas e exames especializados**, de acordo com as necessidades apontadas no perfil epidemiológico é necessidade premente.

Pretende-se adotar medidas para redução da perda de consultas especializadas, melhorando o seu aproveitamento. Para isso, será necessário atuar junto à população por meio dos Conselhos Locais de Saúde para conscientização.

A Secretaria de Saúde estará negociando a ampliação de leitos hospitalares nas áreas de traumatologia-ortopedia, clínica médica e cirúrgica para o município.

Outra medida importante será o fortalecimento do **Hospital Municipal de Maringá (HMM)** para atendimento de média complexidade nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, o credenciamento dos seus leitos de UTI e a implantação do parto humanizado, visando à redução da taxa de cesáreas e a capacitação dos profissionais da área.

O **Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM)** deverá ser consolidado como referência regional de alta complexidade e unidade estratégica nas áreas de neurologia, ortopedia, gestação de alto risco, oncologia, fortalecendo, desta forma, o papel do mesmo como uma instituição voltado ao ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. Este hospital continuará sendo porta de entrada para urgência e emergência, obedecendo os critérios de referência e contra referência pré-estabelecidos para o município de Maringá e região. Deverá implantar os dispositivos da Política de Humanização, visando organizar a porta de entrada.

A Secretaria de Saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde e HUM estarão concentrando esforços na busca de recursos junto aos governos Estadual e Federal, para a consolidação do Plano Diretor deste hospital, com garantia de recursos adequados, bem como a consolidação do Hemocentro de Maringá como um centro de referência regional.

Medidas serão adotadas junto ao Conselho Municipal de Saúde para garantir a porta de entrada de urgência/emergência dos hospitais privados/filantrópicos, de acordo com as habilitações aprovadas pelo Ministério da Saúde, protocolos e contratos pré-estabelecidos, de forma que os pacientes não fiquem aguardando vaga no HUM.

Deverá ser efetivado o credenciamento do Hospital Universitário nas atividades que já realiza, incluindo: gestação de alto risco e urgência e emergência.

A Secretaria de Saúde, em conjunto com a 15ª Regional de Saúde, estará organizando e estruturando o **atendimento pré-hospitalar fixo e móvel de urgência**, expandindo a regulação médica do SAMU para todos os municípios desta Regional, um município da 14ªRS e um da 17ªRS e implantando Unidades de Pronto Atendimento.

A **Assistência Farmacêutica (AF)** procurará colaborar para que se supere a crise do sistema fragmentado de atenção à saúde, o qual organiza-se por componentes isolados e voltados a atenção das condições agudas. Se configurará numa atividade clínica e, desta forma, centrada no paciente, tendo como foco principal o paciente e não o medicamento, constituindo-se em um sistema pro ativo, baseado na atenção integral e no cuidado multiprofissional.

A assistência farmacêutica deverá ser ampliada e descentralizada, oportunizando o acesso aos usuários SUS à mesma, tendo como base os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

Terá também como finalidade garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional. Para tanto, buscar-se-á assegurar o suprimento dos medicamentos nas unidades de saúde e no Hospital Municipal e dos medicamentos específicos, definidos em programas e protocolos assistenciais.

Será importante garantir o controle eficaz de todos os ciclos da assistência farmacêutica, obedecendo as Boas Práticas de Armazenamento e Estocagem, bem como o transporte adequado, correto, em quantidade suficiente, atendendo às Boas Práticas de Transporte.

Deverão ser desenvolvidas ações educativas junto à população e normatizações, bem como aumentar o intercâmbio médico-farmacêutico para promover o uso racional de medicamentos e fitoterápicos disponíveis ao SUS, evitando o desperdício e o uso incorreto dos mesmos. Outra estratégia importante será o fortalecimento do Programa de Fitoterápicos.

Deverão manter-se atualizados os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de temperatura, de dispensação, de aquisição, de limpeza entre outros, com anuência do gestor, para uniformização destes procedimentos na rede municipal de saúde. A dispensação adequada dos medicamentos deverá ser assegurada, segundo os preceitos das Boas Práticas de Dispensação.

Assistência Farmacêutica a ser exercida pelo NASF, enquanto suporte ao PSF, deverá ter suas funções ampliadas, respeitando-se as legislações pertinentes, por meio do desenvolvimento de ações voltadas prioritariamente à assistência em relação à logística do medicamento, bem como, atuar na avaliação da AF e na promoção do uso racional de medicamentos.

As atividades de AF a serem exercidas nas unidades, deverão focar as ações técnico-gerenciais, que se constituem em atividade meio, e que são ações de suporte ao processo gerencial da assistência farmacêutica no âmbito do município, abrangendo assim a responsabilidade técnica, gestão e logística do medicamento, farmacovigilância, promoção do uso racional de medicamentos, treinamento dos profissionais de apoio ao setor, educação permanente, avaliação da assistência farmacêutica, adequação da estrutura física da farmácia, disponibilidade de equipamentos, tecnologia gerencial e de conhecimento.

A coordenação municipal de AF e a Central de Abastecimento Farmacêutico terão como foco principal: selecionar, programar, adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos da Atenção Básica, Programas Estratégicos, acompanhar e avaliar o processo logístico, a prescrição e dispensação de medicamentos e a AF, procedendo levantamentos estatísticos e físico-financeiros de medicamentos recebidos e distribuídos.

Deverá ser garantida a AF às pessoas com transtornos mentais, transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e dependentes químicos, inclusive com a descentralização de medicamentos psicoativos às cinco Regionais de Saúde.

