



PREFEITURA DE  
**PIRAQUARA**

Secretaria de  
Saúde

# PLANO DE SAÚDE

## 2014 a 2017

Secretaria de Saúde de Piraquara





PREFEITURA DE  
**PIRAQUARA**

Secretaria de  
Saúde

©2013. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

**Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara**

Rua Angelo Galli, 66 – Centro

CEP: 83.301-015 – Fone: (41) 3590-3700

[smspqa@pr.gov.br](mailto:smspqa@pr.gov.br)

[www.piraquara.pr.gov.br](http://www.piraquara.pr.gov.br)

Capa: Foto Bruno Oliveira

---

PIRAQUARA Secretaria Municipal de Saúde.

Gestão 2013 / 2016

Plano Municipal de Saúde - aprovado pelo COMUSP na reunião em 20/11/2013 (ATA - anexo nº 3).

PIRAQUARA: SMSP, 2013

259 páginas



**Prefeitura Municipal**

Marcus Maurício de Souza Tesserolli

*Prefeito Municipal*

Maristela Zanella

*Secretária Municipal de Saúde*

Randal Fadel

*Superintendente*

**Equipe Organizadora**

Marcelo Marçal Morini

*Diretor da Gestão em Saúde*

Rosângela Aparecida Valentin

*Coordenadora de Regulação/Auditoria*

Angelo Col

*Médico Auditor*

**Revisão Técnica**

Eduardo Augusto Tomanik

*Professor - Universidade Estadual de Maringá*



## **Equipe Técnica**

**Gestão:** Maristela Zanella, Randal Fadel, Marcelo Marçal Morini e Álvaro Markoski

**Vigilância em Saúde:** Andréa Rech, Ariela Criustine Kawakami Borga, Celma Gonçalves e Rosângela Scremim

**Atenção à Saúde:** Gerbas Custódio, Terézio Gapski Filho, Regina Bueno Ribas Pinto, Karin Will, José Carlos Stocco da Silva, Juliana Okagima, Jamile Ribas Bos, Osni Ptak, Suzane Sanches, Josiane Choré e Maria Sabino Alves, Cristiane Body Toth, Fernanda Naiara Gans e Leia Hidemi Noguti.

**Gestão em Saúde:** Angelo Col, Sylvania Proença, Tânia Cristina de Paula, Simone Gaio e Rosângela Aparecida Valentin

**Ouvidoria:** Rosângela Aparecida Valentin e Maria Eliete Darienzo

**Fundo Municipal de Saúde:** Antonio Dias da Cruz, Márcia Torquato e Sheila Veloso

**Conselho Municipal de Saúde:** Francisca Barros da Silva



#### AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram no processo de organização e elaboração do Plano de Saúde 2014 - 2017 do Município de Piraquara – Paraná.



***Que a Primavera faça com o Plano de Saúde,***

***O que faz com as flores.***

***E a saúde da população de Piraquara,***

***floresça com as propostas assumidas.***



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>I. ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>25</b>
<b>1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO .....</b>	<b>25</b>
1.1 Histórico.....	25
1.2 Pontos Históricos / Atrações.....	26
1.3 Aspectos Geográficos .....	27
1.4 Municípios Abrangentes – 2ª Regional de Saúde .....	29
<b>2. PERFIL DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>30</b>
2.1 Crescimento Populacional .....	30
2.2 População Residente Na Área Rural e Urbana .....	32
2.3 Dinâmica Populacional .....	33
2.4 Expectativa de Vida .....	35
2.5 Densidade Demográfica .....	36
2.6 Identificação De População .....	36
2.6.1 População Carcerária .....	36
2.6.2 População Indígena .....	37
2.6.3 População de Rua .....	40
2.7 Taxa de Fecundidade .....	40
2.8. Mortalidade Proporcional por Idade .....	41
2.8.1 Mortalidade geral – Óbitos por Ano e faixa Etária.....	41
<b>3. ASPECTOS SOCIAL-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA.....</b>	<b>42</b>
3.1 População Ocupada Segundo As Atividades Econômicas – 2010 Piraquara .....	42
3.2 Principais Atividades Econômicas e Nível de Emprego por Tipo de Atividade.....	44
3.3 Índice de Desemprego .....	45
3.4 Trabalho Infantil .....	45
3.5 Renda Familiar (Média) .....	46
3.6 Pessoas com Baixa Renda.....	47
3.7 Comparativo IDH-M.....	51
3.8 Educação .....	54
3.8.1 Rede de Ensino Pública e Privada de 1º. e 2º. Grau e matrículas por estabelecimento – Piraquara. ....	54
3.8.2 Alunos matriculados por faixa etária .....	54
3.8.3 Numero de escolas existentes (1o, 2o. e 3o. grau, e profissionalizantes) Rede Pública – Secretaria Municipal de Educação de Piraquara. ....	55
3.8.4 Taxa de analfabetismo segundo a faixa etária .....	55



3.8.5 Avaliação Educação Básica (IDEB).....	56
3.8.6 Numero de creches e vagas – instituições públicas.....	56
<b>4. ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA .....</b>	<b>57</b>
4.1 Água .....	57
4.1.1 Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água .....	57
4.1.2 Acesso a rede de água e esgoto sanitário .....	57
4.2 Saneamento.....	58
4.2.1 Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária .....	58
4.3 Lixo (coleta e destino final).....	59
<b>5. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO .....</b>	<b>59</b>
5.1 Mortalidade Geral .....	59
5.1.1 Óbitos por Ano do Óbito e Faixa Etária .....	59
5.1.2 Mortalidade Geral por Sexo.....	61
5.1.3 Mortalidade geral por grupos de causas mais frequentes .....	61
5.1.4 Principais causas mortalidade – 2008 a 2011 .....	62
5.1.5 Mortalidade geral por local de residência 2008 a 2012 .....	62
5.2 Mortalidade Infantil .....	63
5.2.1 Taxa mortalidade infantil no período de 2008 a 2011 .....	63
5.2.2 Causa dos óbitos menores de 01 ano no período.....	63
5.3 Nascimentos no período de 2008 a 2011 .....	65
5.3.1 Informações sobre nascimentos no período de 2008 a 2011 .....	65
5.3.2 Percentual de crianças nascidas vivas por consultas de pré-natal – 2008-2012 .....	65
5.4 Mortalidade Materna.....	66
5.4.1 Óbitos maternos no período 2008 a 2011 .....	66
5.5 Cobertura Vacinal.....	68
5.5.1 Cobertura vacinal no período 2008 a 2012 .....	68
5.6 Doenças de notificação compulsória 2008 a 2012 .....	69
5.6.1 Doenças de Notificação- 2008 - 2012.....	69
5.6.2 Sífilis congênita.....	70
5.7 Morbidade hospitalar.....	72
5.7.1 Internamentos por causa segundo CID 10.....	72
5.7.2 Internações por Grupo de causas e Faixa etária.....	74
5.7.3 Internamentos por Fratura de fêmur em população idosa .....	75
5.8 Indicadores relacionados a atenção básica.....	76
5.9 Série Histórica de cobertura da APS , ESF e ESB .....	77





<b>6. REDE FISICA DE ATENDIMENTO A SAÚDE .....</b>	<b>78</b>
6.1 Estabelecimentos e tipo de prestador - Piraquara no ano de 2012.....	78
6.2 Leitos Hospitalares por 1.000 habitantes .....	78
6.3 Leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade .....	78
6.4 Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas .....	80
6.5 Equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos .....	82
6.6 Equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias de equipamentos.....	83
<b>7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....</b>	<b>84</b>
7.1 Vigilância epidemiológica.....	84
7.2 Germano Traple.....	87
7.3 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.....	90
7.4 Núcleo de Prevenção à Violência - NUPREVI .....	91
7.5 Vigilância Sanitária.....	96
7.6 Vigilância Ambiental.....	97
7.7 Vigilância do trabalhador.....	98
<b>8. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE .....</b>	<b>100</b>
8.1 Rede de APS.....	100
8.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	102
8.3 Programa Saúde da Mulher.....	102
8.4 Programa Saúde do Homem.....	103
8.5 Programa de Prevenção aos Agravos Crônicos Não Transmissíveis.....	104
8.6 Programa Saúde na Escola – PSE .....	106
8.7 Saúde Mental.....	107
8.8 Nutrição.....	113
8.9 Saúde Bucal .....	116
8.10 Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SADT .....	116
<b>9. ASSISTENCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....</b>	<b>117</b>
<b>10. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....</b>	<b>119</b>
10.1 atendimentos de internação Hospitalar no Município de Piraquara .....	119
<b>11. ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>
11.1 Estrutura de Atendimento de Urgência e Emergência no Município.....	122



11.2 Queixas na Ouvidoria .....	123
11.3 Remoções 2012 / 2013 .....	123
<b>12. ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA .....</b>	<b>125</b>
<b>13. REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, AUDITORIA E OUVIDORIA. ....</b>	<b>127</b>
13.1 Regulação .....	127
13.2 Auditoria.....	129
13.3 Ouvidoria .....	131
13.4 Média e Alta Complexidade - Regulação.....	138
<i>Organograma do Setor de Regulação/Auditoria.....</i>	<i>139</i>
<b>II. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE .....</b>	<b>142</b>
<b>1. ALIMENTAÇÃO .....</b>	<b>147</b>
<b>2. MORADIA .....</b>	<b>151</b>
<b>3. ÁGUA TRATADA, ESGOTAMENTO SANITÁRIO E ENERGIA ELÉTRICA .....</b>	<b>152</b>
<b>4. EDUCAÇÃO.....</b>	<b>157</b>
<b>5. TRABALHO E RENDA .....</b>	<b>157</b>
<b>6. TRANSPORTE PÚBLICO .....</b>	<b>158</b>
<b>7. LAZER.....</b>	<b>158</b>
<b>8. ACESSO A BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS.....</b>	<b>158</b>
<b>DECLARAÇÃO DO MILÊNIO.....</b>	<b>159</b>
<b>III. GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>180</b>
<b>14. PLANEJAMENTO.....</b>	<b>180</b>
<i>Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara.....</i>	<i>181</i>
14.1 Planejamento .....	182
14.2 Descentralização e Regionalização.....	184
<b>15. FINANCIAMENTO .....</b>	<b>186</b>
15.1 Receitas .....	186
15.2 Receitas por esferas de gestão .....	186
15.3 Repasses Federais por Blocos de Financiamento.....	188
15.4 Despesas.....	189
15.4.1 Despesas Empenhadas, Liquidadas e Pagas.....	189
15.4.2 Perfil da Despesa .....	189



15.5 Indicadores municipais do financiamento.....	191
15.6 Investimento de recursos próprios em Saúde Segundo a Emenda Constitucional 29/2000.....	193
15.7 Participação Social.....	194
15.8 Gestão do trabalho em saúde .....	195
15.9 Educação em saúde .....	198
15.10 Informação em saúde .....	199
15.11 Infraestrutura .....	199
<b>IV. CONCLUSÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL – DIRETRIZES E METAS PARA 2014-2017.....</b>	<b>202</b>
DIRETRIZES.....	204
<b>1º OBJETIVO ESTRATÉGICO.....</b>	<b>204</b>
1ª Diretriz.....	204
2ª Diretriz.....	205
3ª Diretriz.....	211
4ª Diretriz.....	215
5ª Diretriz.....	217
<b>2º OBJETIVO ESTRATÉGICO.....</b>	<b>236</b>
6ª Diretriz.....	237
7ª Diretriz.....	238
<b>3º OBJETIVO ESTRATÉGICO.....</b>	<b>241</b>
8ª Diretriz.....	241
Referências Bibliográficas.....	247
Anexos.....	252
Lista nº 01.....	252
Lista nº 02.....	253
Apresentação do Plano ao COMUSP.....	255
Ata do COMUSP.....	256



## LISTA DE IMAGENS, MAPAS, GRÁFICOS, FIGURAS, TABELAS E QUADROS

### IMAGENS

Imagem 01 - Prédio Histórico .....	26
Imagem 02 - Igreja Matriz .....	26
Imagem 03 - Reservatório do Carvalho. Piraquara .....	27
Imagem 04 – Aldeia Araçaí .....	39
Imagem 05 – Esgoto Bairro Guarituba / Piraquara .....	153

### MAPAS

Mapa 01 - Limites, localização, divisões territoriais .....	27
Mapa 02 - Principais rodovias .....	28
Mapa 03 – Mapa e planta de Piraquara .....	29
Mapa 04 - Localização do município entre os municípios pertencentes à 2ª. Regional de Saúde.....	29

### GRÁFICOS

Gráfico 01 - proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas por grupos de idade no Brasil em 2008 .....	32
Gráfico 02 – Distribuição de cobertura hospitalar – Piraquara .....	49
Gráfico 03 – Distribuição de cobertura hospitalar – Brasil .....	49
Gráfico 04 - Evolução do IDH-M – Piraquara .....	52
Gráfico 05 - Internamentos de Residentes/Não Residentes em Piraquara: janeiro a julho/2013 .....	120
Gráfico 06 – Sobrepeso, Obesidade 2008 / 2011 .....	151
Gráfico 07 - Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas – 1999 – 2012 .....	161
Gráfico 08 - Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011 .....	164
Gráfico 09 - Óbitos maternos e nascidos vivos - 1997-2011 .....	165
Gráfico 10 - Casos de AIDS registrado por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011 .....	168
Gráfico 11 - Casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011 .....	169

### FIGURAS

Figura 01 – Distribuição da população – Piraquara .....	34
Figura 02 – Distribuição da população – Paraná .....	34



Figura 03 – Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.....	35
Figura 04 - Total da população de apenados no estado do Paraná .....	37
Figura 05 - Taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais – Piraquara .....	55
Figura 06 - Fluxo de Atendimento: Vigilância Epidemiológica .....	86
Figura 07 - Fluxo de Atendimento: Vigilância Epidemiológica .....	86
Figura 08 - Fluxo de Atendimento: Centro Especializado Dr. Germano Traple.....	89
Figura 09 – Fluxo de Atendimento: Saúde da Mulher.....	103
Figura 10 – Fluxo de Atendimento: Programas da Atenção Básica .....	107
Figura 11 – Fluxo de Atendimento: CAPS – II e CAPS-AD .....	110
Figura 12 – Fluxo de Atendimento: CESME .....	111
Figura 13 – Fluxo de Atendimento: Programas de Nutrição .....	115
Figura 14 – Fluxo de Atendimento: Obesos/Dietas Especiais .....	115
Figura 15 – Fluxo de Atendimento: Assistência Farmacêutica .....	126
Figura 16 – Demanda do cidadão .....	133
Figura 17 - Requisitos da Equipe de Ouvidoria .....	134
Figura 18 - Requisitos da equipe / conhecimento .....	134
Figura 19 – Estrutura da Ouvidoria .....	135
Figura 20 – Fluxo de trabalho da ouvidoria .....	135
Figura 21 – Organograma – Regulação .....	139
Figura 22 – Determinantes Sociais na Saúde .....	143
Figura 23 - Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência – 2010 .....	160
Figura 24 – Concentração de Renda .....	161
Figura 25 - Taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental – 1991 – 2010 .....	162
Figura 26 - Distorção idade-série no ensino fundamental e médio – 2012 .....	163
Figura 27 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011 .....	163
Figura 28 - Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000-2012 .....	165
Figura 29 - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2011 .....	167
Figura 30 - Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes – 2011 .....	167
Figura 31 - Ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente nos últimos 24 meses – 2008 .....	170
Figura 32 - Percentual de moradores com acesso a água ligada à rede e esgoto sanitário adequado - 1991-2010 .....	171
Figura 33 - Proporção de moradores segundo a condição de ocupação - 1991/2010 .....	171
Figura 34 - Percentual de escolas do ensino fundamental e médio com acesso a internet – 2005 .....	172
Figura 35 – Organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Piraquara .....	181



Figura 36 – Planejamento estratégico na SMS de Piraquara .....	183
--	-----

## TABELAS

Tabela 01 - Distância média dos municípios vizinhos, do centro de referência da região e da capital .....	28
Tabela 02 - Área territorial e distância à capital – 2012 .....	28
Tabela 03 - Posição geográfica – 2011 .....	28
Tabela 04 - População estimada residente por ano em Piraquara .....	30
Tabela 05 - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, no ano de 2010. Piraquara .....	31
Tabela 06 – População residente na área rural e área urbana, de 2000 a 2010. Piraquara .....	32
Tabela 07 - Percentual de idades de 0 a 14 anos e mais de 65 anos .....	33
Tabela 8 - Densidade demográfica (numero de habitantes por km <sup>2</sup> ) Piraquara .....	36
Tabela 09 - População carcerária – Piraquara .....	37
Tabela 10 - População por idade e sexo da aldeia Karuguá/ Araçai – Piraquara .....	39
Tabela 11 – Atividades Econômicas x Pessoas .....	42
Tabela 12 – Receitas correntes .....	43
Tabela 13 – PIB per capita .....	47
Tabela 14 - Ocupação da população de 18 anos ou mais – Piraquara .....	51
Tabela 15 - Taxa de analfabetismo segundo a faixa etária (2010) – Piraquara .....	55
Tabela 16 - Realizado pela ouvidoria – 2010 a 2013 (agosto) .....	136
Tabela 17 – Nascidos Vivos em Piraquara 1997 a 2011 .....	166
Tabela 18 - Comparativo de alguns indicadores do Município de Piraquara entre os 29 municípios que compõem a região metropolitana de Curitiba .....	178
Tabela 19 – Transferências por Esfera de Gestão - Receitas 2011 e 2012 .....	188
Tabela 20 – Receita realizada por Origem 2011 - 2012.....	188
Tabela 21 – Repasses do Ministério da Saúde por Blocos de Financiamento .....	189
Tabela 22 - Despesas da Saúde 2011 - 2012 .....	189
Tabela 23 - Despesas em Saúde – Por Grupo de Natureza da Despesa .....	190
Tabela 24 - Despesas em Saúde - por Função – Liquidadas .....	191
Tabela 25 - Indicadores Municipais do Financiamento da Saúde .....	192
Tabela 26 - Série Histórica de Investimento em Saúde Segundo a EC 29/2000 .....	193
Tabela 27 - Vínculos Empregatícios - Pessoal da Saúde 2012 .....	195
Tabela 28 - Profissionais por Categorias – em outubro 2013 – Piraquara .....	196



## QUADROS

Quadro 01 - Taxa de fecundidade nos anos de 1991 e 2000 no município de Piraquara .....	40
Quadro 02 – Mortalidade. Piraquara .....	40
Quadro 03 – Dados econômicos – Piraquara .....	42
Quadro 04 - Estabelecimentos e Empregos x Atividades Econômicas 2011 – Piraquara .....	44
Quadro 05 - Taxa de desemprego de pessoas com 16 anos ou mais, economicamente ativa e desocupada – Piraquara .....	45
Quadro 06 - Taxa de trabalho infantil: percentual da população de 10 a 15 anos ocupada – Piraquara .....	45
Quadro 07 - Renda média/domicílio per capita – Piraquara .....	46
Quadro 08 - Proporção de pessoas com baixa renda: percentual da população com renda menor que ½ salário mínimo – Piraquara .....	47
Quadro 09 - Renda, Pobreza e Desigualdade – Piraquara .....	47
Quadro 10 - Percentagem da Renda Adequada por Extratos da População – Piraquara .....	48
Quadro 11 – IDH-M – Piraquara .....	51
Quadro 12 – Colocação do Brasil no ranking de IDH (Pnad 2012) – em 187 países .....	53
Quadro 13 – Estabelecimentos de Ensino x Alunos .....	54
Quadro 14 – Ano x Idade x Alunos – Piraquara .....	54
Quadro 15 – IDEB (Vide nota de rodapé na página 30) .....	56
Quadro 16 – Creches X vagas 2011/2012 - Piraquara .....	56
Quadro 17 – Abastecimento de água – Piraquara .....	57
Quadro 18 – Pessoas Atendidas com Água/ Luz/ Esgoto 2011 - Piraquara .....	57
Quadro 19 – Moradores x Instalação Sanitária - Piraquara .....	58
Quadro 20 - Proporção de moradores por tipo de destino do lixo - Piraquara .....	59
Quadro 21 – Óbitos por faixa etária 2008/2011 - Piraquara .....	59
Quadro 22 – Óbito por Sexo e Ano - Piraquara .....	61
Quadro 23 – Mortalidade por CID10. Piraquara .....	61
Quadro 24 – Mortalidade por grupos CID10. Piraquara .....	62
Quadro 25 – Índice de mortalidade. Piraquara .....	62
Quadro 26 – Taxa de mortalidade infantil - Piraquara .....	63
Quadro 27 – Óbitos x residência x CID10 - Piraquara .....	63
Quadro 28 – Nascimentos - Piraquara .....	65
Quadro 29 – Consultas pré-natal - Piraquara .....	65
Quadro 30 – Óbitos Maternos - Piraquara .....	66
Quadro 31 – Cobertura Vacinal - Piraquara .....	68
Quadro 32 – Doenças de Notificação Compulsória – Piraquara .....	69