Buscar-se-á reduzir os custos com a Assistência Farmacêutica, otimizando a utilização de recursos disponíveis e diminuindo os desperdícios

de medicamentos, por meio do monitoramento efetivo pelo sistema informatizado Gestor Saúde disponível na rede municipal de saúde.

<u>Estratégias /metas</u>		
Redução da mortalidade materna e infantil	01- Realizar atividades para incentivar o aleitamento materno	1 Semana de Amamentação anualmente e capacitações do IUBAAM
	02- Realizar pesquisa sobre o índice de aleitamento materno	1 pesquisa em 2011
	03- Promover educação em saúde à população com relação às doenças respiratórias na infância e condições nutricionais	Anual
	04- Ampliar o número de grupos de adolescentes nas unidades básicas	De 11 para 20 até 2013
	05- Atualizar e capacitar os profissionais sobre o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança	Protocolo atualizado em 2011
	06- Atualizar e capacitar os profissionais sobre o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente	Protocolo atualizado em 2012
	07- Implementar a assistência pré-natal e promover educação em saúde à população com relação ao parto normal	Anualmente
INDICADORES		
Índice de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses		Aumentar de 43,6% para 45% em 2011
Percentual de mortes infantis preveníveis		Reduzir em 5% até 2013 (65,8% em 2009)
Coeficiente de Mortalidade Infantil		Conforme pactuação do SISPACTO (Resultado 2009-10,32/1000 nv)
Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal		Conforme pactuação do SISPACTO (Resultado 2009-2,92/1000 nv)
Coeficiente de Mortalidade Neonatal		Conforme pactuação do SISPACTO (Resultado 2009-7,4/1000 nv)
Índice de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade		Conforme pactuação do SISPACTO (Resultado 2009-2,2%)
Taxa de internação por doenças do aparelho respiratório nas crianças de 0 à 9 anos		Monitorar
Índice de acompanhamento do SISVAN Web na faixa etária de 0 a 5 anos		Aumentar de 73% para 75 % até 2013
Coeficiente de mortalidade materna		Manter em no máximo

Estratégias /metas		
		25/100.000 mulheres anualmente (Resultado 2009-nenhuma morte)
	Taxa de cesáreas/SUS	Reduzir em 8% até 2013 (Resultado 2009-59,28%)
	Taxa de gravidez na adolescência	<= 11,2%
	Proporção de óbitos: infantil, fetal, de mulheres em idade fértil e materno, de residentes de Maringá investigados	Investigar 100%
Controle do câncer de colo do útero e de mama	08- Promover orientação da população sobre a prevenção de câncer de colo de útero e mamas e ampliar a cobertura de exames	Anual
	09- Atualizar o Protocolo de Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama e capacitar os profissionais	2011
	10- Capacitar os profissionais para coleta de exames de citopatológicos e de mamas	2012
	INDICADORES	
	Taxa de mortalidade por câncer de mamas	Reduzir para 11,00/100.000 até 2013 (Resultado 2009-12/100.000)
	Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	Manter abaixo de 2,0/100.000 mulheres até 2013 (Resultado 2009-2,0/100.000)
	Cobertura de exames citopatológicos nas mulheres na faixa etária de 25 à 59 anos	Aumentar de 18% em 2009 para 23% até 2013
	Proporção de exames de mamografia na população feminina de 40 à 69 anos	Aumentar de 17% em 2009 para 18% da população de 40 à 60 anos, até 2013
	Proporção de mulheres residentes de Maringá com diagnóstico de lesões precursoras do câncer de colo do útero acompanhadas	100% das mulheres residentes
	Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Manter abaixo de 0,03%
Saúde do Idoso	11- Promover capacitação dos cuidadores de idosos	2011 e 2013
	12- Promover ações estratégicas permanentes, para cuidadores, sobre o cuidado com os idosos (mídia, material gráfico)	2010 e 2012
	13- Promover ações de atividades físicas por meio das ATI, grupos de caminhada e outras iniciativas	100% das unidades
	14- Realizar ações de orientação nutricional nos grupos dos idosos	100% das unidades
	15- Realizar capacitações aos profissionais sobre a saúde integral da pessoa idosa	Anual
	16- Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa à todas as UBS para serem distribuídas a esta população	100% das UBS
	17- Sensibilizar a população idosa sobre a importância da	100% das UBS

Estratégias /metas		
	utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	
	18- Promover atividades com os profissionais para prevenção de quedas e atropelamentos na terceira idade	2010 e 2012
	INDICADORES	
	Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores de 60 anos X 10.000	Monitorar
	Índice de unidades básicas capacitadas em saúde do idoso	100% das UBS
	Proporção de UBS com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa disponíveis a esta população	100% das UBS
	Cobertura vacinal de idosos contra: gripe, influenza A H1N1, tétano e febre amarela	Pelo menos 80% dos idosos
	Proporção de unidades básicas que desenvolvem atividades físicas com idosos	100% das UBS
	Proporção de unidades básicas que realizam atividades de acompanhamento nutricional com idosos	100% das UBS
Saúde do Homem	19- Realizar ações estratégicas permanentes para o enfrentamento dos principais problemas relacionados ao sexo masculino: câncer de próstata, câncer de pulmão, acidentes e violências, visando a prevenção e garantido o tratamento	Anualmente
	20- Realizar capacitação para os profissionais sobre câncer de próstata	Em 100% das unidades até 2011
	21- Promover orientações na área de saúde do homem	Em 100% dos Espaços Saúde
	INDICADORES	
	Taxa de mortalidade por câncer de próstata	Monitorar
	Percentual de exames de PSA realizadas na população masculina acima de 40 anos	Monitorar
	Taxa de mortalidade por câncer de pulmão no sexo masculino	Monitorar
	Proporção de cirurgias de prostatectomia suprapúbica	Monitorar
Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violências e acidentes	22- Realizar estudos sobre a mortalidade por causas externas no sexo masculino, para o planejamento de ações preventivas	2010 à 2013
	23- Promover capacitações da atenção básica sobre violência sexual e doméstica	Para 100% das unidades até 2012
	24- Promover capacitações com policiais, conselhos tutelares, delegacias e outras instituições	1 capacitação com cada instituição até 2012
	25- Revisar Protocolo de Atenção às Mulheres, Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual e Doméstica	2011
	26- Promover ações estratégicas permanentes intersetoriais para prevenção de violências e acidentes	Anualmente
	INDICADORES	
	Taxa de mortalidade proporcional por causas externas, por sexo e faixa etária	Monitorar
	Taxa de internação por causas externas, por sexo e faixa etária	Monitorar
Saúde Mental	27- Implantar a 3ª Residência Terapêutica no município	2011
	28- Promover capacitação permanente dos profissionais da rede para atender integralmente ao portador de transtorno mental	Todas as unidades até 2013
	29- Apoiar a viabilização da a implantação de novas Residências Terapêuticas, em parceria com a 15ª Regional de Saúde, segundo a origem dos munícipes	2011