Quadro 33 – Sífilis Congênita. Piraquara .....	70
Quadro 34 – Internamentos CID 10. Piraquara .....	72
Quadro 35 - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas CID10 e Faixa Etária - Piraquara .....	74
Quadro 36 - Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur - Piraquara .....	75
Quadro 37 – Indicadores relacionados à Atenção Básica. Piraquara .....	76
Quadro 38 – Cobertura APS , ESF e ESB, 2008 a 2012 - Piraquara .....	77
Quadro 39 – Prestadores de saúde – Piraquara .....	78
Quadro 40 – Leitos Hospitalares – Piraquara .....	78
Quadro 41 – Especialidades – Piraquara .....	78
Quadro 42 - Recursos Humanos - em outubro/2013 – Piraquara .....	80
Quadro 43 – Equipamentos por grupo – Piraquara .....	82
Quadro 44 – Equipamentos por categoria – Piraquara .....	83
Quadro 45 - Ocorrências dos agravos de notificação compulsória, Piraquara 2011 / 2012 .....	91
Quadro 46 - Capacidade instalada de UBS e ESF – Piraquara, 2013 .....	102
Quadro 47 - Mortalidade proporcional atribuível aos dez principais fatores de risco, nos países da América Latina e Caribe .....	104
Quadro 48 - Acompanhamento no SISVAN web – 2010 a 2012 – Piraquara .....	114
Quadro 49 - Produção e Recursos Aplicados no período 2011 a 2013 (até junho) .....	116
Quadro 50 - Produção no período de 2011 a 2013 (até agosto) .....	118
Quadro 51 – Internação hospitalar .....	119
Quadro 52 – Internamento Hospitalar Piraquara – 2010/2013 (até junho) .....	120
Quadro 53 – Número de remoções 2011 / 2013 (até julho), Piraquara .....	124
Quadro 54 – Pessoas Atendidas com Água/ Luz/ Esgoto 2011 – Piraquara .....	152
Quadro 55 – Pobreza e fome .....	173
Quadro 56 – Ensino básico .....	174
Quadro 57 – Igualdade entre sexos .....	175
Quadro 58 – Mortalidade Infantil .....	176
Quadro 59 – Saúde Materna .....	176
Quadro 60 – HIV/AIDS, malária e outras doenças .....	177
Quadro 61 – Sustentabilidade ambiental .....	177
Quadro 62 - Reformas, revitalização, readequação e ampliação .....	200
Quadro 63 - Previsão de Construção de Novas Unidades .....	200
Quadro 64 – Construir, Ampliar e Implementar a Estrutura Física .....	205
Quadro 65 – Metas – Implementar e Ampliar a Estrutura Física .....	206
Quadro 66 – Metas - Política Nutricional .....	208





Quadro 67 – Metas – Saúde Bucal .....	210
Quadro 68 – Metas – Saúde Mental .....	213
Quadro 69 – Metas – Assistência Farmacêutica .....	216
Quadro 70 – Metas da Vigilância Epidemiológica .....	218
quadro 71 – Metas do Centro de Especialidades Germano Traple .....	222
Quadro 72 – Metas do Sae – Serviço Ambulatorial Especializado / CTA – Centro de Testagem e Acompanhamento .....	224
Quadro 73 – Metas do NUPREVI – Nucleo de Prevenção à Violência .....	227
Quadro 74 – Metas da Vigilância Sanitária .....	229
Quadro 75 – Metas da Vigilância Ambiental .....	232
Quadro 76 – Metas da Saúde do Trabalhador .....	234
Quadro 77 – Metas do Centro de Especialidades de Piraquara .....	237
Quadro 78 – Metas da Urgência e Emergência .....	239
Quadro 79 – Metas da Gestão em Saúde .....	242
Quadro 80 – Metas de Apoio ao Controle Social .....	245



### **Lista de Siglas e Acrônimos**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APA - Área de Proteção Ambiental

APS – Atenção Primária à Saúde

BPAc – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

BPAi – Boletim de Produção Ambulatorial Individual

CAF – Central de Abastecimento da Farmácia

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CAPS II TM - Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CD4 – Grupamento de diferenciação 4 ou cluster of differentiation. Mede a carga viral

CD8 – Contagem de linfócitos CD8, anticorpos anti-HIV, mede a defesa do organismo frente ao HIV

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CEREST – Centro em referência em Saúde do trabalhador

CESME – Centro de Saúde Mental

CESP - Centro de Especialidade de Piraquara

CFT – Comissão de Fármacoterapia

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição

CMEIS – Centro Municipal de Educação Infantil

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

COHAPAR – Companhia de Habitação do Paraná

COMUSP – Conselho Municipal de Saúde de Piraquara



COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de saúde

CRESEMS – Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde

CPOD – Cariados, Perdidos, Obturados por Dente

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CV – Carga Viral: quantidade de HIV no sangue

DASIS – Departamento de Análise da Situação de Saúde

DEPEN-PR – Departamento de Execução Penal do Paraná

DM – Diabetes Mellitus

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EC – Emenda Constitucional

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia da Saúde da Família – Equipe de Saúde da Família

FAE – Fração Ambulatorial Especializada do SUS

GIL – Gestão de Informação Local

GM – Gabinete do Ministro

GTIM – Grupo de Trabalho Inter-setorial

HA – Hipertensão Arterial

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento de Educação Básica

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INEP – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

LACEN – Laboratório Central do Estado

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dental



MEC – Ministério da Educação

MET – Ministério do Trabalho e Emprego

MH – Mal de Hansen

MORHAN – Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NR32 – Norma Reguladora 32 Ministério do trabalho e Emprego

NV – Nascidos Vivos

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa do Agente Comunitário da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNI – Programa Nacional de Imunização

PREPS – Polo Regional de Educação Permanente em Saúde

PSE – Programa de Saúde na Escola

PSF – Programa da Saúde da Família

PT - Portaria

PVC - *Polyvinyl chloride*, policloreto de polivinila

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAG – Relatório de Gestão

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde



REMUNE – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SAE – Serviço de Atenção Especializado

SAEB – Secretaria de Avaliação da Educação Básica

SAMU - Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192

SANEPAR - Companhia de Saneamento do Paraná

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SEED – Secretaria Estadual da Educação

2ª RSM- Segunda Regional de Saúde Metropolitana

SESA – Secretaria Estadual da Saúde

SGEP - Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutrição

SM – Salário Mínimo

SMSP – Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TAS – Termo de Ajuste Sanitário

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UPA 24H – Unidade de Pronto Atendimento 24H



PREFEITURA DE  
**PIRAQUARA**

Secretaria de  
Saúde

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

VE – Vigilância Epidemiológica

VEM - Vigilância Epidemiológica Municipal

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VISA – Vigilância Sanitária



## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde, elaborado com a participação de todos, é instrumento de Gestão de grande valia: somando-se aos demais como a Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Programação Plurianual, Lei Orçamentária Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias, determinam a responsabilidade e o compromisso do Gestor de Saúde com a população.

Os princípios do SUS de Universalidade, Equidade, Integralidade e Controle Social, estão incluídos no Plano e serão respeitados.

Partindo do levantamento da atual situação de Saúde do Município, este Plano aponta suas qualidades e fragilidades. Entre estas últimas podemos citar, por exemplo, as baixas coberturas da assistência ao Pré-Natal; do hipertenso e dos portadores de *diabetes mellitus*, com alto índice de internamento destes; a baixa qualidade no atendimento de urgência/emergência e a necessidade de reforço do controle e avaliação dos serviços prestados, além da necessidade de requalificação de todos os profissionais de saúde e melhorias na estrutura física da rede. As análises das condições e necessidades atuais, somadas àqueles princípios do SUS, definem e indicam as metas e as principais ações a serem implementadas e alcançadas para promover atendimento suficiente e de qualidade para todos os munícipes, estão claras neste instrumento.

Este Plano de Saúde é mais do que determina a legislação, é um compromisso com a qualidade e transparência na aplicação dos recursos oriundos da própria comunidade através da pesada carga de impostos do Estado Brasileiro. Soma-se à proposta política de campanha do atual Prefeito, o qual é compromissado com a melhoria no atendimento à saúde de todas as pessoas moradoras na cidade de Piraquara.

Para o período de 2014 - 2017 serão eleitas as prioridades para o atendimento em perfeita sintonia com a possibilidade orçamentária do Município, o que sabemos que não é suficiente mas, com determinação, uma gestão eficiente, transparente e com participação de todos os servidores, respeitando os direitos democráticos garantidos nas leis Orgânicas da Saúde e na Constituição Federal, temos a certeza de cumprir os princípios de respeito ético e de direitos políticos de todos os cidadãos.

MARISTELA ZANELLA - Secretária Municipal de Saúde de Piraquara



## **INTRODUÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara elaborou o seu planejamento para o período de 2014-2017 obedecendo à legislação em vigor do SUS. Assim, já executando o legado da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, vem aplicando na prática a Gestão Participativa a partir de janeiro de 2013: O Plano Municipal de Saúde foi construído com a participação de seus servidores.

O Plano conta com quatro eixos principais: a Análise Situacional da Saúde do Município; os Determinantes e Condicionantes de Saúde e, por último, a Gestão.

Na Análise Situacional são visualizados desde a descrição do Município, com sua história, pontos turístico, a dinâmica populacional e o perfil socioeconômico de seu povo; o desempenho educacional e os estabelecimentos de ensino Municipal, Estadual e Federal, em número e qualidade. O Sistema de Saúde que se apresenta à população é examinado com rigor, detectando os benefícios ao usuário e também as demandas não atendidas. A estrutura do atual sistema é composta por uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS), baseada na Estratégia da Saúde da Família, com oito Equipes de Saúde da Família- (ESF) e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), interligadas à Atenção Secundária através de um Ambulatório Especializado e contratação de serviços de Urgência e Emergência na rede privada, assim como para os internamentos hospitalares.

A morbimortalidade é analisada em sua série histórica e comparada com os Municípios da 2ª Regional de Saúde Metropolitana (2ª. RSM) e o Estado, apontando as principais causas de óbitos, principalmente infantis e maternos. A morbidade hospitalar é correlacionada com o desempenho da APS e a qualidade dos serviços executados pelos prestadores privados.

A renda per capita, o nível de emprego, as condições de saneamento básico e os serviços essenciais, são apontados como elementos que influem diretamente nos processos de saúde/doença da população.

Diversas dificuldades foram encontradas para a realização da análise situacional como as divergências de informações nos bancos de dados do Ministério da Saúde (MS), do Estado e do próprio Município. Como exemplos mais exuberantes podemos citar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que o MS divulga como sendo de 0,740 no ano de 2000 e o Atlas de Desenvolvimento Humano indica como 0,581 no mesmo ano e 0,700 em 2010. Além deste exemplo, o quadro nº. 35 Distribuição Percentual das Internações por





Grupo de Causas CID10 e faixa etária, elaborado pelo Ministério da Saúde- (SIH/SUS) aponta gravidez na faixa etária menor que 1 ano. É claro que estas são apenas algumas das dificuldades encontradas para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

No eixo Condicionantes e Determinantes de Saúde, são analisadas as condições existentes e as interferências produzidas sobre o bem estar e a saúde das pessoas de itens como Alimentação, Moradia, Educação, Saneamento Básico, Transporte Público, Lazer e Bens Essenciais. Em cada item são identificados os pontos positivos e o que falta para alcançar a satisfação no interior de cada habitante do município.

Os Objetivos do Milênio são analisados e correlacionados com a eficiência dos serviços de saúde prestados à população, assim como em comparação com os municípios da 2ª. RSM e Estado.

No último eixo, Gestão, após minuciosa interpretação das constatações apresentadas nas Conclusões da Análise Situacional, que aponta as **diretrizes** e **metas** para o período de abrangência do plano, faz-se o **planejamento** e determina as **prioridades**, levando em consideração as necessidades prementes das pessoas e a demanda reprimida levantada e mantendo, ainda, uma visão clara das relações entre a proposta apresentada e os **recursos financeiros** disponibilizados para o Município.



## I. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

#### 1.1 Histórico

O povoamento dos Campos Gerais de Curitiba, por volta de 1660, teve sua origem nos trabalhos de mineração, na procura do ouro, nas pesquisas dos garimpos realizados pelos Bandeirantes, Vicentistas e Portugueses.

Arraial Grande foi um dos núcleos fundador por mineradores, do qual se originaram o povoamento efetivo de Curitiba, o atual Município de São José dos Pinhais e deste, o de Piraquara.

O mineiro Manoel Picam de Carvalho, um dos pioneiros da colonização do Município de Araucária, acompanhando as lutas pela procura do ouro no planalto curitibano fundou, por volta de 1700, uma fazenda formando um pequeno arraial de mineração no local onde hoje se encontra o Município de Piraquara.

Em 1731, Manoel Picam de Carvalho vendeu a sua fazenda a Antônio Esteves Freire e a dona Isabel da Serra, sua sogra. Nessa época, além da fazenda já referida, havia outras nas vizinhanças que, em conjunto formavam um povoamento que recebeu a denominação de Piraquara.

Apesar de sua antiguidade, o povoado de Piraquara permaneceu estacionário durante muitos anos, como parte integrante do Distrito Policial, depois Município de São José dos Pinhais.

Seu progresso, especialmente nos setores da agricultura e da pecuária, iniciou com a vinda de imigrantes europeus, principalmente italianos que, em 1878, aqui chegaram em número aproximado de 350 pessoas e fundaram a Colônia Santa Maria, atual Nova Tirol. Outro fator de progresso da localidade ocorreu em 1885 com a inauguração da Estrada de Ferro do Paraná, ligando o litoral paranaense a Curitiba, com os trilhos passando por Piraquara onde foi construída uma estação.

Em 1885, a povoação foi elevada a Freguesia, com a denominação de Senhor Bom Jesus de Piraquara. Em 1890, passou à condição de vila, desmembrada de São José dos Pinhais e com a nova denominação de "Deodoro" em homenagem ao Marechal Manoel Deodoro da Fonseca. Ainda em 1890, foi criado o município, com sede na Vila Deodoro, o qual voltou a denominar-se Piraquara em 1929.

O topônimo, de origem indígena, significa: Pira = peixe e Coara = buraco, cova. É também o nome dado a um dos rios que banham o município.

**Gentílico:** piraquarense.



## 1.2 Pontos Históricos / Atrações

No CENTRO HISTÓRICO DE PIRAQUARA, é possível se conhecer as antigas casas dos operários da estrada de ferro que corta o Centro da cidade, além dos antigos prédios como o Armazém, o Casario, a antiga Prefeitura e a Igreja Matriz.

**Imagem 01** - Prédio Histórico



Fonte: Wikipédia

**Imagem 02** - Igreja Matriz



Fonte: Wikipédia

CIRCUITO TARENTINO - A cidade foi o único município paranaense a receber imigrantes do Trento; a Colônia Imperial Santa Maria do Novo Tirol da Boca da Serra foi fundada em 1878, por 59 famílias trentinas. Neste local, é possível se conhecer as tradições dos antigos imigrantes, resgatando a cultura e as tradições de tal região, além do intercâmbio tecnológico e o agroturismo.

FESTA DO CARNEIRO NO ROLETE - Evento que ocorre na Colônia Santa Maria do Novo Tirol, o almoço oferece pratos típicos como paleta, linguiça, risoto e sanduíche com hambúrguer de carne de carneiro. À tarde, é oferecido café colonial. Uma missa na Igreja Nossa Senhora da Assunção também faz parte da festa, além de *shows* com músicos locais e feira de produtos como queijo, linguiça, vinho, mel, conservas, geleias e sucos.

BAILE DO PATO - Esta casa de baile foi criada em 1958 por Heinrich de Souza. Tem esse nome devido à comida servida: pato assado. Heinrich, descendente de alemães, era conhecido como Seu Souza e faleceu em 2002. A posse da casa passou então a seus sobrinhos. Na Região metropolitana de Curitiba da década de 1980, os bailes ali realizados tinham grande afluxo de público, podendo ser considerados uma típica manifestação cultural de então, que persiste nos dias de hoje.



RESERVATÓRIO DO CARVALHO - Primeiro sistema de abastecimento da capital paranaense.

**Imagem 03** - Reservatório do Carvalho. Piraquara



Fonte: [www.santosmartires.chavito.org/1-866-trace-4-u/](http://www.santosmartires.chavito.org/1-866-trace-4-u/)

### 1.3 Aspectos Geográficos

O município de Piraquara localiza-se a 22,5 km de Curitiba, com área territorial de 225,223km<sup>2</sup> limita-se a Leste com São José dos Pinhais a Oeste com Quatro Barras, ao Sul com Pinhais e Curitiba. (vide mapas 1, 2 e 3, e tabelas 1, 2, 3 e 4).

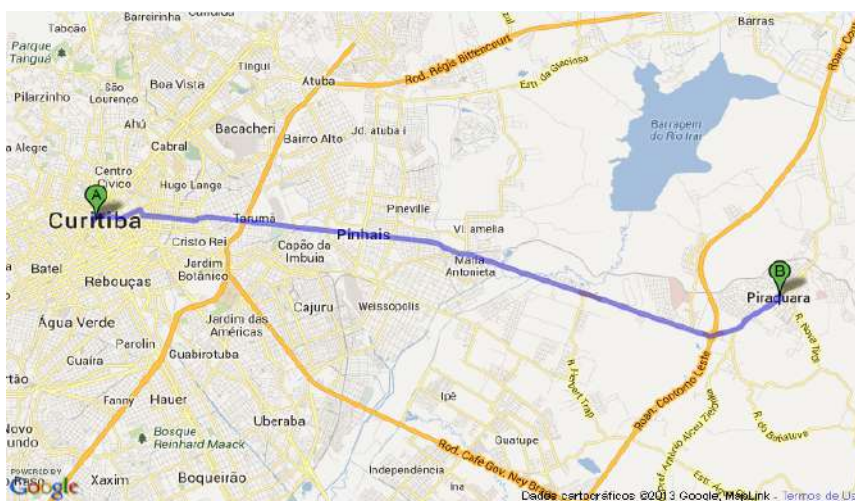
**Mapa 01** - Limites, localização, divisões territoriais.