Estratégias /metas		
	30- Desenvolver atividades para reduzir o número de pacientes de Maringá e de outros municípios que permanecem internados após alta no Hospital Psiquiátrico	2010
	31- Implantar o CAPS i	2011
	32- Implantar o Núcleo Integrado de Saúde Mental para fortalecer a integração da rede de serviços substitutivos, com sede própria, agregando o CAPS II, CAPS ad e CISAM	2011
	33- Atualizar o Protocolo da Saúde Mental, abrangendo toda linha de cuidado, estabelecendo fluxograma de encaminhamentos e seus critérios	2011
	34- Promover oficinas de discussão para ampliação de leitos gerais nos hospitais contratualizados ao SUS	2 oficinas até 2011
	35- Realizar fórum para discussão e elaboração de um programa intersetorial e interdisciplinar de atenção à saúde mental, incluindo a dependência de álcool e drogas	2012
	36- Elaborar e executar plano de ação para redução de danos	Anualmente
	37- Implantar o CAPS III	2013
	38- Promover a desmistificação e mudança de paradigmas na atenção em saúde mental	Anualmente
	INDICADORES	
	Taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes	>= 0,9 até 2013
	Índice de pacientes internados há mais de um ano no Hospital Psiquiátrico	Monitorar
	Proporção de hospitais gerais qualificados para a atenção em saúde mental	Ampliar
Saúde Bucal	39- Promover a discussão e sobre a avaliação de risco e o Protocolo de Saúde Bucal	2012
	40- Realizar ações para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica	Anualmente
	41- Realizar ações para ampliar a cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada	Anualmente
	42- Realizar pesquisa epidemiológica (Levantamento Epidemiológico- Saúde Bucal 2010) voltada à construção de série histórica de dados de saúde bucal	Até 2011
	43- Realizar ações para ampliar as atividades coletivas nas UBS e escolas ou instituições das áreas de abrangência	Anualmente
	44- Realizar ações para reduzir o percentual de faltas nas especialidades odontológicas	Anualmente
	INDICADORES	
	Nº de UBS que realizam atividades coletivas	Ampliar de 7 UBS em 2009 para 15 até 2013
	Cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada	Ampliar de 1,21% em 2009 para 5% até 2013
	Cobertura da primeira consulta odontológica	Ampliar de 10,42% em 2009 para 15% até 2013
	Percentual de faltas nas especialidades odontológicas	Reduzir em 5% ao ano, até 2013 (de 26,5% em 2010 para 21,5% em 2013)
Atenção Básica	45- Implantar a rede de atenção, com as 9 linhas de cuidado prioritárias: saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, pessoas em situação ou	Até 2013

Estratégias /metas		
	risco de violência, pessoas com deficiência, doenças emergentes e endemias e saúde do trabalhador	
	46- Ampliar a cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF) no município. Completar as 13 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde para transformá-las em 66 Equipes de Saúde da Família	Até 2011
	47- Realizar 1 Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) das ESF	2011
	48- Implantar e manter 7 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF)	Implantar em 2010 e manter anualmente
	49- Implantar o SISREG (Sistema de Regulação) nas unidades, com cadastramento dos usuários	Em 100% das unidades até 2011
	50- Realizar oficinas de processo de trabalho e planejamento local, por meio da estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS)	Em 100% das unidades até 2013
	INDICADORES	
	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	>=80%
	Proporção de população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família	>=64,70%
	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Monitorar (resultado 2009- 1,93/hab./ano)
	Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde	>=0,5 (resultado 2009- 0,47)
Média e alta complexidade	51- Concluir a elaboração do Protocolo da Atenção Especializada	2010
	52- Elaborar material educativo sobre as consultas especializadas, visando conscientização para redução das perdas em parceria com os Conselhos Locais de Saúde	2011
	53- Promover avaliação anual das filas de espera das unidades, para reduzir as perdas de consultas especializadas	Anual
	54- Dar continuidade nas capacitações sobre algumas especialidades para a atenção básica	Anualmente até 2013
	55- Ampliar o número de leitos de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ortopédica e UTI	25 leitos em 2011 e 25 leitos em 2012
	56- Realizar ações para ampliar a oferta de cirurgias eletivas, especialmente em ortopedia	Anualmente
	57- Referenciar o HMM para a realização do parto humanizado de risco habitual, para os residentes de Maringá	2013
	58- Promover educação à população quanto ao uso adequado dos serviços de urgência/ emergência pré-hospitalares	2011
	59- Criar 2 centros de especialidades, nos eixos leste e oeste	2013
	INDICADORES	
	Taxa de cirurgias eletivas	Ampliar em 10% até 2013
	Taxa de internações SUS/ano	Monitorar (resultado 2009- 6,42%)
	Razão de pacientes em fila de espera para consultas especializadas/ oferta de consultas especializadas no ano	Monitorar
	Proporção de perda de consultas especializadas	Em 20% anualmente, até 2013

Estratégias /metas		
		(resultado 2009-40%)
Assistência Farmacêutica	60- Normatizar, promover e coordenar a organização da Assistência Farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS	2011
	61- Adequar a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e as farmácias das unidades de saúde, com dimensão suficiente e condições adequadas para armazenamento e recebimento de medicamentos, atendendo as exigências da Vigilância Sanitária	Até 2013
	62- Adquirir equipamentos para adequação das unidades, CAF e demais serviços	2011/2012
	63- Adequar a Farmácia de Manipulação	Até 2011
	64- Capacitar as ESF, visando a orientação da população quanto aos riscos da automedicação e estimulando a devolução de medicamentos não utilizados e/ou vencidos por meio dos NASF	2011
	65- Desenvolver educação permanente, por meio de parcerias direcionadas aos farmacêuticos	Anualmente
	66- Revisar anualmente a REMUME, conforme perfil epidemiológico do município e divulgá-lo nas unidades e serviços	A partir de 2010
	67- Ampliar a relação de fitoterápicos na REMUME	2010
	68- Publicar memento e guia terapêutico por meio de parcerias com instituições de ensino	Até 2012
	69- Capacitar a equipe envolvida em todo o ciclo da assistência farmacêutica	Até 2013
	70- Descentralizar o local de entrega de insulina à todas as UBS que tiverem área física adequada para acondicionamento da mesma	Até 2013/ quando forem adequadas as farmácias das unidades
	71- Descentralizar a dispensação de medicamentos psicoativos para as 5 UBS regionais	Até 2013/ quando forem adequadas as farmácias das unidades
	72- Estabelecer um protocolo para recolhimento e inspeção de medicamentos em desuso, com informação e divulgação a população	2011
	INDICADORES	
Proporção de ESF capacitada na Assistência Farmacêutica		Monitorar

3.1.2- OBJETIVO ESPECIFICO 2- Estabelecer políticas saudáveis, investindo nas ações de proteção e promoção da saúde.

Diretrizes

A promoção da saúde é uma das ações prioritárias deste município já há alguns anos.

Para dar continuidade a este trabalho, a Secretaria de Saúde, articulada com diversos setores e instituições do município, deverá canalizar os seus esforços para buscar a prevenção de agravos, principalmente:

- Doenças cardiovasculares;
- Neoplasias: em especial câncer de pulmão no sexo masculino, próstata, mamas, colo de útero e estômago;
- Acidentes- acidentes de trânsito, principalmente entre o sexo masculino e adolescentes e quedas na terceira idade;
- Violências- especialmente violências sexual e doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes e suicídios no sexo masculino;
- Doenças infecciosas de maior incidência- HIV/Aids, Influenza A H1N1, Dengue, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites.

Pretende-se atuar no controle dos fatores de risco das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), em especial o tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes, consumo de álcool e drogas e obesidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão exercer um papel importante na condução deste trabalho dentro das UBS, por meio da equipe multiprofissional que o compõe.

Pretende-se qualificar a atenção básica para atuar junto aos grupos de risco, estimulando a mudança de comportamento da população e a adoção de hábitos saudáveis.

A rede de prevenção e de combate ao tabagismo deverá ser fortalecida, bem como as ações de educação e fiscalização relacionadas aos Ambientes Livres de Tabaco (ALT).

A prevenção de gravidez precoce não planejada, o combate à violência, envolvimento com álcool e drogas, deverá ter continuidade por meio da realização de grupos de trabalho com adolescentes nas UBS, que deverão utilizar-se das mais diversas estratégias e ações intersetoriais.

Outras estratégias de promoção a saúde que compreendem equipamentos e áreas públicas que promovem a adoção de hábitos saudáveis, tais como as Academias da Terceira Idade (ATI), as Academias da Primeira Idade (API), as hortas comunitárias e os Espaços Saúde deverão ser estimulados.

Além disso, deverão ser elaborados novos projetos em parceria com o Ministério da Saúde ou outras instituições, para captação de recursos na área de promoção da saúde.

Ações intersetoriais para melhorar a acessibilidade das pessoas portadoras de necessidades especiais deverão ser pautadas nas discussões do Grupo de Trabalho Intersetorial, coordenado pela Secretaria de Saúde.