Fonte: IPARDES



### Mapa 02 - Principais rodovias



Fonte: [www.aondefica.com/mapqg032010.asp](http://www.aondefica.com/mapqg032010.asp)

**Tabela 01** - Distância média dos municípios vizinhos, do centro de referência da região e da capital.

Cidade	Distância em km
Curitiba	22,5
São José dos Pinhais	16,5
Campina Grande do Sul	15,3
Pinhais	13,5
Quatro Barras	8,6

Fonte: <http://pt.db-city.com/Brasil--Paraná--Piraquara> Acesso em 14/07/2013

**Tabela 02** - Área territorial e distância à capital - 2012

TERRITÓRIO	VALOR	UNIDADE
Área territorial	225,223	Km <sup>2</sup>
Distância da sede municipal à capital	22,52	Km

Fonte: ITCG (Área), SETR (Distância) – 2012

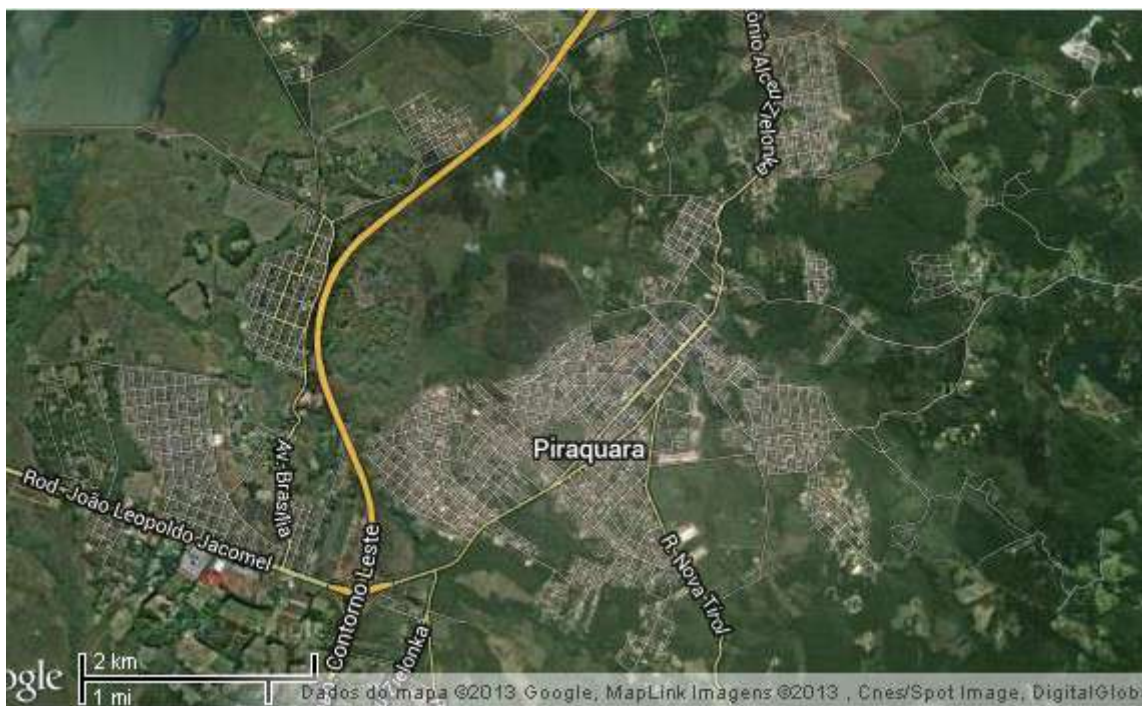
**Tabela 03** - Posição geográfica – 2011

POSIÇÃO GEOGRÁFICA	INFORMAÇÕES
Altitude (metros)	905
Latitude	25° 26' 30" S
Longitude	49° 03' 48" W

Fonte: IBGE 2011



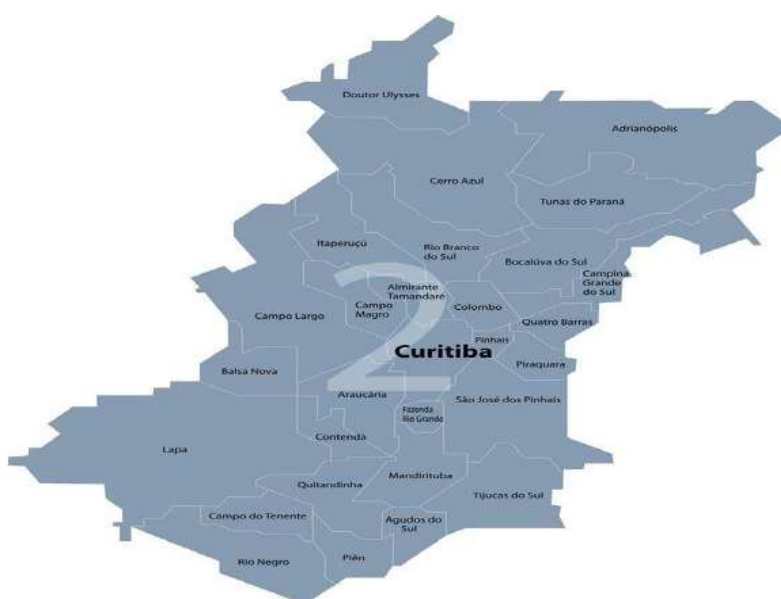
**Mapa 03** – Mapa e planta de Piraquara



Fonte: <http://pt.db-city.com/Brasil--Paran%C3%A1--Piraquara>

#### 1.4 Municípios Abrangentes – 2ª Regional de Saúde

**Mapa 04** - Localização do município entre os municípios pertencentes à 2ª. Regional de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná



## 2. PERFIL DEMOGRÁFICO

### 2.1 Crescimento Populacional

**Tabela 04** - População estimada residente por ano em Piraquara

Ano	População	Método
2017	103.496	Estimativa
2016	101.956	Estimativa
2015	100.439	Estimativa
2014	98.945	Estimativa
2013	97.473	Estimativa
2012	96.023	Estimativa
2011	94.518	Estimativa
2010	93.207	Estimativa

Fonte: IBGE/IPARDES 2010 – estimada até 2012.

Nota: de 2013 a 2017 projetada pela SMS Piraquara.

O município de Piraquara teve um crescimento de 1,5105% de 2012 para 2013, o que implica em ampliar os serviços de saúde para englobar o crescimento populacional (tabela 4).

Utilizando o mesmo índice, é possível projetar uma população de 103.496 habitantes em 2017 (Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara - SMSM) e de 13.382 pessoas acima de 50 anos (tabela 5). Visualiza-se assim um aumento acentuado nas condições crônicas de saúde e o sistema de saúde do município deve estar atento para implantar e/ou implementar políticas de saúde destinadas a essa população.

**Tabela 05** - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, no ano de 2010.

Piraquara

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
Menor de 1 ano	814	735	1.549	1,66
1 a 4 anos	3.268	3.075	6.343	6,82
5 a 9 anos	4.258	4.051	8.309	8,91
10 a 14 anos	4.814	4.470	9.284	9,96
15 a 19 anos	4.436	4.260	8.696	9,32
20 a 29 anos	9.439	8.180	17.619	18,93
30 a 39 anos	8.635	7.360	15.995	17,18
40 a 49 anos	6.166	5.864	12.030	12,93
50 a 59 anos	3.597	3.739	7.336	7,87
60 a 69 anos	1.757	2.010	3.767	4,04
70 a 79 anos	776	895	1.671	1,73
80 anos e mais	234	374	608	0,65
<b>TOTAL</b>	<b>48.194</b>	<b>45.013</b>	<b>93.207</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE/IPARDES 2010 - (modificada)

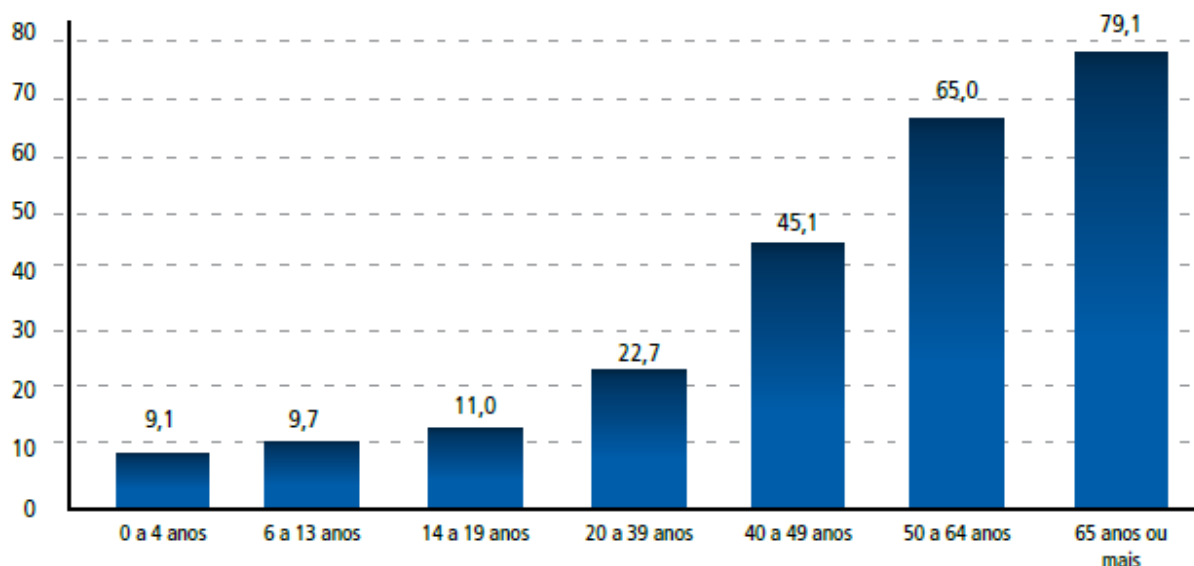
Como aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008, gráfico 01), na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas; 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de uma doença de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% desse total tem três ou mais doenças crônicas.

Trazendo aquelas proporções para a população do município de Piraquara, temos: 31,3% da população geral do município em 2017 (103.496 [tabela 4] x 31,3% = 32.394 pessoas) serão portadoras de uma doença crônica e 5,9% dessa população (1.911 pessoas) de três ou mais doenças crônicas. Portanto, salvaguardando as diferenças sociais locais e a metodologia da pesquisa, deduzimos que no município de Piraquara, no ano de 2017, 32.394 pessoas, serão passíveis de desenvolverem uma ou mais condições crônicas de agravos à saúde.





**Gráfico 01** - proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas por grupos de idade no Brasil em 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <sup>(9)</sup>.

Fica, assim, demonstrado que o sistema de saúde do município necessita planejar e executar políticas de saúde voltadas para os agravos das condições crônicas de saúde, além das ações de atendimento aos agravos agudos da saúde da população.

## 2.2 População Residente Na Área Rural e Urbana

**Tabela 06** – População residente na área rural e área urbana, de 2000 a 2010. Piraquara

Área	População por Período			
	2000	%	2010	%
Rural	39.057	53,58	47.469	50,92
Urbana	33.829	46,42	45.738	49,08
<b>TOTAL</b>	<b>72.886</b>	<b>100</b>	<b>93.207</b>	<b>100</b>

Fonte: IBGE

O município de Piraquara, ao longo do tempo, possuía muitas áreas de ocupação irregular; uma delas é o bairro hoje denominado de Guarituba, com população estimada de **40 mil** pessoas e que ainda consta como área rural no cadastro municipal.



Excluindo a população tida como rural da localidade de Guarituba, a população rural do município se limita a **sete mil** habitantes aproximadamente, e o maior adensamento dessas pessoas se encontra nas localidades de Capoeira dos Dinos e Colônia Santa Maria, onde está instalada a Unidade Básica de Saúde João Airdo Fabro.

### 2.3 Dinâmica Populacional

Na análise da Pirâmide Populacional do município de Piraquara em 2010, a população acima de 65 anos é de 4,20% (figura 1), abaixo da população do estado do Paraná que apresenta 7,5% da população acima de 65 anos (figura 2).

Comparando com a Pirâmide etária brasileira nos anos de 2005 a 2050 (figura 3), observamos um achatamento nessa Pirâmide, o que significa um aumento acentuado da população acima de 65 anos.

A população acima de 65 anos, que em 1960 era de 2,7% passou para 5,4% no ano de 2000 (tabela 7). Se projetarmos esta tendência para o ano de 2050 teremos 19% de população acima de 65 anos, contrastando com a população de 0 a 14 anos com 42% em 1960, 30% e projetados 18% nos anos de 2000 e 2050, respectivamente (tabela 7).

Podemos deduzir que as pessoas acima de 65 anos no município de Piraquara em 2017, serão aproximadamente 6% do total da população (6.209 pessoas), com um aumento de 62,32% em relação ao ano de 2010 (3.825 pessoas). Isto indica que necessitamos de um sistema voltado para as condições crônicas da saúde dessa população.

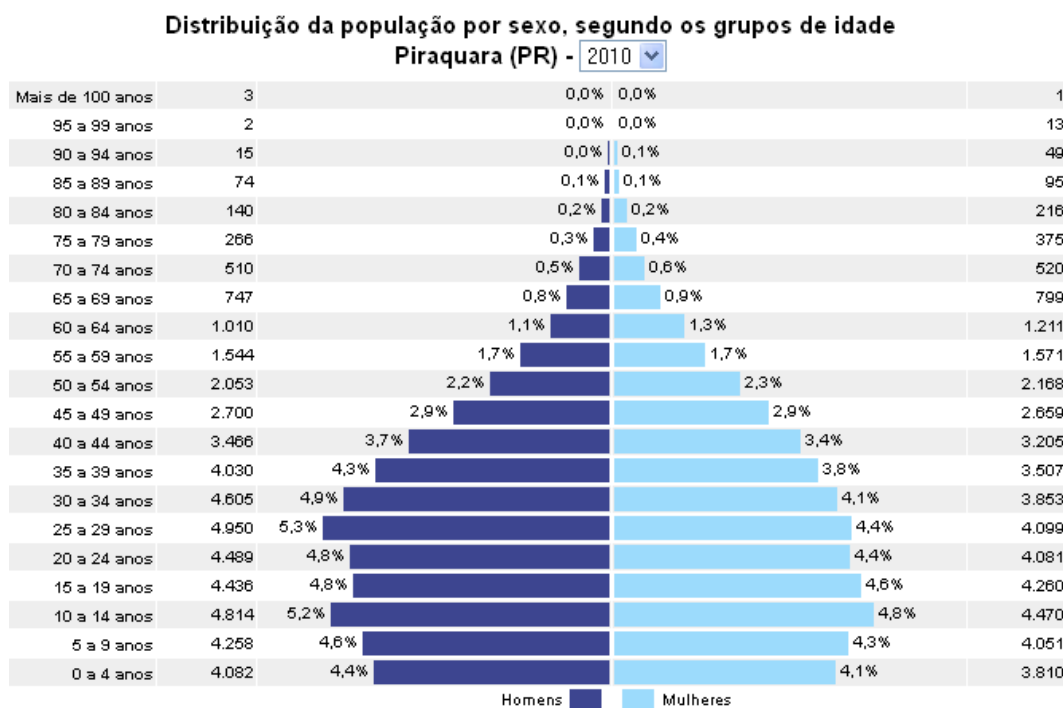
**Tabela 07** - Percentual de idades de 0 a 14 anos e mais de 65 anos

Idade/ano	1960	2000	2050
0 – 14 anos	42%	30%	18%
> 65 anos	2,7%	5,4%	19%

Fonte: Mendes, Eugenio Villaça em Condições Crônicas de Saúde/2012, resumida por Col, A./2013

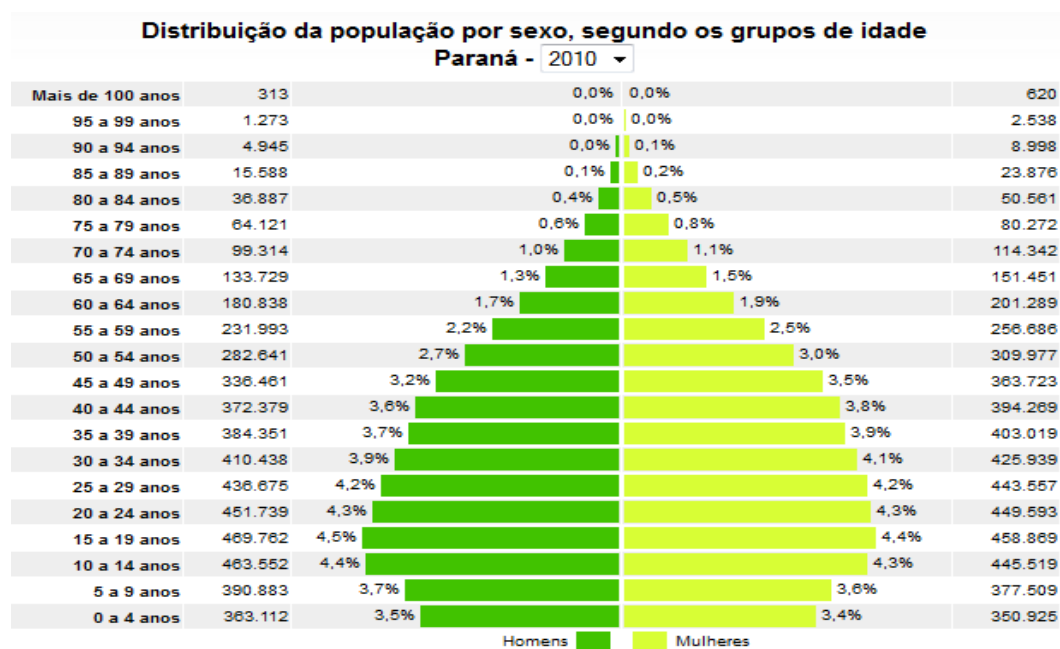


**Figura 01 – Distribuição da população - Piraquara**



Fonte: IBGE

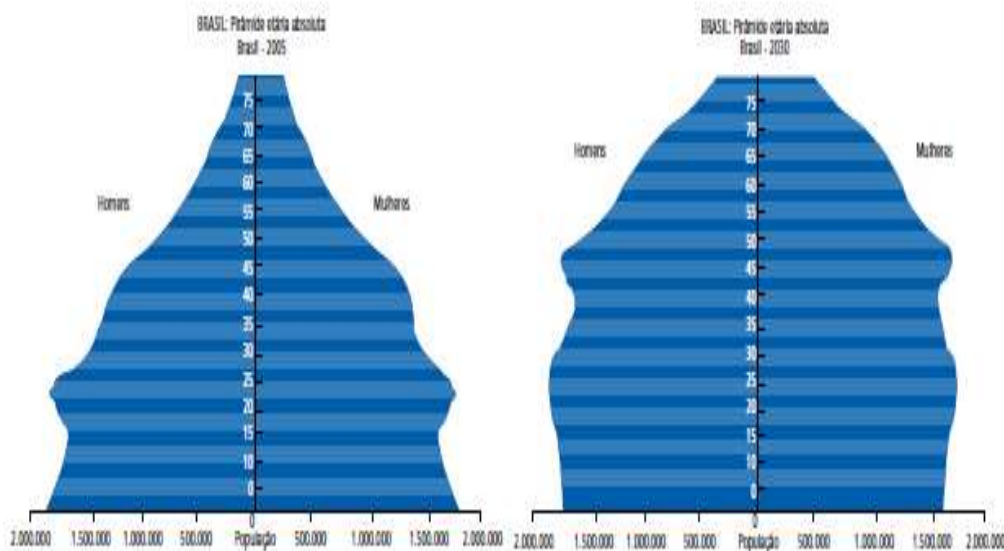
**Figura 02 – Distribuição da população - Paraná**



Fonte: IBGE



**Figura 03 – Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <sup>(7)</sup>

Citado em: Mendes, Eugenio Villaça em Condições Crônicas de Saúde – 2012

## 2.4 Expectativa de Vida

A expectativa de vida representa o número de anos que a pessoa tem a expectativa de viver ao nascer de uma população num determinado espaço geográfico no ano considerado, não sendo influenciada pelos efeitos da estrutura etária.

A respeito de Piraquara, o Atlas Brasil (<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>) traz as seguintes informações

### Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Piraquara reduziu 13%, passando de 10,8 por mil nascidos vivos em 2000 para 9,3 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 13,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

#### Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Piraquara - PR

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,2	74,3	77,2
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	26,8	10,8	9,3
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	31,0	12,5	10,9
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,0	3,0	2,1

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Piraquara, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,0 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,2 anos em 1991 para 74,3 anos em 2000, e para 77,2 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 74,8 anos e, para o país, de 73,9 anos.