Estratégias /metas			
Promoção e determinantes e condicionantes de saúde	73- Realizar capacitação dos profissionais sobre prevenção de doenças crônicas e seus fatores de risco	Em 100% das UBS	
	74- Fortalecer as ações de atividade física junto à população	Anualmente	
	75- Realizar ações de alimentação e nutrição	Anualmente	
	76- Promover ações para diminuir os índices de risco de sobrepeso	Anualmente	
	77- Realizar ações de prevenção de violência e uso de álcool e drogas junto à população	Anualmente	
	78- Desenvolver ações de educação e de prevenção do tabagismo	Anualmente	
	79- Implementar o Programa de Controle do Tabagismo, conforme metodologia do INCA (Instituto Nacional do Câncer)	Nas unidades	
	80- Desenvolver ações de prevenção de acidentes de trânsito e violências	Anualmente	
	81- Elaborar o Plano Municipal de Alimentação e Nutrição anualmente	De 2010 à 2013	
	82- Dar continuidade aos Espaços Saúde, com abordagem de vários assuntos	Anualmente, conforme programação	
	83- Implementar o desenvolvimento sustentável	Anualmente	
	INDICADORES		
	Proporção de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física	100% das UBS	
	Proporção de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da prevenção de acidentes de trânsito	Pelo menos 50% das UBS (Em 2009 nenhuma UBS realizava)	
Proporção de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da alimentação e nutrição	100% das UBS		
Proporção de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da prevenção de violência	100% das UBS		
Proporção de unidades que desenvolvem ações de educação e de prevenção do tabagismo	100% das UBS		
Proporção de unidades com Programa de Controle de Tabagismo implantado	100% das UBS e CAPS ad até 2011 (resultado 2009-23,07%)		
Índice de risco de sobrepeso	Reduzir de 19% para 15% na faixa etária de 0 a 5 anos até 2013		
Proporção de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da prevenção da gravidez precoce não planejada	Monitorar		
Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 anos á 59 anos	<=6/10.000		
Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 30 anos á 59 anos	<=7/10.000		

3.1.3- OBJETIVO ESPECIFICO 3- Promover a vigilância, prevenção e controle de doenças de relevância epidemiológica. Prevenir, diminuir ou controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população, decorrentes da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

Diretrizes

A Secretaria de Saúde estará fortalecendo a capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, influenza A H1N1, hepatite e HIV/Aids.

Uma estratégia essencial para o enfrentamento dos agravos transmissíveis no âmbito do município será o fortalecimento da integração entre ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, zoonoses, de laboratório e de assistência à saúde, considerando a sua magnitude e potencial de disseminação. Com relação às doenças imunopreveníveis buscar-se-á manter coberturas vacinais adequadas referentes a cada agravo.

Os Núcleos de Vigilância em Saúde (NVS) implantados na rede municipal deverão ser legitimados dentro das UBS para dar continuidade às ações de vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos transmissíveis dentro dos seus territórios. As ESF deverão ser constantemente instrumentalizadas para adotarem estratégias de enfrentamento destes agravos, em suas áreas de abrangência. Atividades educativas devem ser intensificadas pelas unidades básicas, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Plano de Saneamento do Município deverá ser concluído e implantado até 2012, com ampliação da coleta seletiva de resíduos para 100% do município, educação ambiental e destino final de resíduos domiciliares, interferindo diretamente no controle do vetor da dengue.

Buscar-se-á também a vigilância, prevenção, controle e intervenção de doenças e agravos em que o meio ambiente representa fator de risco para a saúde, incluindo as zoonoses e saúde do trabalhador.

Os NVS e NASF deverão ser fortalecidos para continuar desenvolvendo ações para o enfrentamento dos problemas sanitários relacionados ao meio ambiente, incluindo as zoonoses.

As ações do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e as ações intersetoriais deverão ser intensificadas, realizando orientações à população sobre perigos e riscos de doenças, assim como ações de controle de populações de animais domésticos por meio de educação em posse responsável e ampliação das atividades de controle de natalidade de cães e gatos.

A saúde do trabalhador constitui um desafio para a Secretaria de Saúde, requerendo a implementação de ações voltadas para este grupo de risco nas unidades e serviços. Será negociada a implantação do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) com o Estado.

A vigilância ambiental deverá estar inserida nas ações que promovam a acessibilidade aos portadores de necessidades especiais.

As ações de controle de qualidade da água do município deverão ser mantidas pela vigilância ambiental (estações de tratamento, poços artesianos e soluções alternativas coletivas).

Deverá ser ampliado o quadro funcional da vigilância ambiental com objetivo de inserir estes profissionais na atenção básica.

Outra medida importante será a vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e consumo de bens, produtos e serviços.

As ações de vigilância sanitária deverão estar em consonância com as ações de promoção adotadas pelo município, com ênfase no tabagismo, alimentação saudável e acessibilidade.

Uma das linhas de atuação da vigilância sanitária consistirá em dar um maior enfoque nas ações de educação em saúde.

Os Núcleos de Vigilância em Saúde e os NASF deverão ser capacitados para desenvolver ações para o enfrentamento dos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse em saúde, dentro do seu território.

A legislação sanitária do nível municipal deverá passar por revisão, de modo a incluir temáticas em falta, excluir redundâncias e se for o caso, harmonizar com a legislação das demais esferas.

Será importante também conhecer o real universo de estabelecimentos de interesse da Vigilância Sanitária existentes no município, para melhor planejamento e monitoramento das ações.

<u>Estratégias /metas</u>			
Vigilância em Saúde	84- Realizar capacitações para os Núcleos de Vigilância em Saúde (NVS) e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) para trabalhar com a população de seus territórios, a educação em saúde	Anualmente até 2013	
	85- Realizar atualização para profissionais de saúde, no manejo clínico da dengue	Anualmente	
	86- Atingir coberturas vacinais estabelecidas pelo Ministério da Saúde para influenza A H1N1	Metas do MS	
	87- Implantar o CTA itinerante para ampliar o diagnóstico da HIV/AIDS	2011	
	88- Intensificar as ações de promoção, proteção e prevenção de DST/Aids à população em geral e grupos vulneráveis, de forma descentralizada às UBS, conforme metas do Plano de Ações e Metas (PAM)	Garantir a sustentabilidade técnica das ações do programa DST/HIV/AIDS, por meio de capacitações técnicas, conforme metas do Plano de Ações e Metas (PAM)	De 2010 a 2013
		Realizar oficina para instrumentalizar o controle social na temática DST/HIV/AIDS, conforme metas do Plano de Ações e Metas (PAM)	2010
		89- Realizar ações para ampliar o índice de cura de tuberculose	Até 2013
	90- Realizar ações para ampliar a cobertura vacinal da hepatite B, com 3 doses, na população de 11 a 19 anos	Realizar ações para ampliar o acesso à vacinação contra hepatite B para alguns grupos de risco (manicures, podólogos, tatuadores)	Até 2013
		91- Realizar Levantamentos de Índice Rápido Ambiental	4 levantamentos