É necessário observar que o aumento de 8 anos na expectativa de vida no período de 2000 a 2010, não representa obrigatoriamente a melhoria das condições de vida da população residente em Piraquara. Este aumento pode estar relacionado com a migração de pessoas de Curitiba e Região Metropolitana por aposentadoria ou a procura de aluguéis a preços menores.

## 2.5 Densidade Demográfica

**Tabela 8** - densidade demográfica (numero de habitantes por km<sup>2</sup>) Piraquara

Período	Habitantes por Km <sup>2</sup>
2000	321,08
2010	410,54

Fonte: IPARDES 2010

O aumento de 27,86% de 2000 para 2010 (tabela 8) corresponde à taxa média de crescimento da população do município de Piraquara.

Contudo, a área territorial de 225,223 km<sup>2</sup>, apresenta nichos de baixo adensamento populacional (por exemplo, as localidades de Colônia Santa Maria da Nova Tirol, Vila Franca e Capoeira dos Dinos), trazendo dificuldades para a execução das políticas de saúde.

## 2.6 Identificação De População

### 2.6.1 População Carcerária

O município de Piraquara tem uma população carcerária de 6.337 apenados, representando 6,50% da população total do município em 2013.

O Estado do Paraná possui uma população carcerária de 28.150 pessoas (figura 4), sendo que 22,51 % desta população se encontra no Complexo Penal do município de Piraquara.

Está instalado em Piraquara, segundo o Departamento de Execução Penal do Paraná - DEPEN-PR o Complexo Penal, que é constituído por seis estabelecimentos prisionais, um Educandário masculino para menores de idade e uma Delegacia de Polícia Civil (tabela 9).

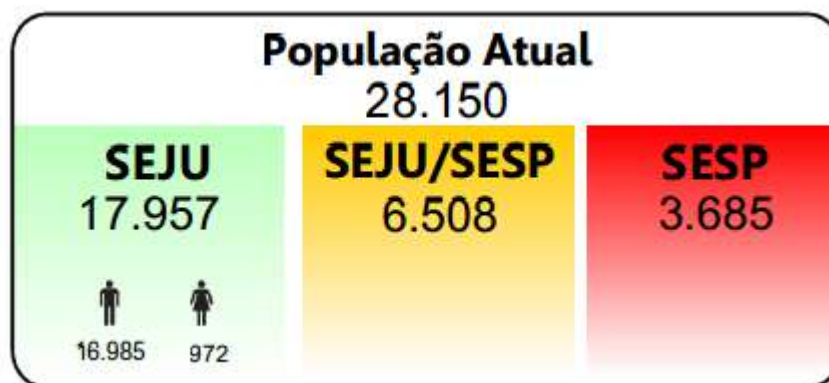


**Tabela 09** - População carcerária – Piraquara.

COMPLEXO PENAL	SEXO	IDADE	POPULAÇÃO
Colônia Penal Agroindustrial do PR	Masculino	18 a 70	1.462
PEPE I	Masculino	18 a 70	638
PEPE II	Masculino	18 a 70	935
CCP (Antigo CT2)	Masculino	18 a 70	1.335
PCE	Masculino	18 a 70	1.409
Penitenciária Feminina	Feminino	18 a 70	400
<hr/>			
Delegacia Civil de Piraquara	Masculino/ feminino	18 a 70	53
Educandário São Francisco	Masculino	14 a 18	105
<b>TOTAL</b>			<b>6.337</b>

FONTE: SMS de Piraquara: entrevista por telefone nos estabelecimentos em 22/07/2013

**Figura 04** - Total da população de apenados no estado do Paraná



Fonte: Secretaria de Justiça do Paraná – 23/07/2013

### 2.6.2 População Indígena

“Espaço Etno Biodiverso” — Aldeia Karuguá/Araçai no município de Piraquara, registra-se outra iniciativa do Poder Executivo Municipal visando à regularização de uma área ocupada pelos Guarani, conhecida como Terra Indígena Karuguá (Araça-i).



Em 2007, a prefeitura de Piraquara destinou 40 hectares para os Guarani por meio do Decreto Municipal nº 2.941/2007, que transformou o local em “área de ocupação indígena — Espaço Etno Biodiverso Myba Guarani” (Auzani & Giordani, 2008). A área é reconhecida também na Lei n. 907 de 08 de agosto de 2007, que “dispõe sobre o código municipal do meio ambiente do município de Piraquara e dá outras providências” (artigos 48 a 50).

No local, foram construídas 15 casas pelos próprios indígenas e um campinho de futebol que serve como espaço para a prática da disciplina de educação física da escola. A prefeitura de Piraquara instalou na aldeia banheiros coletivos com vasos sanitários e chuveiros, além de tanques para a lavagem de roupas e louças e torneiras no chão para o acesso à água potável (Idem, ibidem: 134).

O fato de a Área de Ocupação Indígena em Piraquara aparecer no interior de uma lei sobre o código municipal de meio ambiente ocorre em função de a terra indígena estar em sobreposição a uma unidade de conservação. Trata-se da Área de Proteção Ambiental da Bacia do Iraí, próxima à barragem de Piraquara I, uma das responsáveis pelo abastecimento de água da Região Metropolitana de Curitiba. Segundo Auzani & Gioradani (2008), em função disso, os Guarani da comunidade sofrem uma série de restrições, não podendo plantar, caçar, pescar ou criar animais em seu território:

*“(...) aqui na aldeia é ruim, nós não tem terra pra plantar ... tem muito negócio de meio ambiente, tem um monte de gente que vem aqui e fala ... que aqui não pode plantar nada, derrubar a mata ... aqui é mais difícil, por que aqui não pode plantar nada ...” (depoimento de morador da aldeia apud Auzani & Gioradani, 2008: 160).*

Na avaliação das autoras: “pela impossibilidade de cultivarem suas roças, de praticarem a coleta de frutos ou a caça no mato e pela proibição da pesca na represa, os indígenas vivem em total insegurança alimentar e nutricional, desnutrindo não só o corpo, mas também a alma guarani” (Idem, ibidem: 161). Mesmo assim, os Guarani desejam permanecer no local: “Apesar das condições difíceis de sobrevivência no Karuguá, como falta de alimentos, como as dificuldades para viverem de acordo com as suas concepções de vida tradicional, eles ainda assim, manifestam vontade de viver lá, pois pelo isolamento geográfico conseguem conter as interferências da sociedade envolvente” (Idem, ibidem: 161).

Em 2008, a FUNAI, por meio da Portaria 615 de 11/06/2008, instituiu Grupo de Trabalho para identificação e demarcação da Terra Indígena Karuguá (Araça-i). Até abril de 2013, o processo ainda não havia sido concluído.

Fonte: <http://www.cpis.org.br/indios/upload/editor/files/IndiosnaCidade.pdf>



**Tabela 10** - População por idade e sexo da aldeia Karuguá/ Araçai – Piraquara.

<b>Idade</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>TOTAL</b>
0 a 1 ano	03	01	<b>04</b>
2 a 4 anos	02	06	<b>08</b>
5 a 9 anos	06	03	<b>09</b>
10 a 49	24	24	<b>48</b>
50 a 59	01	03	<b>04</b>
60 ou mais	00	02	<b>02</b>
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	<b>75</b>

Fonte: DSEI LITORAL SUL. PÓLO BASE PARANAGUÁ / Técnico Enf<sup>ª</sup> .da Aldeia, em 27/08/2013

A Aldeia é atendida pela Unidade de Saúde João Airdo Fabro (Capoeira dos Dinós), onde são realizados vacinação e atendimentos médicos. As crianças estão vacinadas regularmente, com cartões de vacina atualizados.

Cinco mulheres são gestantes, dois adultos são portadores de hipertensão arterial e um com diabetes mellitus e hipertensão. Esses agravos são atendidos pela equipe de saúde conveniada com a aldeia e mantida através da Associação Paulista de Fundações ONG, conforme informações de técnico de saúde que atende a aldeia.

**Imagem 04** – Aldeia Araçai



Fonte: <https://picasaweb.google.com/.../PiraquaraAldeiaIndigenaAracai>





### 2.6.3 População de Rua

*Considera-se população de rua o segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade.<sup>1</sup>*

A Secretaria de Assistência Social de Piraquara possui registradas duas pessoas nessa condição, contudo a FAE- Fundação de Ação Social de Curitiba informa haver em torno de vinte pessoas de Piraquara vivendo nas ruas da Capital.

### 2.7 Taxa de Fecundidade

**Quadro 01** - Taxa de fecundidade nos anos de 1991 e 2000 no município de Piraquara

<b>PIRAQUARA</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2012 (jan) à 2013 (jun) (18 meses)</b>
Taxa de fecundidade total	3,02	2,97	
% de <u>10 a 14 anos</u> com filhos	-	1,17	1,06
% de <u>15 a 17 anos</u> com filhos	6,21	13,50	6,34
<b>PARANÁ</b>		2,30	

Fonte: ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil / FJP  
Fonte: DATASUS / 2010. SMS - Setor de Regulação.

No município de Piraquara, em 2000, a taxa de fecundidade foi de 2,97. O que chama a atenção é a percentagem de 14,67% de mulheres adolescentes, na faixa etária de 10 a 17 anos, com filhos.

Trabalho realizado pelo Setor de Regulação da Secretaria de Saúde de Piraquara para o controle de gestante verificou que, no período de janeiro de 2012 a junho de 2013, o número de mulheres grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos, representa 1,06% e na faixa etária de 15 a 17 6,34%, perfazendo o percentual de 7,40% de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 17 anos (quadro 1). A combinação destes dados com os anteriores aponta que houve uma diminuição significativa de mulheres grávidas nessas duas faixas etárias. Mas, o sistema de saúde através da APS, deve redobrar o atendimento na anticoncepção e

---

<sup>1</sup> <http://www.imantunes.org.br>



orientação para esse grupo de adolescentes interferindo, assim, positivamente nas taxas de mortalidade materno/infantil.

## 2.8. Mortalidade Proporcional por Idade

### 2.8.1 Mortalidade geral – Óbitos por Ano e faixa Etária

**Quadro 02 – Mortalidade. Piraquara**

<b>faixa etária</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Menor 1 ano	20	18	22	18
1 a 4 anos	2	3	3	6
5 a 9 anos	4	2	5	2
10 a 14 anos	4	2	5	5
15 a 19 anos	28	33	26	29
20 a 29 anos	47	53	55	52
30 a 39 anos	43	48	57	56
40 a 49 anos	43	54	70	64
50 a 59 anos	75	88	75	86
60 a 69 anos	81	83	82	77
70 a 79 anos	79	78	106	92
80 anos e mais	55	69	79	93
Idade ignorada	-	1	1	
<b>Total</b>	<b>481</b>	<b>532</b>	<b>586</b>	<b>580</b>

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

Este é um indicador que aponta o percentual de óbitos por faixa etária num período determinado no ano considerado e na população residente.

Um dos coeficientes que nos aponta más condições de vida e saúde é a mortalidade infantil elevada.

O número de óbitos alto em faixa etárias elevada reflete uma diminuição dos óbitos em idade jovem, sobretudo na infância e determina um aumento na expectativa de vida na população.

Os indicadores devem ser analisados nas faixas específicas por idade.



Como observamos no quadro 2, houve aumento de 200% dos óbitos na faixa etária de 1 a 4 anos, entre os anos de 2008 e 2011; na faixa de idade acima de 80 anos houve um aumento de 69% nos mesmos anos. As demais faixas de idades não apresentam variações significativas.

### 3. ASPECTOS SOCIAL-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA

#### 3.1 População Ocupada Segundo As Atividades Econômicas – 2010 Piraquara

**Tabela 11 – Atividades Econômicas x Pessoas**

ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE Domiciliar 2.0)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	1.034
Indústrias extrativas	81
Indústrias de transformação	6.306
Eletricidade e gás	66
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	534
Construção	5.731
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	6.450
Transporte, armazenagem e correio	2.261
Alojamento e alimentação	1.637
Informação e comunicação	635
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	265
Atividades imobiliárias	235
Atividades profissionais, científicas e técnicas	602
Atividades administrativas e serviços complementares	2.350
Administração pública, defesa e seguridade social	2.115
Educação	1.990
Saúde humana e serviços sociais	1.610
Artes, cultura, esporte e recreação	298
Outras atividades de serviços	1.036
Serviços domésticos	3.633
Atividades mal especificadas	2.933
<b>TOTAL</b>	<b>41.804</b>

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da Amostra

**Quadro 03 – Dados econômicos – Piraquara.**

Informação	2010	ESTATÍSTICA
População Economicamente Ativa	44.585	Pessoas
População Ocupada	41.804	Pessoas

Fonte: IBGE / IPARDES



O município de Piraquara está situado em uma Área de Proteção Ambiental - APA e em sua área territorial estão localizados os rios Iraí, Iraizinho, Piraquara e Itaqui. Esses rios fazem parte da bacia do altíssimo Iguaçu, a qual é de grande importância para o fornecimento de água para Curitiba e Região Metropolitana. Isto limita de certa forma seu desenvolvimento nas atividades industriais e/ou de transformação que agredem o meio ambiente.

Portanto, sua receita financeira maior é a de transferências da União e do Estado (74,74% da receita total do município, tabela 12). Os maiores números de empregos provêm das atividades do comércio, da construção civil e de pequenas indústrias de transformação, com um total de 18.487 empregos, representando 44,22% do total de pessoas empregadas (tabela 11).

**Tabela 12 – Receitas correntes**

**RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS SEGUNDO AS CATEGORIAS - 2012**

CATEGORIAS	VALOR (R\$1,00)
Receita de contribuições	2.437.726,44
Receita de serviços	98.171,69
Receita patrimonial	4.833.107,26
Receita tributária	18.302.499,45
Receita de transferências correntes	95.121.235,83
Outras receitas correntes	6.469.571,73
<b>TOTAL</b>	<b>127.262.312,40</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Piraquara



### 3.2 Principais Atividades Econômicas e Nível de Emprego por Tipo de Atividade

**Quadro 04** - Estabelecimentos e Empregos x Atividades Econômicas 2011 – Piraquara.

<b>Atividades econômicas</b>	<b>Estabelecimentos</b>	<b>Empregos</b>
Indústria de extração de minerais	02	58
Indústria de produtos minerais não metálicos	05	90
Indústria metalúrgica	06	22
Indústria mecânica	03	54
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	01	09
Indústria de materiais de transporte	04	157
Indústria de matérias e do mobiliário	04	07
Indústria do papel, papelão, editorial e gráfica	74	591
Indústria da borracha, fumo couros, peles, prod. Similares e indústria diversa.	07	84
Indústria química, prod. Farmacêutico, veter., perf, sabões, velas e material plástico.	05	54
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecido.	08	218
Ind. de prod. alimentícios, de bebida e álcool etílico.	12	94
Serviços industriais de utilidade pública	03	13
Construção civil	93	770
Comércio varejista	333	1.467
Comércio atacadista	21	258
Instituições de crédito, seguro e de capitalização.	08	79
Administradores de imóveis, valores móbil., serv. Tecn.profis., aux. Atividades econômicas.	59	551
Transporte e comunicações	33	534
Serviços de alojamento, alim. Reparo, manut., radiodifusão e televisão	86	378
Serviços médicos, odontológicos e veterinários.	11	261
Ensino	10	162
Administração pública direta e indireta	01	1.802
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	32	139
<b>TOTAL</b>	<b>754</b>	<b>7.582</b>

Fonte: MTE/RAIS - posição em 31 de dezembro 2012.



O maior número de emprego por estabelecimentos (23,76% do número do total) está na administração pública direta e indireta (um estabelecimento). O comércio varejista, com 333 estabelecimentos, gera 19,34% dos empregos; 131 estabelecimentos de atividades industriais oferecem 18,96% do total de empregos e a construção civil (93 estabelecimentos), 10%.

A taxa de desemprego no município em 2010 é de 6,07%, bem inferior aos 18,75% de 2000. Contudo esta taxa situa-se 76,77% acima da média da 2ª Regional de Saúde e 78,74% acima da média do Estado do Paraná (quadros 4 e 5).

### 3.3 Índice de Desemprego

**Quadro 05** - Taxa de desemprego de pessoas com 16 anos ou mais, economicamente ativa e desocupada – Piraquara.

Local	Período		
	1991	2000	2010
Piraquara	5,65	18,75	6,07
2ª Regional de Saúde	4,66	14,05	4,66
Paraná	3,09	12,05	4,78

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

### 3.4 Trabalho Infantil

**Quadro 06** - Taxa de trabalho infantil: percentual da população de 10 a 15 anos ocupada – Piraquara.

Local	Período		
	1991	2000	2010
Piraquara	12,11	12,49	6,33
2ª Regional de Saúde	12,11	10,07	8,56
Paraná	18,03	14,47	11,25

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

No município de Piraquara decresceu o número de trabalhadores infantis na faixa etária de 10 a 15 anos entre 1991, 2000 e 2010. Principalmente na última década, houve uma diminuição em torno de 50%. Comparando-se com a média da 2ª RSM e Estado encontra-se 26% e 56,26 abaixo, respectivamente. (quadro 6).



A Secretaria Municipal de Saúde deve trabalhar a intersetorialidade com a Secretaria Municipal de Assistente Social e Secretaria Municipal de Educação, visando o atendimento integral a essa população, com o objetivo de diminuir a percentagem de crianças que ainda trabalham e não frequentam a escola regularmente. A existência deste contingente da população é corroborado pela taxa de analfabetismo de 5,03% da população de até 15 anos.

### 3.5 Renda Familiar (Média)

**Quadro 07** - Renda média/domicílio per capita – Piraquara.

Local	Período		
	1991	2000	2010
Piraquara	R\$ 314,86	R\$ 410,37	R\$ 556,48
2ª Regional de Saúde	R\$ 521,97	R\$ 893,86	R\$ 1.149,72
Paraná	R\$ 340,49	R\$ 633,82	R\$ 870,59

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

O município de Piraquara apresenta renda média 30% menor em relação ao Estado e 48,40% em relação à média dos municípios da 2ª RSM.

Em 2010 apresentava 44,85% de sua população em alguma atividade de trabalho. Porém, a renda per capita local de R\$ 556,48 (IPARDES, 2010), é uma das mais baixas do Estado do Paraná. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita e a preços correntes confirma as baixas rendas das pessoas (tabela 13), o que se reflete negativamente no IDHM-Índice de desenvolvimento Humano Municipal<sup>2</sup>. Esse perfil econômico interfere diretamente nas condições de saúde da população, determinando maiores incidências de agravos agudos e crônicos.

---

<sup>2</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Piraquara foi de 0,700, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, no município foi a Educação.

**Tabela 13 – PIB per capita****PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) PER CAPITA E A PREÇOS CORRENTES - 2010**

PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)	VALOR	UNIDADE
Per Capita	5.869	R\$ 1,00
A Preços Correntes	547.470	R\$ 1000,00

FONTE: IBGE, IPARDES

NOTAS: 1 - Dados do último ano disponível estarão sujeitos a revisão quando da próxima divulgação. Diferenças encontradas é em razão dos arredondamentos.

2 - Nova metodologia. Referência 2002.

**3.6 Pessoas com Baixa Renda**

**Quadro 08** - Proporção de pessoas com baixa renda: percentual da população com renda menor que ½ salário mínimo – Piraquara.

Local	Período		
	1991	2000	2010
Piraquara	55,09	46,88	26,08
2ª Regional de Saúde	47,21	39,55	15,35
Paraná	66,15	41,71	21,29

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

**Quadro 09** - Renda, Pobreza e Desigualdade – Piraquara.

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	384,81	425,70	581,74
% de extremamente pobres	3,76	5,34	2,03
% de pobres	17,99	18,96	6,67
Índice de Gini	0,42	0,48	0,41

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>



**Quadro 10** - Percentagem da Renda Apropriada por Extratos da População – Piraquara.

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
20% mais pobres	5,07	4,28	5,40
40% mais pobres	15,17	12,95	15,80
60% mais pobres	30,68	26,17	31,13
80% mais pobres	53,25	46,41	52,80
20% mais ricos	46,75	53,59	47,20

Fonte – Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil – [www.fjp.gov.br](http://www.fjp.gov.br)

Para analisarmos a concentração de renda ou o nível de pobreza de uma população, precisamos esclarecer alguns pontos das desigualdades sociais.

A curva de Lorenz analisada por Rita Barradas Barata<sup>3</sup> é muito utilizada pelos economistas para calcular o coeficiente de GINI que é a medida mais utilizada para calcular a CONCENTRAÇÃO EM UMA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA. A curva apresenta no eixo **x** a distribuição da renda segundo decis ou percentis do menor para o maior valor e no eixo **y** a distribuição da população de acordo com os níveis de renda correspondentes. Havendo distribuição igual para cada grupo a curva deverá coincidir com a reta diagonal originada no ponto zero. A área entre a curva real e a diagonal será utilizada para o cálculo do coeficiente de GINI. Esta medida tem valor entre 0 e 1, sendo o zero correspondente à ausência de concentração de renda e o 1 correspondente ao máximo de concentração de renda.

Abordagem semelhante pode ser usada para estudar a concentração e uso de serviços de saúde, por exemplo, ou a distribuição do estado de saúde segundo a distribuição de renda. O índice de concentração tem a vantagem de levar em conta a distribuição populacional e o tamanho de cada grupo.

A curva de Lorenz pode ser usada para comparar duas ou mais distribuições evidenciando graficamente a existência de concentração na distribuição da renda. Os gráficos 02 e 03 mostram a distribuição das internações hospitalares realizadas pelo SUS e a distribuição

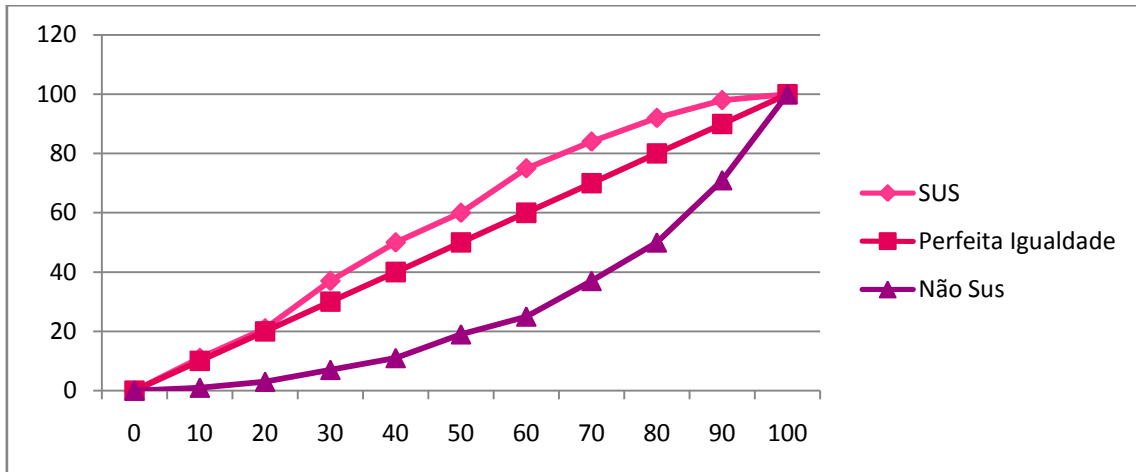
---

<sup>3</sup> Rita Barradas Barata; Desigualdades Sociais e Saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva, 2006.



das internações hospitalares não SUS (privada) segundo percentis de renda domiciliar per capita.

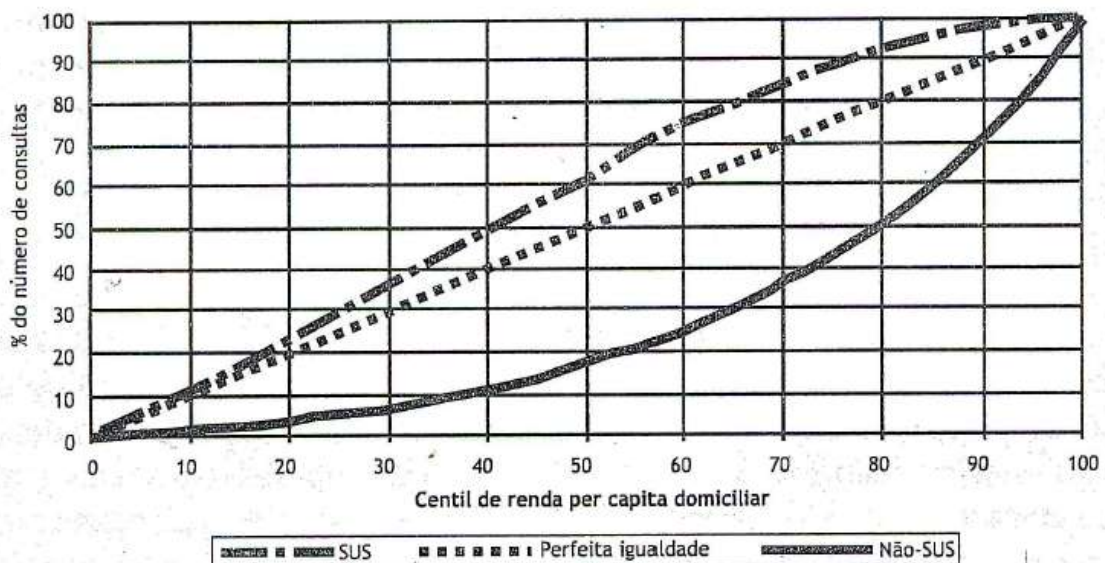
**Gráfico 02 – Distribuição de cobertura hospitalar – Piraquara.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara / Setor de Regulação

**Gráfico 03 – Distribuição de cobertura hospitalar – Brasil**

Distribuição porcentual da cobertura hospitalar (SUS e não SUS) por decil de renda (curva de concentração). Brasil, 1998.



Fonte: Rita Barradas Barata (pg. 479), In Tratado de Saúde Coletiva, 2006.



O traçado mais fino indica a reta que seria esperada se a distribuição de renda fosse completamente equitativa, isto é, se a proporção acumulada de internações correspondesse exatamente à proporção acumulada da renda domiciliar per capita. A linha tracejada forte mostra a distribuição das internações pelo SUS. Não há muito deslocamento em relação à linha diagonal mostrando que as internações se distribuem regularmente ao longo da distribuição de renda. Podemos observar que a mediana da renda per capita (percentil 50 no eixo do X) corresponde a 60% das internações, isto é, proporcionalmente mais pessoas com renda baixa utilizam as internações pelo SUS. Praticamente não ocorrem internações pelo SUS acima do percentil 90, ou seja, para os 10% mais ricos da população. A curva de traçado cheio corresponde às internações particulares. Ela se afasta bastante da diagonal indicando a grande concentração de uso entre os mais ricos. A mediana da renda per capita corresponde apenas a 18% das internações e 50% das internações se concentram acima do percentil 80, ou seja, nos 20% mais ricos.

Os coeficientes de GINI da população de Piraquara nos anos de 1991, 2000 e 2012 (quadro 9) são de 0,42, 0,48 e 0,41 respectivamente. Estes números indicam que ainda há uma grande desigualdade na distribuição da renda. Embora a percentagem de pessoas com renda até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo nesse período tenha diminuído de 55,09% em 1991, para 46,88% e 26,08% em 2000 e 2010, respectivamente (quadro 8), isto não indica que houve uma melhor distribuição da renda se considerarmos o índice de GINI. Comparando-se com as médias dos municípios da 2ª RSM e Estado do Paraná, o Município de Piraquara encontra-se em piores condições (quadro 8).

No quadro 10 observamos que não houve alteração na concentração da renda, nos anos de 1991, 2000 e 2010. Por exemplo, no ano de 2010, os 20% mais ricos detinham 47,20% da renda; os 80% mais pobres, 52,80%.

**Tabela 14** - Ocupação da população de 18 anos ou mais – Piraquara.

	2000	2010
Taxa de atividade	71,54	68,25
Taxa de desocupação	17,62	5,70
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	60,33	70,57
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo	39,45	58,30
% dos ocupados com médio completo	20,02	34,64
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	32,10	13,40
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	75,86	72,66

Fonte: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores)

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 2,41% trabalhavam no setor agropecuário, 0,20% na indústria extrativa, 15,43% na indústria de transformação, 13,71% no setor de construção, 1,44% nos setores de utilidade pública, 13,47% no comércio e 46,54% no setor de serviços (quadro 4).

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 71,54% para 68,25%. Ao mesmo tempo, a **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,62% em 2000 para 5,70% em 2010, o que pode indicar um aumento da informalidade (tabela 14).

### 3.7 Comparativo IDH-M

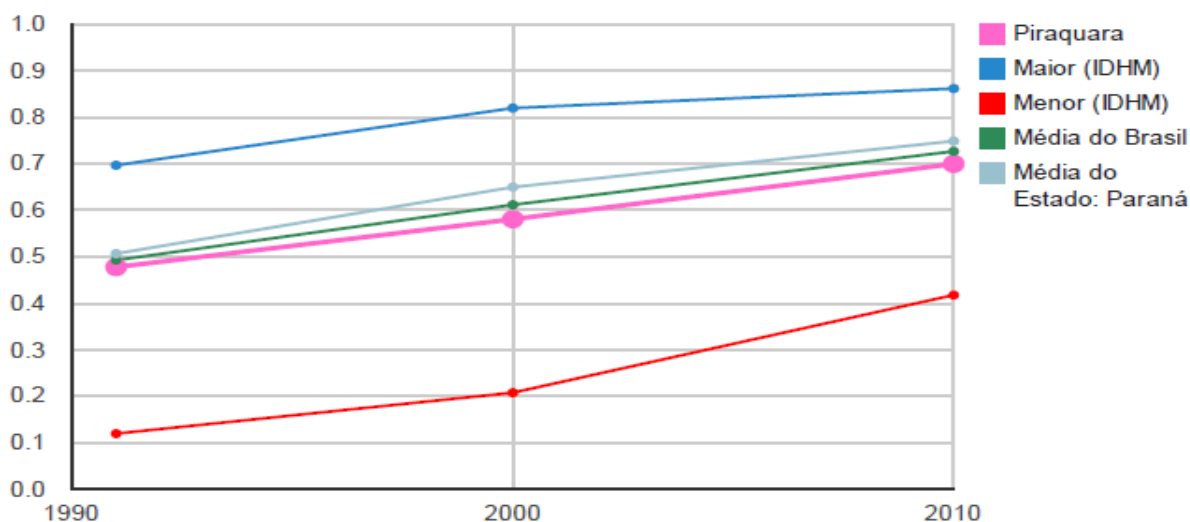
**Quadro 11** – IDH-M – Piraquara.

Município	1991	2000	2010
Curitiba	0,640	0,750	0,823
Pinhais	0,510	0,657	0,751
São José dos Pinhais	0,516	0,646	0,758
Quatro Barras	0,485	0,654	0,742
<b>Piraquara</b>	<b>0,478</b>	<b>0,581</b>	<b>0,700</b>

Fonte: [www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/piraquara\\_pr#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/piraquara_pr#idh)



**Gráfico 04 - Evolução do IDH-M – Piraquara**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano – 2013.

O município apresenta IDHM<sup>4</sup> abaixo dos principais municípios da 2ª regional de Saúde, o que é ocasionado diretamente pela baixa renda per capita (quadros 8 e 9). Apesar do indicador da educação na composição IDHM ter melhorado, no mesmo período, com menor taxa de analfabetismo e maior frequência escolar (tabela 15 e figura 06). O IDH do município de Piraquara está abaixo da média dos municípios da 2ª RSM, e 15% abaixo da Capital, reafirmando a baixa renda e concentração da mesma. No gráfico 04 observamos a evolução do IDH de Piraquara. Lembramos que estes dados são divergentes do IDHM usado pelo Ministério da Saúde e DATASUS, mas o importante é a evolução para melhor que o município de Piraquara obteve entre o período de 1990 a 2010.

<sup>4</sup> (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de **desenvolvimento humano** e para ajudar a classificar os países como **desenvolvidos** (desenvolvimento humano muito alto), **em desenvolvimento** (desenvolvimento humano médio e alto) e **subdesenvolvidos** (desenvolvimento humano baixo). O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades (IDH-M), aldeias, etc.



**Quadro 12 – Colocação do Brasil no ranking de IDH (Pnad 2012) – em 187 países**

1º - Noruega - 0,955
2º - Austrália - 0,938
3º - Estados Unidos - 0,937
4º - Holanda - 0,921
5º - Alemanha - 0,920
6º - Nova Zelândia - 0,919
7º - Irlanda - 0,916
8º - Suécia - 0,916
9º - Suíça - 0,913
10º - Japão - 0,912
11º - Canadá - 0,911
12º - República da Coreia - 0,909
13º - Hong Kong - 0,906
<b>85º - Brasil - 0,730</b>

Fonte: [www.suapesquisa.com/o\\_que\\_e/idh.htm](http://www.suapesquisa.com/o_que_e/idh.htm).

Piraquara ocupa a 1904ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1903 (34,20%) municípios estão em situação melhor e 3.662 (65,80%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 399 outros municípios de Paraná, Piraquara ocupa a 232ª posição, sendo que 231 (57,89%) municípios estão em situação melhor e 168 (42,11%) municípios estão em situação pior ou igual. Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano – 2013.

A análise do ATLAS assim afirma:

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Piraquara é 0,700, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,200), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,135), seguida por Longevidade e por Renda.



### 3.8 Educação

#### 3.8.1 Rede de Ensino Público e Privado de 1º. e 2º. Grau e matrículas por estabelecimento – Piraquara.

**Quadro 13 – Estabelecimentos de Ensino x Alunos**

Estabelecimentos de Ensino	Quantidade	Alunos matriculados	%
Creche	20	935	4,47
Pré-escola	22	1.499	7,17
Ensino fundamental	34	15.792	75,56
Ensino médio	09	2.672	12,80
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>20.898</b>	<b>100</b>

Fonte: MEC/INEP: SEED

#### 3.8.2 Alunos matriculados por faixa etária

**Quadro 14 – Ano x Idade x Alunos – Piraquara.**

ANO	FAIXA ETÁRIA	ALUNOS MATRICULADOS
1º	6 ANOS	1.508
2º	7 ANOS	1.855
3º	8 ANOS	1.609
4º	9 ANOS	1.535
5º	10 ANOS	1.541
<b>TOTAL</b>		<b>8.048</b>

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

As crianças do município de Piraquara, na faixa etária de 6 a 10 anos, praticamente na sua totalidade (96,85%) estão matriculadas regularmente na escola. Os índices de IDEB<sup>5</sup> do município em 2009 e 2011 são 4.6 e 4.7 (quadro 15), o que indica que a frequência e rendimento escolar estão 90% dentro da média para a faixa etária. Contudo, ficam aquém do Estado do Paraná com IDEB de 5.8 no ano de 2011.

---

<sup>5</sup> O Ideb é um indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho em exames padronizados (Prova Brasil ou SAEB) – obtido pelos estudantes ao final das etapas de ensino (4ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio), conforme informações sobre rendimento escolar (aprovação). A classificação é numa escala de zero a dez. (www.inep.gov.br).



### 3.8.3 Número de escolas existentes (1o, 2o. e 3o. grau, e profissionalizantes) Rede Pública – Secretaria Municipal de Educação de Piraquara.

- ✓ 20 escolas do ensino fundamental (1º ao 5º ano)
- ✓ 11 escolas estaduais no município (6º ao 9º ano e ensino médio)

### 3.8.4 Taxa de analfabetismo segundo a faixa etária

Tabela 15 - Taxa de analfabetismo segundo a faixa etária (2010) – Piraquara.

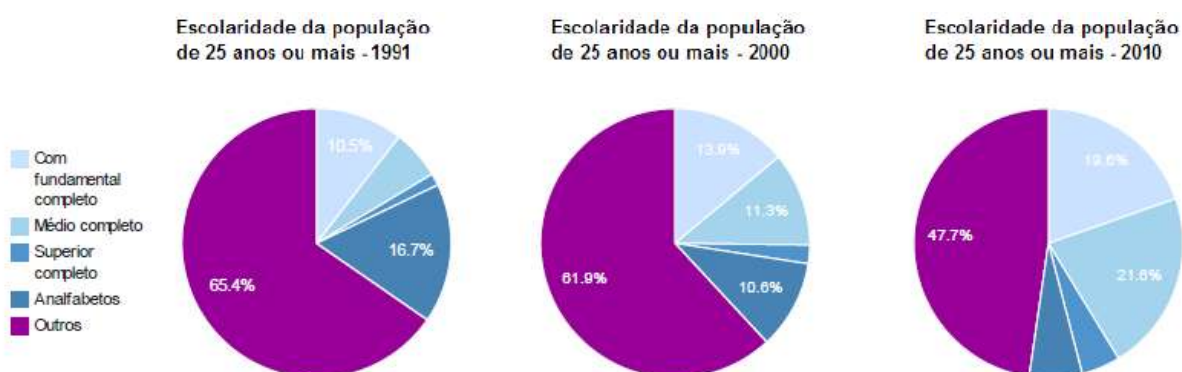
TAXA DE ANALFABETISMO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - 2010

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	5,03
De 15 a 19	0,98
De 20 a 24	1,19
De 25 a 29	1,58
De 30 a 39	2,62
De 40 a 49	4,85
De 50 e mais	15,48

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

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

Figura 05 - Taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais – Piraquara.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013.

A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 8,34% nas últimas duas décadas.





### 3.8.5 Avaliação Educação Básica (IDEB)

**Quadro 15 – IDEB (Vide nota de rodapé na página 30)**

4ª Série / 5º ano – Piraquara.

LOCAL	2005	2007	2009	2011
Piraquara	3.9	4.0	4.6	4.7
Paraná	4.6	5.0	5.4	5.8

<http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado>.

### 3.8.6 Número de creches e vagas – instituições públicas

**Quadro 16 – Creches X vagas 2011/2012 - Piraquara.**

Número de CMEIS – Centro Municipal de Educação Infantil	Matriculados
15	1.933

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Piraquara.

Os critérios de seleção das crianças para frequentarem um dos quinze Centros de Educação Municipal Infantil - CMEIS do Maternal ao Pré-Escolar II são definidos pelo Decreto Municipal nº. 3.058/2007. O município apresenta demanda reprimida de aproximadamente 7.000 crianças (considerando que o total, na faixa etária de 0 a 5 anos é de 9.577, e o número de matriculadas nos CMEIS é de 1.933 – Quadro 16) no ano de 2011/2012.

Esta escassez de vagas trás grandes dificuldades para as mães. Para executarem suas atividades laborais, o fato de não conseguir vaga no CMEIS, obriga-as a deixar os filhos menores aos cuidados de outras crianças, sem a presença de adultos, o que aumenta o risco de ocorrência de graves incidentes no ambiente doméstico, com agravo na saúde dessas crianças.

A Prefeitura de Piraquara através da Secretaria de Educação deve destinar recursos suficientes para minimizar e ou resolver o déficit de vagas nas creches, contribuindo em manter a saúde dessas crianças.