Estratégias /metas		
	(LIRA) para dengue, e outras ações para controle deste agravo	por ano
	92- Realizar 2 capacitações anuais dos profissionais da atenção básica em assuntos relacionados ao meio ambiente, incluindo saúde do trabalhador e zoonoses	Até 2013
	93- Reformar/ ampliar o CCZ, para adequação da estrutura às normas sanitárias	2010/2011
	94- Desenvolver ações educativas, relacionadas à posse responsável	Anualmente em 100% das UBS
95	Realizar oficina para estabelecer diagnóstico de atenção à saúde do trabalhador na rede municipal	2010
	Instituir protocolo de atenção a saúde do trabalhador	Até 2013
	96- Participar dos Espaços Saúde, com os temas: dengue e zoonoses	Em 100% destes eventos
	Cumprir metas estabelecidas para a Vigilância da Qualidade da Água (VIGIAGUA)	100% das metas estabelecidas
	97- Promover atividades de orientação voltadas para consumidores de produtos e serviços	Anualmente
	98- Realizar capacitação para os servidores da vigilância em saúde, NVS e NASF sobre doenças e agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e consumo de bens, produtos e serviços	2011 e 2013
	99- Revisar a legislação sanitária municipal	2011
	100- Implantar no Sistema Gestor Saúde o cadastro dos estabelecimentos, por meio da alimentação regular do sistema	Até 2011
	101- Observar o cumprimento da legislação de controle do tabagismo no município	Em 100% dos estabelecimentos
	102- Elaborar e executar o Plano Anual de Vigilância Sanitária	Até 2013
	INDICADORES	PACTUAÇÃO
	Taxa de incidência da AIDS	Monitorar (Resultado 2009-36,36/100.000)
	Cobertura vacinal da vacina contra hepatite B para adolescentes	Ampliar de 70,15% em 2009 para 90,0% em 2013
	Cobertura vacinal da vacina contra hepatite B para a população de risco	Para no mínimo 20% desta população até 2011
	Taxa de letalidade das formas graves de Dengue	<=2% (nenhum caso em 2009)
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Ampliar de 66,67% em 2009 para 85% até 2013
	Nº de notificações dos agravos à saúde do trabalhador	Aumentar em 15% de 306 até 2013
	Nº de castrações de animais domésticos realizadas	Ampliar em 100% em 2010, em relação a 2009 (426)
	Percentual de cantinas escolares, públicas e privadas, para o cumprimento da legislação vigente, que proíbe	100% das escolas

<i>Estratégias /metas</i>		
	comercialização de alimentos não saudáveis, fiscalizadas	
	Percentual de Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI)	100% das ILP
	Percentual de estabelecimentos de serviço de saúde, públicos e privados inspecionados, quanto à acessibilidade	100% dos estabelecimentos até 2011
	Proporção de estabelecimentos com ALT inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados anualmente
	Percentual de instituições de ensino públicas e privadas, de ensino regular e livres fiscalizados, quanto a acessibilidade	100% das instituições

3.1.4- OBJETIVO ESPECÍFICO 4- Fortalecer a gestão do SUS e a participação social no Município de Maringá

Diretrizes

No que diz respeito ao **financiamento**, o município deverá se comprometer em cumprir com a Emenda Constitucional 29 de 2000, fomentando a sua regulamentação. Os recursos deverão ser aplicados visando a qualidade e a eficácia dos gastos em saúde, por meio do aprimoramento da gestão e da atuação sistêmica em planejamento. Os recursos próprios do município deverão ser investidos prioritariamente nas ações da atenção básica.

Uma das medidas essenciais no contexto da **infraestrutura**, será a implementação da estrutura física das unidades que ainda estão inadequadas, a aquisição de equipamentos e a melhoria do transporte de usuários para tratamento, atendimentos de urgência e para os serviços administrativos.

Pretende-se, também, aprimorar o **processo de informatização** da rede de serviços, com a higienização dos dados coletados e definição de processos operacionais mais eficazes. Buscar-se-á concluir a implantação do prontuário eletrônico nas unidades, a melhoria da infraestrutura da sala de capacitação para aprimorar o uso do sistema e garantir a confiabilidade dos dados e a melhoria das condições de trabalho das equipes de suporte técnico e de manutenção. Será reforçada a proposta junto ao Centro de Tecnologia e Informação (CTI) de ampliação dos serviços de suporte técnico.

A gestão municipal buscará difundir, consolidar e dar sustentabilidade à **Política de Humanização** em todos os setores e serviços de saúde próprios e contratualizados ao SUS, em parceria com consultoria do Ministério da Saúde, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Para tanto, será sugerido que seja incluído o tema HumanizaSUS nos Cursos Introdutórios. Outra medida importante consistirá em fortalecer o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) como espaço de discussão de formatação da rede de atenção no município. Será incentivada a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nos hospitais que são porta de entrada para urgência/ emergência no município, que ainda não implantaram: Santa Rita, Santa Casa, Hospital Universitário e Hospital do Câncer. Deverá também ser realizado processo de co-gestão com as unidades novas.