#### 4. ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

##### 4.1 Água

##### 4.1.1 Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água

**Quadro 17 – Abastecimento de água – Piraquara.**

Abastecimento de água	1991		2000	
	Paraná	Piraquara	Paraná	Piraquara
Rede Geral	70.9	<b>88.4</b>	82.6	<b>73.8</b>
Poço ou Nascente na propriedade	27.8	<b>10.8</b>	16.4	<b>25.0</b>
Outra forma	1.3	<b>0.8</b>	1.0	<b>1.3</b>

Fonte: IBGE/Censos Demográficos/Cadernos de Informações de Saúde

##### 4.1.2 Acesso à rede de água e esgoto sanitário

**Quadro 18 – Pessoas Atendidas com Água/ Luz/ Esgoto 2011 - Piraquara.**

AGUA		LUZ		ESGOTO	
Pessoas / Dom.	%	Pessoas / Dom.	%	* Pessoas / Dom.	%
96.400 / 29.300	98,90	85.000 / 26.225	88,52	67.324 / 19.860	69,07

Fonte: SANEPAR - IPARDES 2011 e 2012 – (tabela modificada SMSP)

\* informação da Sanepar em 16.10.2013



## 4.2 Saneamento

### 4.2.1 Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

**Quadro 19** – Moradores x Instalação Sanitária - Piraquara.

Instalação Sanitária	1991		2000	
	Paraná	Piraquara	Paraná	Piraquara
Rede geral de esgoto ou pluvial	19,5	<b>10,2</b>	35,9	<b>41,4</b>
Fossa séptica	18,2	<b>59,8</b>	15,7	<b>24,3</b>
Fossa rudimentar	52,8	<b>20,5</b>	42,2	<b>26,0</b>
Vala	2,3	<b>6,9</b>	2,0	<b>5,1</b>
Rio, lago ou mar	-	-	1,4	<b>1,2</b>
Outro escoadouro	0,7	<b>0,1</b>	0,6	<b>0,3</b>
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	<b>0,3</b>	-	-
Não tem instalação sanitária	6,2	<b>2,3</b>	2,1	<b>1,7</b>

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

No município de Piraquara o índice de esgotamento sanitário tratado é de 69,07% e por fossa séptica de 24,3%, totalizando 93,37% da população com destino de dejetos adequados. O depósito de dejetos em fossa rudimentar<sup>6</sup> representa 26%. Neste campo, o dado preocupante é que 8,3% (quadro 19) ou 6,63%, conforme informações da SANEPAR/IPARDS (quadro 18), da população está em risco permanente devido ao destino inadequado de seus dejetos. Isto implica num fator de risco acentuado, principalmente para as crianças na faixa etária de 1 a 5 anos.

Coleta de esgoto e de resíduos sólidos está relacionada à transmissão de doenças diarreicas, dengue, leptospirose, hepatites, entre outras. Necessitam não só do tratamento clínico, mas também preventivo por meio do saneamento básico adequado, distribuição de renda e investimento público.

O acesso à água tratada e à energia elétrica não representam dificuldades à população (quadro 18 e detalhes na página 152).

---

<sup>6</sup> É a forma de destino dos dejetos sem nenhum tratamento prévio, depositado em buraco a céu aberto, contaminando o meio ambiente.



### 4.3 Lixo (coleta e destino final)

**Quadro 20** - Proporção de moradores por tipo de destino do lixo - Piraquara.

Destino do Lixo	1991		2000	
	Paraná	Piraquara	Paraná	Piraquara
Coletado	64,4	89,2	82,1	95,2
Queimado na propriedade	20,9	6,7	13,5	2,6
Enterrado na propriedade	3,2	1,5	2,0	0,3
Jogado	9,4	2,4	1,9	1,7
Outro destino	2,1	0,1	0,5	0,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

## 5. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

### 5.1 Mortalidade Geral

#### 5.1.1 Óbitos por Ano do Óbito e Faixa Etária

**Quadro 21** – Óbitos por faixa etária 2008/2011 - Piraquara.

faixa etária	2008	2009	2010	2011
Menor 1 ano	20	18	22	18
1 a 4 anos	2	3	3	6
5 a 9 anos	4	2	5	2
10 a 14 anos	4	2	5	5
15 a 19 anos	28	33	26	29
20 a 29 anos	47	53	55	52
30 a 39 anos	43	48	57	56
40 a 49 anos	43	54	70	64
50 a 59 anos	75	88	75	86
60 a 69 anos	81	83	82	77
70 a 79 anos	79	78	106	92
80 anos e mais	55	69	79	93
Idade ignorada	-	1	1	-
<b>Total</b>	<b>481</b>	<b>532</b>	<b>586</b>	<b>580</b>

Fonte: MS/SVS / DASIS – SIM. SMSP – Setor de Vigilância Epidemiológica.



As quatro primeiras causas de mortes no período de 2008 a 2011 no Município de Piraquara (quadro 24) foram: causas externas (22,41%), doenças do aparelho circulatório (21,55%), neoplasias (14,48%) e sintomas e sinais achados em exames clínicos e laboratoriais (10,68%). No mesmo período no Estado do Paraná as quatro primeiras foram: doenças do aparelho circulatório (29,36%), neoplasias (17,72), causas externas (13,66%) e doenças do aparelho respiratório (10,90%).

O alto índice e a prevalência locais de mortes por causas externas indica que, no município, a segurança na mobilidade urbana e comportamental está abaixo das do estado, o que indica que a política pública de saúde deve dirigir-se também ao foco da intersectorialidade, para melhorar a segurança desta população.

Chama a atenção a quarta causa de morte do município que são os sintomas e sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, o que pode indicar uma fragilidade no diagnóstico clínico ou preenchimento irregular da declaração de óbito. Isto aponta a necessidade de capacitação permanente da equipe de saúde.

Nas demais causas não há grandes diferenças entre o município e estado.

A segunda causa de morte relaciona-se com as doenças do aparelho circulatório, o que nos leva a deduzir que o atendimento às pessoas com intercorrência crônica nos agravos à saúde não está sendo prestado eficientemente. Nas definições de prioridades das políticas pública de saúde devemos elencar o atendimento ao segmento da população que se situa na faixa etária acima dos quarenta anos de idade.

O sistema de saúde municipal, deve estar atento para implementar as ações de saúde diretamente na prevalência dessas causas, ou seja, na hipertensão arterial, diabetes mellitus, alimentação saudável, estilo de vida: tabagismo, uso de álcool e outras drogas, sedentarismo, entre outras.



### 5.1.2 Mortalidade Geral por Sexo

**Quadro 22** – Óbito por Sexo e Ano - Piraquara.

<b>Óbitos p/Residência por Ano do Óbito e Sexo</b>				
<b>Ano do Óbito</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Ign</b>	<b>Total</b>
2008	311	170	-	<b>481</b>
2009	322	209	1	<b>532</b>
2010	358	228	-	<b>586</b>
2011	346	234	-	<b>580</b>

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

### 5.1.3 Mortalidade geral por grupos de causas mais frequentes

**Quadro 23** – Mortalidade por CID10. Piraquara.

<b>Grupos de causas – CID10</b>	<b>Nº de óbitos por período</b>			
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	12	19	26
II – Neoplasias e tumores	58	76	89	84
III – Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitário	-	-	-	1
IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23	30	52	35
V – Transtornos mentais e comportamentais	3	2	5	9
VI - Doenças do sistema nervoso	4	5	12	9
IX – Doenças do aparelho circulatório	122	124	121	125
X – Doenças do aparelho respiratório	39	35	31	47
XI – Doenças do aparelho digestivo	34	27	29	23
XII – Doenças da pele e do tecido cutâneo	-	1	-	-
XIII – Doenças do sist. Osteomuscular e tec. Conjuntivo	2	-	-	2
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	14	12	8	10
XV – Gravidez, parto e puerpério	1	-	1	1
XVI – algumas afec. Originadas do período perinatal	12	7	15	8
XVII – Malf. Cong. Deformidades e anomalias	4	8	3	8
XVIII – Sint. e sinais achados anorm. exames clínicos e lab.	22	53	57	62
XX – Causas externas de mortalidade e de morbidade	132	139	145	130
<b>Total</b>	<b>481</b>	<b>532</b>	<b>586</b>	<b>580</b>

Fonte: DATASUS – SIM.

**5.1.4 Principais causas de mortalidade – 2008 a 2011****Quadro 24 – Mortalidade por grupos CID10. Piraquara.**

Grupos de causas – CID10	Nº de óbitos por período							
	2008		2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II – Neoplasias e tumores	58	12,05	76	14,28	89	15,18	84	14,48
IX – Doenças do aparelho circulatório	122	25,36	124	23,30	121	20,64	125	21,55
X – Doenças do aparelho respiratório	39	8,12	35	6,57	31	5,29	47	8,10
XVIII – Sint. e sinais achados anorm. exames clínicos e lab.	22	4,57	53	0,09	57	9,72	62	10,68
XX – Causas externas de mortalidade e de morbidade	132	27,45	139	26,13	145	24,74	130	22,41
Outras	108	22,45	105	19,73	143	24,40	142	24,47
<b>Total</b>	<b>481</b>	<b>100</b>	<b>532</b>	<b>100</b>	<b>586</b>	<b>100</b>	<b>580</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS - SIM

**5.1.5 Mortalidade geral por local de residência 2008 a 2012****Quadro 25 – Índice de mortalidade. Piraquara.**

Indicadores de mortalidade	2008	2009	2010	2011	2012
Total de óbitos	481	532	586	580	565
Numero de óbitos por mil habitantes	5,16	5,7	6,28	6,22	6,06
% óbitos por causa mal definidas	4,57	9,96	9,72	10,68	12,00
Taxa de mortalidade prematura (> 70 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas (doença do aparelho circulatório I00 a I99, câncer C00 a C97, diabetes E10 a E14, doenças respiratórias crônicas J40 a J47)	1,54	1,72	1,53	1,55	1,13

Fonte: DATASUS/SIM



## 5.2 Mortalidade Infantil

Óbitos menores de 01 ano – comparativo: Piraquara, 2ª Regional de Saúde Metropolitana e Estado do Paraná.

### 5.2.1 Taxa mortalidade infantil no período de 2008 a 2011

**Quadro 26** – Taxa de mortalidade infantil - Piraquara.

Local	2008	2009	2010	2011
Paraná	13,09	12,50	12,10	11,57
2ª Regional	12,15	11,04	11,47	10,68
Piraquara	<b>13,39</b>	<b>13,26</b>	<b>14,63</b>	<b>11,41</b>

Fonte: DATASUS – SVS/SIM

### 5.2.2 Causa dos óbitos menores de 01 ano no período

**Quadro 27** – Óbitos x residência x CID10 - Piraquara.

Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito				
Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	-	1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	-	1
X. Doenças do aparelho respiratório	1	1	2	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11	6	15	8
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	7	3	5
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	1	2	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	2	-	1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>18</b>

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

No ano de 2010, 68,18% dos óbitos em menores de 1 ano estavam relacionados com causas de afecções originadas no período perinatal. Estas causas estão diretamente relacionadas com o atendimento ao pré-natal e atendimento do parto e puerpério. No ano de 2011, esta percentagem caiu para 44,44%.

A cobertura do atendimento ao pré-natal no município de Piraquara no ano de 2012, conforme relatório de auditoria de março/2013 da Secretaria Municipal de Saúde, foi de aproximadamente 58,67%. No mesmo relatório constatou-se grande dificuldade das equipes





de saúde com relação às referências secundária e terciária, gestação de alto risco e maternidade referenciada, respectivamente.

A análise do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara, constatou que a maioria desses óbitos poderia ser evitada tendo cobertura do pré-natal adequada e com atendimento secundário e terciário eficiente e de qualidade.

O relatório de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde, realizado no município entre 31/01/2012 e 01/02/2012, com o nº. 12006, constatou que a cobertura do Programa da Saúde da Família - PSF/ESF no ano de 2010 era de 47,31% e no ano de 2011 (até julho) de 45,7%, índices considerados baixos para um atendimento adequado ao pré-natal. Somando-se ao índice baixo de cobertura temos, ainda, uma frequência declinante de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal, no período de 2008 a 2012, com 64,8%, 61,40%, 65,8%, 58,18% e 51,33% respectivamente (quadro 29).

A análise dos índices de mortalidade infantil do Município de Piraquara, da 2ª Regional de Saúde e do Estado do Paraná, no ano de 2011, não apresentam diferenças significativas: 11,41/1000/NV, 10,68/1000/NV e 11,57/1000/NV, respectivamente.

Diante deste quadro, a gestão Municipal deve eleger como uma das prioridades mais importantes o atendimento materno e infantil. Aliás, na Declaração do Milênio – OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO – ODM, o quarto OBJETIVO preconiza a redução da mortalidade infantil, e o quinto OBJETIVO visa melhorar a saúde da gestante. A busca desses objetivos implica melhorar a cobertura do atendimento ao pré-natal e ampliar as equipes da Estratégia da Saúde da Família. Ainda, estas ações estão garantidas na Constituição Federal<sup>7</sup>, sua realização nada mais é do que cumprir o ditame constitucional, garantindo a cidadania a essa faixa etária da população.

---

<sup>7</sup> "Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com **absoluta prioridade**, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos:...



### 5.3 Nascimentos no período de 2008 a 2011

#### 5.3.1 Informações sobre nascimentos no período de 2008 a 2011

**Quadro 28** – Nascimentos - Piraquara.

<b>Condições</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Número de nascidos vivos	1.494	1.433	1.504	1.490	1685
Taxa Bruta de Natalidade	17,36	16,41	16,13	15,98	18,07
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes	189,52	180,02	172,27	168,87	188,58
% de mães de 10-19 anos	23,22	23,44	25,33	20,73	22,67
<b>% de mães de 10-14 anos</b>	<b>1,20</b>	<b>0,76</b>	<b>1,26</b>	<b>0,87</b>	<b>0,77</b>
% com baixo peso ao nascer	9,5	7,6	8,8	8,85	8,54
Proporção de nascidos vivos por partos cesáreos	56,42	57,00	55,25	50,93	51,51
Proporção de nascidos vivos por partos vaginais	43,30	42,98	44,74	49,06	48,54

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS, modificada pela V.E.M Piraquara.

#### 5.3.2 Percentual de crianças nascidas vivas por consultas de pré-natal – 2008-2012

**Quadro 29** – Consultas pré-natal - Piraquara.

<b>Consultas de pré-natal</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
1-3 consultas	7,09	6,97	6,78	10,87	10,91
4-6 consultas	26,63	30,28	25,33	28,79	34,83
>7 consultas	64,8	61,40	65,8	58,18	51,33

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS



## 5.4 Mortalidade Materna

### 5.4.1 Óbitos maternos no período 2008 a 2011

**Quadro 30 – Óbitos Maternos - Piraquara.**

Óbitos maternos por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito										
Local	2008	taxa	2009	taxa	2010	taxa	2011	Taxa	2012	Taxa
Paraná	88	58,24	107	71,70	90	59,19	79	51,66		
2ª Regional	23	46,81	26	53,56	22	44,33	24	47,91		
Piraquara	<b>1</b>	<b>66,93</b>	<b>1</b>	<b>69,78</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>67,06</b>	<b>1</b>	<b>89,49</b>

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

Várias citações<sup>8</sup> indicam possibilidades de uso prático da taxa de mortalidade materna:

Indicadores de Mortalidade Materna são considerados indicadores da saúde da mulher e da população em geral, contribuindo para o conhecimento de desigualdades quando comparados índices de populações de países e regiões geográficas em diferentes graus de desenvolvimento, inclusive numa mesma área urbana que seja heterogênea (Laurenti, 1994).

- ✓ São considerados pela OMS/UNICEF indicadores do “*status* da mulher; seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades”, sendo preciso conhecer não apenas os níveis, mas as “tendências da mortalidade materna” (Laurenti, 2000).

Estes índices possibilitam, ainda:

- ✓ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar estudos especiais.
- ✓ Realizar comparações internacionais, para o que se adota a definição tradicional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia (OPAS, 2002).

<sup>8</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_saude3fase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf)



- ✓ Subsidiar, nos municípios, processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao parto e puerpério.

As taxas de mortalidade materna no município de Piraquara, nos anos de 2008, 2009 e 2011, estão acima das taxas do Estado do Paraná e da 2ªRSM, não servindo de parâmetro para avaliação por se tratar de estatística de “pequenos números”. Para termos uma referência maior, a análise deve ser feita numa série histórica ampliada como indicam Soares et al (2001).

“...quando a população de determinado município for muito pequena, os resultados do indicador podem apresentar dificuldades na sua interpretação. Para evitar problemas desse tipo, deve-se realizar a análise conjunta dos dados, em série de anos ou grupo de municípios”.

Mesmo assim, não podemos desconsiderar a alta taxa de mortalidade materna, que se ampliarmos o período de 2008 a 2012 (quadro 30), é ainda maior, com 89,49/100.000NV. Taxa aceitável seria abaixo de 20/100.000/NV, uma vez que em países mais desenvolvidos a taxa fica abaixo de 10/100.000/NV. Este índice está diretamente atrelado às condições de qualidade no atendimento no planejamento familiar, pré-natal, ao parto e puerpério.

É importante considerar, ainda, as altas taxas de partos por cesariana que, em Piraquara, atingem 52%.

Conforme Sobieray et al (2008), a análise dos óbitos maternos feita pelo Comitê de Mortalidade Materna do Paraná (2002), aponta que 77% das mortes poderiam ser evitadas, e que 36,5% das mortes maternas foram devidas à Assistência Hospitalar, 33,1% à Assistência Médica, 14% à Condição Social da paciente e 8% à própria Paciente. As principais causas apontadas pelo Comitê no mesmo ano foram: hemorragia durante a gravidez e puerpério (20%), Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG (14%), Embolia (7,3%), Infecção puerperal (7,3%) e aborto (4,2%).



Para melhorar/reverter índices alarmantes como estes, Sobieray, et al (2008)<sup>9</sup> apontam as necessidades de:

- ✓ Qualidade e eficiência da assistência durante o pré-natal
- ✓ Garantia de referência para ambulatório/Hospital de alto risco
- ✓ Busca ativa nas pacientes faltosas e com fator de risco
- ✓ Maior rapidez no agendamento de consultas
- ✓ Exames complementares de qualidade e suficientes
- ✓ Medicamentos (principalmente antibióticos, anti-hipertensivos e sulfato de magnésio injetável) e vacinas nas UBS
- ✓ Melhor comunicação entre as UBS e Hospital referenciado de alto risco
- ✓ Cursos de atualização para os profissionais de saúde da Rede Básica
- ✓ Disponibilizar transporte gratuito para as gestantes que necessitem
- ✓ Outras ações que podem evitar complicações e a morte dessas gestantes.

## 5.5 Cobertura Vacinal

### 5.5.1 Cobertura vacinal no período 2008 a 2012

**Quadro 31** – Cobertura Vacinal - Piraquara.

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Menores de 1 ano</b>					
BCG	137,15	124,90	121,51	130,03	127,65
Hepatite B	104,15	106,36	101,26	104,89	111,66
Rota vírus Humano	85,27	92,17	107,05	109,71	95,67
Poliomielite oral	113,32	111,58	104,68	117,25	101,19
Tetralente	113,39	111,58	104,68	117,18	117,04
<b>Mais de 60 anos</b>					
Contra a gripe	59,02	118,09	53,64	104,66	82,32

Fonte: PNI, Ministério da Saúde.

A cobertura vacinal apresenta uma taxa acima de 100% em sua maioria, indicando que as ações de vacina atendem residentes de outros municípios, ou que algumas vacinas são repetidas. Esta forma de ação, realizada na Rede Básica de Saúde apresenta resultados excelentes.

<sup>9</sup> Professor de Obstetrícia da UFPR, in Arquivos CRM-PR, v.25- nº 100 out/dez/2008.



## 5.6 Doenças de Notificação Compulsória

### 5.6.1 Doenças de Notificação Compulsória - 2008 - 2012

**Quadro 32** – Doenças de Notificação Compulsória - Piraquara.

<b>Doença de Notificação</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Hepatite Viral B	5	4	7	3	5
Hepatite Viral C	5	6	7	3	3
Outras Hepatites Virais	20	4	1	1	1
Intoxicações por agrotóxico	36	37	21	29	28
Intoxicações por Medicamentos					
Intoxicação por Pesticidas Domésticos					
Dengue	3	0	0	7	0
Malaria	0	0	0	0	
Doença Meningocócica	0	0	0	0	-
Meningite Viral	12	15	3	14	11
Meningite Bacteriana	5	3	2	2	1
Meningite não especificada					
Paracossidioidomicose (blastomicose)					
Sífilis gestantes	1	1	1	0	
Toxoplasmose					
Tétano Acidental					
Tuberculose	23	26	20	26	22
Varicela					
Hanseníase	10	9	6	6	9
HIV/AIDS	26	20	23	36	
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>125</b>	<b>91</b>	<b>127</b>	<b>80</b>

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos)



### 5.6.2 Sífilis Congênita

Quadro 33 – Sífilis Congênita. Piraquara.

Ano	Piraquara		Paraná		Sul		Brasil	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
2008	0	0	74	0,5	406	1,1	5.792	2,0
2009	1	0,69	106	0,7	553	1,5	6.103	2,1
2010	5	3,32	146	1,0	658	1,8	6.964	2,4
2011	8	5,36	213	1,4	908	2,5	9.374	3,3

Fonte: MS/SVS/Deptº. de DST, AIDS e Hepatites Virais

Observamos, no quadro 33, uma escalada crescente da incidência de Sífilis Congênita no Município de Piraquara, na 2ªRSM, no Estado do Paraná e no Brasil.

Há um empenho de todos os entes governamentais da área da saúde (Federal, Estados e Municípios), visando o cumprimento dos Objetivos do Milênio até o ano de 2015. Um dos objetivos difícil de alcançar é justamente o relacionado com a mortalidade infantil e materna. Para tal, deve haver investimentos (financeiros, recursos humanos e tecnológicos) suficientes nos municípios para que estes atuem adequadamente na Atenção Primária à Saúde, porque é nesse setor que está o maior problema na qualidade e na suficiência dos serviços prestados e é ele que abrange diretamente os cuidados de pré-natal.

Analisando o viés de queda do coeficiente de mortalidade infantil, tanto no Município de Piraquara, como no Estado do Paraná e Brasil, pode-se avaliar erroneamente que a qualidade de atendimento à Saúde da Mulher esteja atingindo bons critérios de qualidade. É inegável que tal atendimento avançou para melhor. Contudo, ainda são necessárias maior e melhor atenção na qualidade do Pré-natal.

Na análise das causas dos óbitos fetais e de crianças no primeiro ano de vida, tanto pelo Comitê de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil da Secretaria de Saúde de Piraquara, como pelos demais comitês do Estado do Paraná e do Brasil como um todo, a **CONCLUSÃO** é a mesma: **MAIS DA METADE DESSES ÓBITOS PODERIAM SER EVITADOS COM UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE E QUANTIDADE SUFICIENTE AO PRÉ-NATAL, AO PARTO E PUERPÉRIO.**



A incidência crescente de sífilis congênita no período de 2008 a 2011 é uma prova cabal de que o pré-natal não está sendo realizado condizentemente aos ditames legais do SUS e o direito da população. Do contrário, a incidência da **sífilis congênita** deveria ser zero, por ser uma patologia de fácil tratamento, desde que o diagnóstico seja feito e tratado no pré-natal. Porém, deve-se analisar a possibilidade de resultados falso negativo no exame de VDRL, cuja incidência é em torno de 2% dos exames. **O mais indicado, para evitar esses casos, é a realização do exame de quimioluminescência automatizado, que é uma reação específica para treponema (anticorpos antisifilis).**

A Política de Saúde do Município de Piraquara para o período de 2014/2017 deve conter prioridades na atenção à saúde da mulher, além é claro, para toda a população do município, visando os agravos agudos e condições crônicas de agravos à saúde de seu povo.





## 5.7 Morbidade Hospitalar

### 5.7.1 Internamentos por causa segundo CID 10

**Quadro 34 – Internamentos CID 10. Piraquara.**

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	Total
XV. Gravidez parto e puerpério	1326	1312	1308	1373	1507	6826
IX. Doenças do aparelho circulatório	1026	1229	1443	1352	1341	6391
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	851	894	1321	1184	1191	5441
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	307	455	627	571	1015	2975
X. Doenças do aparelho respiratório	1002	1257	992	972	982	5205
XI. Doenças do aparelho digestivo	649	834	793	708	856	3840
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	514	685	589	558	602	2948
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	487	664	451	442	503	2547
V. Transtornos mentais e comportamentais	428	335	434	469	327	1993
II. Neoplasias (tumores)	273	256	284	333	319	1465
XXI. Contatos com serviços de saúde	516	362	307	271	285	1741
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	158	185	170	180	231	924
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	296	265	249	244	218	1272
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	79	149	181	175	205	789
VI. Doenças do sistema nervoso	110	206	224	180	168	888
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	124	121	93	135	124	597
VII. Doenças do olho e anexos	36	69	36	45	51	237
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	60	62	64	67	49	302
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	33	49	34	51	47	214
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	10	16	23	25	20	94
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	1	7	4	6	19
<b>Total</b>	<b>8286</b>	<b>9406</b>	<b>9630</b>	<b>9339</b>	<b>10047</b>	<b>46708</b>

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

Na análise da morbidade hospitalar, na série histórica de 2008 a 2012 (quadro 34) observamos as principais causas de internamento, a saber:

- ✓ 1ª causa: Gravidez, parto e puerpério com 14,61% dos internamentos no período não apresenta alterações significativas.
- ✓ 2ª causa: doenças do aparelho circulatório com 13,68%, também no período não apresenta alterações significativas.
- ✓ 3ª causa: algumas doenças infecciosas e parasitárias com 11,64% dos internamentos. Faz uma escalada crescente entre os anos 2008 e 2012, apresentando um aumento de 39,95% no período. Seus determinantes podem estar



relacionados diretamente com a renda das famílias, condições ambientais de saneamento e moradia; e ainda com o atendimento do serviço público de saúde (quantidade e qualidade insuficientes).

- ✓ 4ª causa: doenças do aparelho respiratório com 11,14%, não apresenta variação significativa no período.
- ✓ 5ª causa: doenças do aparelho digestivo com 8,22%, com aumento significativo de 31,89% entre os anos de 2011 e 2012. Nos anos anteriores se mantém numa variação não significativa. Merece uma avaliação mais aprofundada nesses dois anos, ou que se aguarde a evolução para o ano de 2013.
- ✓ 6ª causa: doenças endócrinas nutricionais e metabólicas com 6,36% dos internamentos. No período de 2008 a 2012 apresenta um aumento de 230,61%, sendo que entre o ano de 2011 e 2012 teve um aumento de 77,75%. Estes podem estar relacionados com as condições de dieta inadequada e ou carência alimentar devidas à baixa renda familiar. Ainda pode estar relacionados com uma melhora do diagnóstico clínico ou ser resultado de dados inconsistentes.
- ✓ 7ª causa: relacionada com consequência de causas externas com 6,31%, não apresentando, no período, alterações significativas.
- ✓ 8ª causa: doenças do aparelho geniturinário com 5,45% não apresenta variação significativa no período analisado. De qualquer forma, chama a atenção o número de internamento de uma patologia que, na grande maioria das vezes, pode ser tratada a nível ambulatorial. Pode estar relacionada com a qualidade do atendimento na atenção básica e dispensação de medicamentos. Ou, ainda, com a falta de critérios clínicos no internamento para esse grupo de patologias.
- ✓ Diante deste último quadro, três fatores necessitam de avaliação. Primeiro, a qualidade do atendimento na atenção básica; quanto à capacitação da equipe de saúde e a adequação dos exames complementares. Segundo, verificar a quantidade e especificidade de medicamentos para estas patologias na dispensação na rede de atenção à saúde. Terceiro, o fator da qualidade e critérios clínicos para internamento, prestado no atendimento de urgência/emergência de referência para o município.
- ✓ Do ano de 2011 para 2012 houve um aumento significativo de algumas afecções do período perinatal, em 28,38%. A causa deste fato está relacionada com a qualidade do atendimento ao pré-natal e puerpério no sistema de atenção à saúde dessa população.

**5.7.2 Internações por Grupo de causas e Faixa etária****Quadro 35** - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas CID10 e Faixa Etária - Piraquara.

Capítulo CID-10	<1 an o	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		118	85	63	83	133	158	152	159	86	64	45	1191
II. Neoplasias (tumores)	45	-	1	5	9	9	31	74	75	53	37	25	319
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	2	6	-	4	2	8	10	6	3	5	47
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	1	36	13	26	62	133	239	215	183	103	1015
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	-	1	2	26	84	95	71	35	12	1	-	327
VI. Doenças do sistema nervoso	-	14	11	9	5	18	20	21	27	18	10	2	168
VII. Doenças do olho e anexos	13	3	1	2	2	3	5	7	12	8	3	5	51
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	4	3	7	1	-	2	1	2	-	-	-	20
IX. Doenças do apar. circulatório	-	2	2	2	11	23	70	219	318	356	233	99	1341
X. Doenças do apar. respiratório	6	193	110	55	30	50	55	61	80	79	76	40	982
XI. Doenças do apar. digestivo	153	24	33	22	32	82	149	148	173	93	60	17	856
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	15	7	12	11	31	9	21	30	27	38	13	218
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	-	7	11	6	11	15	22	27	16	3	3	124
XIV. Doenças apar. geniturinário	3	37	22	24	32	104	83	71	62	23	30	10	503
XV. Gravidez parto e puerpério	5	-	-	18	407	762	286	34	-	-	-	-	1507
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	231
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	230	11	7	7	1	6	4	1	1	-	-	-	49
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11	8	2	15	14	17	21	19	43	17	30	11	205
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8	34	37	39	52	132	104	65	61	32	25	12	602
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9	-	1	-	1	2	-	1	-	-	-	-	6
XXI. Contatos c/ serviços saúde	1	5	2	4	13	85	115	27	27	3	2	1	285
Total	1	469	335	339	749	1582	1286	1156	1382	1044	798	391	10047

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



### 5.7.3 Internamentos por Fratura de fêmur em população idosa

**Quadro 36** - Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur - Piraquara.

	2008	2009	2010	2011	2012
Piraquara	42,95	32,21	19,85	14,80	32,11
2ª Regional	15,44	18,53	18,96	19,25	19,16
Paraná	18,42	19,96	22,31	22,74	22,88

Fonte: DATASUS - SIH/SUS

O Município de Piraquara, no período de 2008 a 2011, teve uma diminuição acentuada e progressiva de 65,54% da taxa de internamento por fratura de fêmur, enquanto a média dos municípios da 2ªRSM e do Estado do Paraná teve aumentos consideráveis, de 24,67% e 23,45%, respectivamente, no mesmo período. (quadro 36).

No ano de 2008 a taxa do Município de Piraquara era 259,18% e 133,17% acima da média dos municípios da 2ªRSM e Estado, respectivamente, o que pode apontar uma inconsistência de dados, uma vez que as ações de saúde a essa população acima de 60 anos de idade, não foram tão diferentes entre o Município, a 2ªRSM e Estado. A cobertura da Atenção Primária à Saúde - APS e Estratégia da Saúde da Família - ESF no mesmo período de 2008/2011, no Município de Piraquara, aumentou de 19,99% para 29,20% (quadro 38).

O indicador de internamento por fratura de fêmur, apesar de suas limitações, pode traduzir ao longo do tempo, o impacto positivo na política de atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a Pessoa Idosa (em 2017 deverão ser 6.713 pessoas), deve ser priorizada com intervenções para prevenir esse agravo à saúde, incluindo em suas metas aquelas que visam a garantia do atendimento à pessoa idosa, como:

- ✓ Implantar ações de investigação de quedas e fraturas em todas as áreas adscritas das equipes da ESF;
- ✓ Implantar ações específicas de prevenção de quedas e osteoporose;
- ✓ Implementar na rede de APS, ações de educação em saúde às pessoas dessa faixa de idade e a seus cuidadores;
- ✓ Ampliar o cuidado domiciliar com ações proativas da equipe de saúde da ESF;



- ✓ Estabelecer referência especializada e melhoria da acessibilidade.
- ✓ Lembrar, ainda, que a queda em pessoas idosas tem como determinantes fatores intrínsecos como:
  - Dificuldades visual e auditiva,
  - Uso inadequado de medicamentos,
  - Dificuldade de equilíbrio,
  - Perda progressiva de força nos membros inferiores,
  - além de outras situações clínicas que contribuem para maior probabilidade de uma pessoa idosa cair.

A queda, portanto, representa importante evento sentinela para abordagem integral e preventiva nas ações de saúde.

A osteoporose é mais prevalente no sexo feminino, está relacionada ao climatério e hábitos de vida como:

- ✓ Tabagismo,
- ✓ Uso excessivo de álcool,
- ✓ Sedentarismo,
- ✓ Dieta alimentar inadequada e
- ✓ Uso de medicamentos.

### 5.8 Indicadores relacionados à Atenção Básica

**Quadro 37** – Indicadores relacionados à Atenção Básica. Piraquara.

<b>Indicadores</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
% de ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,10	0,18	0,34	0,29
% de exodontia realizada em relação aos procedimentos				
% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	52,48	78,05	75,52	80,34
Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações (população acima de 30 anos)	24,12	35,89	40,16	31,11
Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (população acima de 30 anos)	7,47	11,96	10,18	7,64
% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,14	0,18	0,14	0,11
% de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,14	0,20	0,13	0,16

Fonte: DATASUS / SISPACTO



### 5.9 Série Histórica de Cobertura da APS , ESF e ESB

**Quadro 38** – Cobertura APS , ESF e ESB, 2008 a 2012 - Piraquara.

<b>Cobertura populacional</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS	<b>19,99</b>	<b>20,06</b>	<b>31,62</b>	<b>29,61</b>	<b>29,20</b>
Cobertura da ESF	<b>19,99</b>	<b>20,06</b>	<b>31,62</b>	<b>29,61</b>	<b>29,20</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	<b>19,99</b>	<b>20,06</b>	<b>31,62</b>	<b>29,61</b>	<b>29,20</b>

Fonte: SMSP – Setor de Atenção Básica.

Entre os indicadores da Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde - APS, com exceção do Programa Bolsa Família que apresenta bom acompanhamento (em torno de 80%), os demais estão abaixo dos indicadores do Pacto pela Saúde. Chama atenção a taxa de internamento por diabetes mellitus de 40% e 31% em 2010 e 2011, enquanto a média nacional é de 7,05/10.000 e 8,38/10.000 na Região Sul. Isso aponta para uma baixa cobertura dessa patologia na APS, assim como a percentagem de coleta do material para preventivo do câncer de colo uterino, que foi de 0,11% no ano de 2011, quando o pactuado é de 0,75.

Esses indicadores demonstram a correlação da cobertura da APS e da ESF em apenas 30% da população do município (quadro 38).

Não há outra solução para melhorar esses indicadores, a não ser implementar a cobertura do atendimento na APS/ESF, com índices acima de 75% da população, com os respectivos investimentos em recursos humanos, tecnológicos, insumos e financeiros. A APS é uma política de saúde pública que requer investimentos de recursos financeiros suficientes, e não é um sistema de baixo investimento, mas é a que melhor resultado apresenta para a atenção à saúde da população.

**6. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO À SAÚDE****6.1 Estabelecimentos e tipo de prestador - Piraquara no ano de 2012****Quadro 39 – Prestadores de saúde - Piraquara.**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Público</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Policlínica	0	0	0	0
Unidade Básica de Saúde	9	0	0	9
Posto de Saúde	0	0	0	0
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	3	0	3	6
Consultório Isolado	0	0	15	15
Hospital Geral	1	0	1	2
Hospital especializado	0	1	0	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	0	3	3
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>39</b>

Fonte sistema CNES do Município de Piraquara.

**6.2 Leitos Hospitalares por 1.000 habitantes****Quadro 40 – Leitos Hospitalares - Piraquara.**

Leitos existentes por 1.000 habitantes	6,63
Leitos SUS por 1.000 habitantes	5,70

Fonte - CNES – Piraquara ano de 2012.

**6.3 Leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade****Quadro 41 – Especialidades - Piraquara.**

<b>Especialidade</b>	<b>Total</b>	
	<b>Existentes</b>	<b>SUS</b>
Cirúrgicos	20	14
Clínicos	100	80
Obstétrico	0	0
Pediátrico	15	9
Psiquiatria	448	360
Dermatologia	54	54
Crônicos	30	30
Hospital/DIA	0	0
<b>Total</b>	<b>667</b>	<b>547</b>

Fonte - CNES – Piraquara ano de 2012.



O Município de Piraquara possui 5,7 leitos/1.000 habitantes disponíveis ao SUS, índice bem acima do recomendado, que é em torno de 2/leitos/1.000 habitantes. No entanto, conforme levantamento do Setor de Regulação da SMS de Piraquara, dos 26.865 internamentos no período de 2010 a 2012 e até junho de 2013, somente 43,46% envolveram moradores de Piraquara; os demais internamentos (56,54%) foram de habitantes dos municípios da região metropolitana, Curitiba, municípios do interior do Estado do Paraná e de outros Estados (quadro 52, página 120).

Para reflexão, citamos Dr. Ivomar Gomes Duarte em artigo sobre leitos hospitalares<sup>10</sup>:

Além dos aspectos sociais, culturais e demográficos da população usuária, a utilização de leitos hospitalares está diretamente ligada ao financiamento do atendimento, ao modelo ambulatorial ofertado à comunidade, ao modelo de assistência à saúde mental vigente, da existência ou não de programas de atenção domiciliar, bem como da proximidade ou não de polos de atendimento regional.