Com relação ao **planejamento, controle e avaliação**, deverá ser promovida a descentralização do mesmo para as unidades e serviços, incentivando a participação de trabalhadores, usuários e gestores na formulação de propostas e na avaliação e monitoramento das ações.

No tocante à **gestão do trabalho e da educação em saúde**, deverão ser adotadas como estratégias o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir das prioridades elencadas neste plano e nas propostas dos projetos e planos específicos, melhorando a qualificação e o desempenho dos trabalhadores e gestores nas áreas estratégicas do SUS, com acesso à materiais de apoio e referências bibliográficas.

Também deve ocorrer a adequação do quadro funcional da Secretaria de Saúde, com efetivação da mesa de negociação do trabalho, buscando a valorização profissional, garantindo que os diretores da UBS sejam

técnicos de carreira. Ainda destacamos como estratégia, a organização e normatização das pesquisas acadêmicas e a integração ensino/serviço de saúde, por meio dos estágios de alunos das universidades nas unidades de saúde, visando aprimorar a formação dos futuros profissionais que atuarão na Atenção Básica, utilizando-se de parcerias com o Ministério da Saúde- PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) ou outras iniciativas locais. Por fim, também deverá estar presente o fortalecimento e ampliação da capacidade gerencial dos gestores, com a finalidade de aumentar a eficiência e eficácia do sistema.

A **participação e controle social** da saúde no município de Maringá deverão ser implementados, com a implantação do ParticipaSUS (Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS), tendo como principais objetivos tornar a gestão das políticas públicas mais democrática e participativa, apoiar os processos de educação permanente dos conselheiros municipais e implementar práticas de gestão estratégica com ações de auditoria, de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Para tanto, será necessário incentivar a implementação dos Conselhos Locais de Saúde em todas as instituições vinculadas ao SUS, executando as ações deliberadas pelos mesmos e estimulando a participação dos usuários nas reuniões. Buscar-se-á promover a divulgação aos usuários sobre os seus direitos e legislação, bem como das ações do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde e das experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde. A ouvidoria municipal deverá ser implementada, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais. O Conselho deverá exercer o seu papel de proponente e de fiscalizador no sentido de se fazer cumprir a legislação de saúde vigente.

As comissões entre os conselhos municipais de políticas públicas existentes deverão ser fortalecidas e efetivadas para discutir temas pertinentes a saúde, buscando a intersetorialidade.

Estratégias /metas		
Financiamento	103- Ampliar e garantir o teto financeiro SUS e o repasse mensal ao Consórcio Público de Saúde pelos governos federal e estadual	2010
	INDICADORES	
	% de receita aplicada em saúde no município	Aplicar anualmente no mínimo 15% da receita do município em saúde
	% de recursos próprios aplicados na atenção básica	Investir anualmente no mínimo 70% dos recursos próprios na atenção básica
Infraestrutura	104- Construir a Unidade Básica de Saúde Piatã/Paulino	2010/2011
	105- Construir a Unidade Básica de Saúde Zona 7	2010/2011
	Construir as UBS para substituir as antigas:	2010
	106- Parigot de Souza 107- Floriano	

Estratégias /metas		
	108- Universo 109- Iguatemi 110- Morangueira 111- São Silvestre	
	Reformar/ ampliar as UBS: 112- Cidade Alta, Alvorada III e Tuiuti 113- Pinheiros (PROSAUDE) 114- Industrial 115- Maringá Velho 116- Guaiapó/Requião	2010/2011
	Reformar/ ampliar as UBS: 117- Grevíleas 118- Zona Sul 119- Casa 21 do PSF	2011
	120- Reformar/ ampliar a UBS Quebec, após atender as demandas da conferência	2011
	Adequar as seguintes unidades: 121- Pinheiros- 2 salas 122- Iguazu	2012
	123- Construir uma UBS no Jardim Paris, para dar cobertura aos Jardins: Império do Sol, Diamante, Condomínios Santa Marina, Bela Vista e Favoretto	2012/2013
	124- Ampliar o número de ACS no NIS Iguatemi para dar cobertura em São Domingos, eliminando a necessidade de construção de uma unidade nova	2010
	125- Reformar/ ampliar o HMM	2010/2011
	126- Reformar o CTA, com recursos do incentivo do PAM	2011
	127- Construir a UPA III	2010
	128- Construir a UPA II	2010/ 2011
	129- Construir a Central de Regulação do SAMU	2010
	160- Reformar/ampliar a Clínica Odontológica do CEO Zona Norte	2010/ 2011
	Frota 130- Ampliar/ renovar a frota de carros e ambulâncias da média e alta complexidade 131- Ampliar/ renovar a frota de carros da vigilância sanitária 132- Ampliar/ renovar a frota de carros da vigilância epidemiológica 159- Ampliar/ renovar a frota de carros da atenção básica	Até 2013
	INDICADORES	
	Proporção de UBS construídas	100% das unidades propostas para o ano
	Proporção de UBS reformadas	100% das unidades propostas para o ano
	Número de carros ampliados/ repostos	Ampliar/ repor
Informatização	133- Concluir a implantação do prontuário eletrônico	Em 100% das unidades até 2011
	INDICADORES	
	Taxa de cadastramento de usuários SUS	100% até 2013
Humanização	134- Realizar oficinas de trabalho para discussão da política, dos problemas relacionados à atenção à saúde da	Anualmente, até 2013

Estratégias /metas		
	população e da implantação de novos dispositivos, incluindo unidades básicas, de referência, hospitais, SAMU e serviços de apoio	
	135- Ampliar o número de unidades ambulatoriais e hospitalares com GTH	Até 2013
	136- Elaborar protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) para as UBS, antes da implantação deste dispositivo	2011
	137- Ampliar as unidades básicas de saúde com ACR	Até 2013
	138- Implantar o ACR em unidades hospitalares vinculadas ao SUS, que são referência para urgência/emergência	Até 2013
	139- Implantar ACR na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte	Até 2011
	140- Realizar mostras de trabalhos em humanização	2012
	141- Implantar a Clínica Ampliada no HMM	2010
	142- Implantar a Clínica Ampliada nas UBS	Até 2011
	143- Divulgar as ações e a implantação de novos dispositivos, por meio de jornal quadrimestral	A partir de 2011
	INDICADORES	
	Proporção de UBS com ACR implantado	Ampliar para 50% das unidades até 2013 (4% em 2009- 1 unidade)
	Proporção de unidades hospitalares com ACR implantado	Implantar em 100% das unidades hospitalares até 2013 (37,5% em 2009)
	Proporção de UBS com Clínica Ampliada implantada	Implantar em 100% das UBS em 2011
	Proporção de unidades ambulatoriais e hospitalares com GTH implantado	Implantar em 100%, até 2013 (30,30% em 2009)
Planejamento, Controle e Avaliação	144- Capacitar as chefias de unidades em planejamento estratégico para elaboração de Programações Locais de Saúde anualmente	Anualmente
	145- Elaborar e executar as Programações de Saúde e os Relatórios de Gestão das unidades	Anualmente
	146- Elaborar os Planos Operativos Anuais (POA) das unidades de saúde	Anualmente
	INDICADORES	
	Proporção de unidades que apresentaram relatório anual de gestão local	100% das unidades
	Proporção de unidades que apresentaram plano local de saúde	100% das unidades
	Proporção de unidades com POA elaborado	100% das unidades
Gestão do trabalho e educação em saúde	147- Elaborar programa anual de qualificação profissional nas áreas estratégicas para os trabalhadores e para os gestores. Tal programa possibilitaria a reflexão crítica sobre os processos de educação em saúde e a transformação dos	Anual

Estratégias /metas			
	modos de organização da atenção à saúde.		
	148- Criar instrumento para avaliar o impacto das capacitações realizadas	2011	
	149- Elaborar programa anual de necessidades de pessoal para as unidades, serviços e Equipes de Saúde da Família, contemplando a atenção básica, os ambulatorios de referência (CAPS ad, CAPS II, CISAM, policlinicas Zona Norte e Zona Sul), o Hospital Municipal de Maringá, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte e Zona Sul, Vigilância em Saúde e serviços de apoio. Contratar recursos humanos para as unidades, conforme necessidade definida no programa anual, apresentando ao Conselho Municipal de Saúde	Anual	
	150- Implementar e atualizar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os profissionais da saúde	2010	
	151- Formar a Biblioteca Virtual	2011	
	152- Ativar o Comitê de Avaliação de Projetos de Pesquisa	2010	
	153- Ampliar a gratificação para os servidores lotados no HMM	Em até 25% em 2010/ 2011	
	154- Criar a gratificação para os servidores das UPA Zona Norte e Zona Sul e Residências Terapêuticas	25% de gratificação em 2010/ 2011	
	INDICADORES		
	Índice de ocupação por profissionais pertencentes ao quadro de servidores da Secretaria de Saúde, nas chefias das unidades	100% das chefias com profissionais do quadro de servidores municipais (Em 2009- 60%)	
Participação e Controle Social	155- Ações relacionadas ao ParticipaSUS	Realizar o Curso de Especialização sobre Monitoramento, Regulação, Avaliação e Auditoria para conselheiros	2011
		Promover capacitação dos profissionais das unidades sobre a humanização do atendimento e o direito dos usuários	2011
		Elaborar cartilha de orientação à população sobre utilização e ações dos conselhos locais e conselho municipal de saúde e melhorias das unidades	Até 2011
		Divulgar as ações dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de campanhas publicitárias e mídia	Anualmente
		Elaborar as agendas para Conselheiros de Saúde com informações pertinentes ao controle social	2011
		Formular um Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde com a edição semestral, contendo informações sobre as atividades realizadas pela Secretaria de Saúde, atas, reuniões, ações do controle social, prestação de contas e outras informações de interesse	2011
		Implantar ações de ouvidoria descentralizadas	Em 100% das unidades e serviços de 2011 à 2013
		156- Promover avaliação anual da unidade pela	A partir de 2011

Estratégias /metas		
	comunidade	
	157- Elaborar vídeo do Conselho Municipal de Saúde, mostrando o seu papel	2011
	158- Implementar o site do Conselho Municipal de Saúde, com subsídios da Prefeitura	2011
	INDICADORES	
	Média de usuários participantes nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde	Monitorar
	Número de Conselhos Locais de Saúde implementados	30 até 2011

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde 2008/2009- 2011. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Instrumentos Básicos. 2ª Ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série: Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

GOYA, S. Estudo do perfil epidemiológico dos adolescentes no município de Maringá Paraná [Monografia de Especialização]. Bauru: Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas – regional Bauru; 2004.

MARINGÁ. Atlas Social de Maringá: caracterização socioeconômica da pobreza/ Alexandre Carvalho Baroni et al (orgs.). Maringá: Clichetec, 2004.

TANAKA, F. Prevalência da cárie dentária em crianças de 6 e 12 anos de idade de escolas públicas do município de Maringá- PR, Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Ponta Grossa- UEPG- PR, 2004.