---

<sup>10</sup> Disponível no site <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS05.pdf>



**6.4 Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas**  
**Quadro 42 - Recursos Humanos - em outubro/2013 – Piraquara.**

Categoria	Existentes	Existentes	Déficit	Total
	Estatutário/nomeado	Terceirizado		
ACS	63		211	272
ACS / Visitador de Saúde		2		
Administrador	0	0	12	12
Agente Ambiental/Técnico saúde Social		1		1
Agente de manutenção	9			9
Agente de Saúde Pública	11			11
Agente Operacional (serviços gerais / vigias)	38			38
Agente Operacional/Agente de reabilitação		1		1
Assistente Social	8			8
Atendente de Farmácia/Coordenação Administrativa		2		2
Auxiliar de Enfermagem	45		45	90
Auxiliar de Saúde Bucal/odontologia	15		19	34
Biólogo	1			1
Coordenação Marcação de Consultas / Coordenação Administrativa		1		1
Coordenação Sistema de Informação/Coordenação Geral		1		1
Coordenadora em RH/coord. Técnica		1		1
Enfermeiro		6		6
Enfermeiro	12		25	37
Enfermeiro / Coordenação Geral *		2		2
Enfermeiro / Técnico Saúde Social		1		1
Enfermeiro/Coordenação Administrativa		1		1
Farmacêutico	3			3
Fiscal	3			3
Fisioterapeuta	6			6
Fisioterapeuta/Coordenação Administrativa		1		1
Fonoaudiólogo	1			1
Médico / PSF		13	21	34
Médico Auditor		1		1
Médico Clínico Geral	7		2	9
Médico Dermatologista	1			1
Médico Endocrinologista	1			1
Médico Gineco Obstetra	3		9	12
Médico Infectologista		1		1
Médico Oftalmologista	1			1
Médico Ortopedista	2			2
Médico Pediatra	6		6	12
Médico Psiquiatra		5	6	11
Médico Urologista	1			1
Médico Veterinário	1			1
Motorista	31			31
Nutricionista	1		3	4
Odontólogo	10	8	16	34



Profissional de nível superior (artes cênica/Visual/tecnólogo Saneam.)	3			<b>3</b>
Psicólogo	9			<b>9</b>
Supervisora de Ambiente externo		1		<b>1</b>
Técnica Administrativa/Coordenação Administrativa		2		<b>2</b>
Técnico administrativo	31			<b>31</b>
Técnico Administrativo / supervisora de serviços		1		<b>1</b>
Técnico Administrativo / Técnico em Saúde da família		1		<b>1</b>
Técnico Administrativo / técnico em Saúde Social		7		<b>7</b>
Técnico Administrativo /Agente Ambiental		1		<b>1</b>
Técnico Administrativo /Apoio Técnico em Saúde		1		<b>1</b>
Técnico Administrativo/Assistente Administrativo		3		<b>3</b>
Técnico de Enfermagem	14			<b>14</b>
Técnico de Enfermagem / Apoio Social		8		<b>8</b>
Técnico de saúde	3			<b>3</b>
Técnico desportivo	1			<b>1</b>
Técnico em enfermagem / Técnico Saúde Social		1		<b>1</b>
Técnico em Saúde Bucal	4		30	<b>34</b>
Técnico em Segurança Trabalho/Técnico em saúde social		1		<b>1</b>
Terapeuta Ocupacional	3		3	<b>6</b>
Superintende de G.S (DAS6)	1			<b>1</b>
Diretor de G. em Saúde (DAS5)	1			<b>1</b>
Chefe de Divisão (DAS3)8	1			<b>1</b>
Chefe de divisão (DAS 3)13	1			<b>1</b>
Chefe de divisão (DAS 3) 14	1			<b>1</b>
Chefe de Seção (DAS1)05	1			<b>1</b>
Chefe de seção (DAS1)11	1			<b>1</b>
Chefe de seção (DAS1) 13	1			<b>1</b>
Chefe de seção (DAS1)14	1			<b>1</b>
Chefe de seção (DAS1)16	1			<b>1</b>
Chefe de seção (DAS1) 19	1			<b>1</b>
Ass.T.Tec.P (DAS4)07	1			<b>1</b>
Ass.T. Tec.P (DAS) 09	1			<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>75</b>	<b>409</b>	<b>840</b>
Estagiários		17		

Fonte: SMSP – Setor de Recursos Humanos .

Calculo da necessidade com base na PT/GM/MS 2.488 de 21/10/2011 e PT/GM/MS 1101 de 12/06/2002.

Em auditoria realizada pela SMS de Piraquara em fevereiro/março de 2013, entre as dificuldades detectadas, uma foi a falta de recursos humanos. Nas nove UBS visitadas, todas as equipes de saúde estavam incompletas, o que acarretava sobrecarga de trabalho e comprometia a qualidade do serviço, que tinha focos no atendimento centrado na procura direta e a clínica individual, quase que exclusivamente.



Nesse momento da elaboração do Plano de Saúde para 2014/2017, com a visão da gestão participativa e a mudança do processo de trabalho com o objetivo do atendimento no coletivo, baseado na pessoa, na família e na coletividade, tem-se uma oportunidade única para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. Para tanto, há que se pensar num planejamento estratégico eficiente para alcançar os objetivos, devolvendo aos usuários do SUS o que lhes é de direito: o atendimento integral, equânime e de qualidade.

O capital mais importante para desenvolver estas ações, é sem dúvida, o dos recursos humanos.

As grandes e modernas empresas há anos já descobriram e aplicam essa estratégia para melhorar os seus produtos, investindo em seus funcionários com a visão de que eles são o mais importante para agregar valores aos produtos da empresa.

A Gestão Pública deve ter essa visão estratégica voltada ao ser humano, àquele que atende e aquele que é atendido, um binômio inseparável.

Com o objetivo de um planejamento em saúde para toda a população de Piraquara, baseado na suficiência e qualidade, seguindo os parâmetros da PT/MS/GM nº. 2.488 de 21/10/2011, os recursos humanos necessários para desenvolver as ações de saúde voltadas ao atendimento integral dos agravos agudos e crônicos da saúde dos habitantes do município, devem ser os apresentados no quadro 42.

## **6.5 Equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos**

**Quadro 43** – Equipamentos por grupo - Piraquara.

<b>Categoria</b>	<b>Existentes</b>	<b>Em Uso</b>	<b>Disponível ao SUS</b>
Equipamentos de diagnóstico por imagem	08	07	06
Outros equipamentos*	201	195	167

Fonte: DATASUS/CNES. Piraquara.



## 6.6 Equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias de equipamentos

**Quadro 44** – Equipamentos por categoria - Piraquara.

<b>Categoria</b>	<b>Existentes</b>	<b>Em Uso</b>	<b>Disponível ao SUS</b>
Mamógrafo	0	0	0
Raio X	7	7	1
Tomógrafo Computadorizado	0	0	0
Ressonância Magnética	0	0	0
Ultrassom	1	1	1
Equipo Odontológico Completo	151	151	129

Fonte: DATASUS/CNES. Piraquara.

Os equipamentos para realização de exames complementares, quer de imagens ou de laboratório de análise clínica, são suficientes em número, mas a qualidade de alguns deles não preenche o principal princípio do SUS que é justamente este.

Fica o alerta para a gestão municipal quanto à avaliação de controle de qualidade. O recurso financeiro dispendido para essa ação pode, num primeiro momento, não aparecer nos resultados mas, como exemplo, podemos analisar o exame de VDRL para diagnóstico da sífilis. Este exame tem uma incidência de falso negativo em torno de 2%. Numa visão pouca abrangente podemos não dar muita atenção a essa possibilidade, mas no atendimento ao pré-natal ela é importantíssima (em outros também), pois um diagnóstico não concluído por falha desse exame significa que vai nascer uma criança com sífilis congênita. Para aprimorar a qualidade nessa questão, a alternativa é usar o exame de anticorpo específico para esta patologia, que é **quimioluminescência automatizada** (anticorpo anti-sífilis), que implica num pequeno aumento financeiro, mas pode salvar muitos recém-nascidos.

Outro fator que devemos estar atentos para o controle de qualidade é a falha técnica na realização dos procedimentos (exames de imagem e ou de patologia clínica), quer por falta de capacitação ou insumos inadequados. Assim, a regulação e avaliação são de grande importância para o aprimoramento da qualidade do atendimento à saúde.



## **7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

### **7.1 Vigilância epidemiológica**

Vigilância Epidemiológica, segundo Lei Orgânica da Saúde, tem como conceito um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Com base neste conceito a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização das atividades técnicas correlatas. A operacionalização da vigilância epidemiológica é composta por um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser desenvolvidas de maneira contínua, permitindo conhecer a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

São ações da Vigilância Epidemiológica a coleta de dados, o processamento dos dados coletados, a análise e interpretação dos dados processados, a recomendação das medidas de controle apropriadas, a promoção das ações de controle indicadas, a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes. E pela vulnerabilidade das doenças imunopreveníveis pelo uso de vacina, estas historicamente são objeto da vigilância epidemiológica.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica dentro das funções mencionadas. Quanto mais eficientes essas funções forem realizadas, maior será a eficácia das ações de controle desenvolvidas.

Após a implantação da NOB/SUS/96 grandes avanços ocorreram na descentralização das ações de vigilância epidemiológica. A relação das doenças e agravos de notificação compulsória tem sofrido revisões em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde.



A PT/MS/GM nº. 104 de 25/01/2011 define as doenças e agravos de notificação compulsória para todo o território nacional. Além disso, todas as suspeitas de surto ou agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superior pelo meio mais rápidos de comunicação disponível. Todo o sistema de vigilância é organizado tendo como objetivo o controle, eliminação ou erradicação de doenças e agravos.

**Tuberculose:** continua sendo mundialmente um importante problema de saúde pública, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, em virtude do município possuir pessoas privadas de liberdade (mais vulneráveis), o município é considerado prioritário para o controle da Tuberculose.

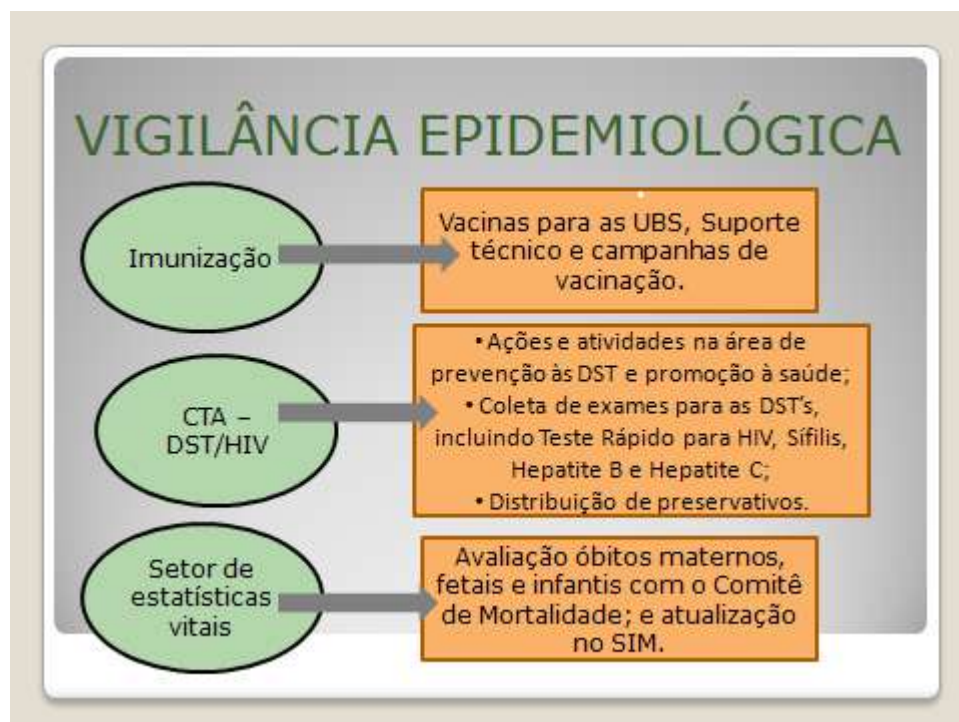
**Hanseníase:** Para o Estado do Paraná, dois municípios são considerados prioritários para hanseníase (Em 1873 o norueguês Armauer Hansen descobriu o bacilo da lepra: *Micobacterium leprae*), dentre eles Piraquara, onde está localizado o Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, antigo leprosário São Roque que, por muitos anos, foi considerado como instituição modelo para o País, por dispor de toda infraestrutura básica de uma pequena cidade: hospital, moradias, capela, cinema, campo de futebol, cadeia, prefeitura, cemitério etc. Na época não havia tratamento para a doença de Lázaro, como é conhecida a lepra, e as vítimas da hanseníase eram isoladas da sociedade. Hoje dispomos de tratamento eficaz, é longo, mas simples, sendo de extrema importância o diagnóstico precoce da doença, possibilitando a cura sem sequelas.

**Imunização:** As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro. Piraquara conta com nove salas de vacinação, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde, sendo estas abastecidas de imunobiológicos semanalmente.

**Agravos de Notificação Compulsória:** os três agravos e/ou doenças com maior número de notificações são Atendimento Antirrábico, Acidente por Animais Peçonhentos e Varicela.

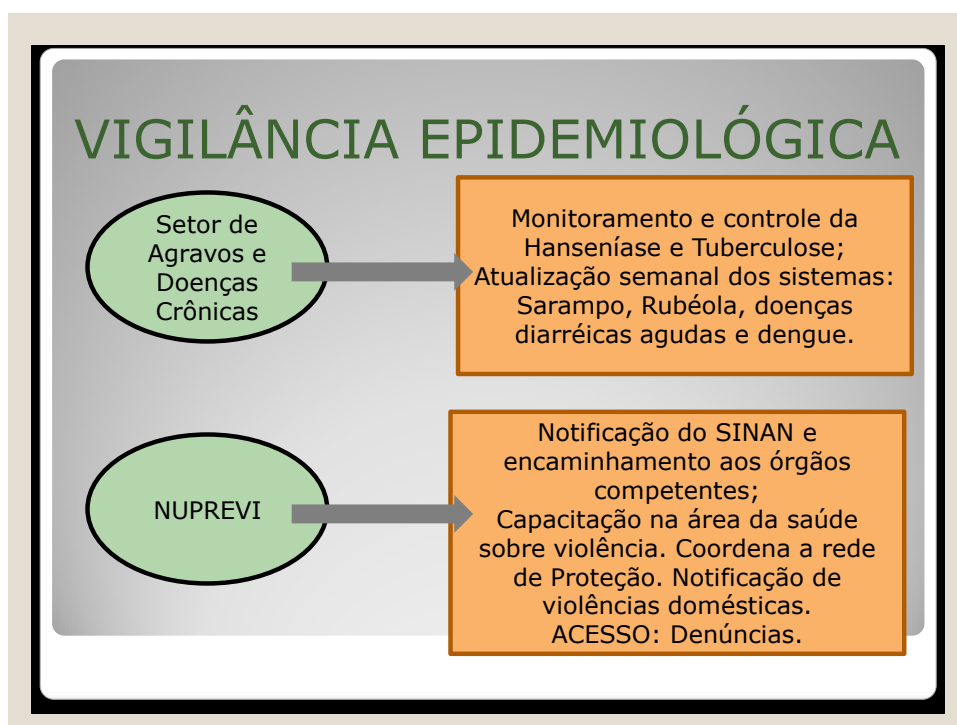


**Figura 06** - Fluxo de Atendimento: Vigilância Epidemiológica.



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

**Figura 07** - Fluxo de Atendimento: Vigilância Epidemiológica.



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara



### **Problemas identificados**

- ✓ Falta de comprometimento com as ações de VE pela Atenção Básica, gerando subnotificação, investigações mal preenchidas, dados insuficientes para análises fidedignas, envio de relatórios fora dos prazos estabelecidos;
- ✓ Rotatividade de funcionários;
- ✓ Falta de veículo e motorista exclusivo para o Setor;
- ✓ Internet ineficaz, dificultando o envio de relatórios;
- ✓ Salas de vacinação inadequadas.

### **7.2 GERMANO TRAPLE**

O Centro Especializado Dr. Germano Traple está localizado na Rua Targino da Silva, nº 52 bairro Jardim Primavera, entre as ruas João Simbalista e Laranjeiras, fone 3589-1045; CNES: 6921965.

Instalado em imóvel alugado com duas salas de espera, sala de administração, duas salas de fisioterapia, sala de esterilização, almoxarifado, cozinha, dois banheiros (paciente e funcionário), uma sala de oficina de palmilhas, duas salas de curativos, um depósito, um expurgo, um consultório médico, uma sala de terapia ocupacional.

Inaugurado dia 30 de junho de 2006 com o objetivo de tratar pacientes com hanseníase e suas sequelas e servindo de extensão da UBS Flávio Cini. A PT/MS/GM nº. 3.125 de 07 de outubro de 2010 especifica as ações desenvolvidas no centro.

A inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde - CNES foi realizado em 23/01/2012, como Centro Especializado Dr. Germano Traple, pois atende a Portaria 594 de 29 de outubro de 2010.

A localização do Centro Especializado foi estrategicamente pensando para ficar próximo ao antigo hospital São Roque – Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, e o maior número de pessoas portadoras de sequelas de hanseníase são oriundos deste hospital. Antes da fundação do Centro, os agentes da Pastoral da Saúde, em condições precárias, prestavam atendimento aos pacientes egressos de internamento.





Para a implantação do Centro foi realizada uma pesquisa de campo em parceria com os acadêmicos de Terapia Ocupacional da UFPR. Com o apoio das Secretarias Municipal e Estadual da Saúde, Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase MORHAN – e Pastoral da Saúde.

No início o Centro atendia apenas as necessidades imediatas dos usuários com uma equipe mínima de uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e uma agente operacional. Atualmente a equipe é composta por: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, um clínico geral, um agente administrativo e uma agente operacional.

O processo de trabalho foi estruturado, a equipe e serviços expandidos, atualmente as ações objetivam o restabelecimento funcional dos indivíduos, com as ações:

- ✓ Confecção das palmilhas que melhoram a qualidade de vida das pessoas com sequelas;
- ✓ Foco na reeducação visomotora para prevenir ou minimizar sequelas;
- ✓ Orientações de prevenção de incapacidades e alto cuidado;
- ✓ Educação em Saúde visando esclarecer sintomas, sinais, meio de transmissão, tratamento e cura da patologia;
- ✓ Atendimento na oficina de palmilhas aos pacientes com úlceras plantares e os com traumas ortopédicos em geral;
- ✓ Confecção de mobiliário de material de PVC, construídos pelos pacientes nas oficinas de Terapia Ocupacional, destinados às crianças com deficiências, alunos da educação especial;
- ✓ Realização de visitas domiciliares agendadas por solicitações das UBS ou pelos usuários, às sextas-feiras no período da tarde. Com o objetivo de avaliar, orientar e encaminhar para o tratamento de feridas e promover o auto cuidado; analisar as condições socioeconômica do paciente para possível solicitação de fluxo de material médico hospitalar para realização do curativo no próprio domicílio, pelo paciente ou algum cuidador.

O Centro também é responsável pela assistência de pacientes com complicações de diabetes (úlceras e pé diabético); úlceras varicosas e arteriais, lesões traumáticas e feridas em geral.

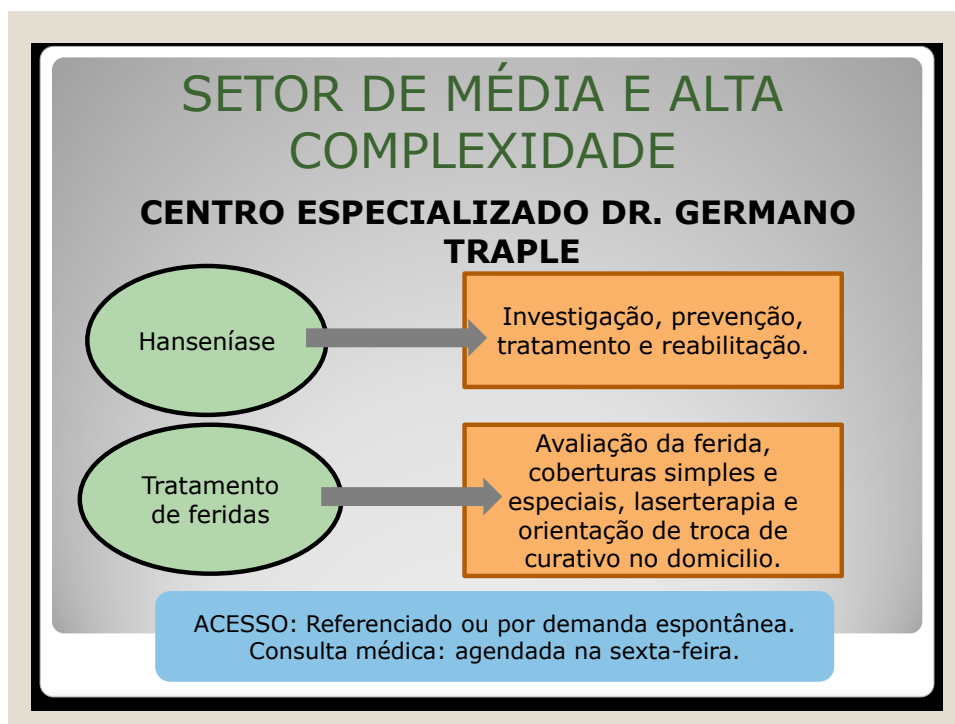


Tratamento fisioterápico aos pacientes com sequelas ortopédicas, neurológicas e dermatológicas, além dos portadores de MH.

Em janeiro de 2013 o total de usuários cadastrados era de 1.272, ultrapassando a média de 1.200 mensais, sendo 12,57% residentes de outros municípios.

No primeiro semestre de 2013 foram notificados 07 novos casos de hanseníase, com 15 comunicantes intradomiciliar, ainda necessitando de avaliação dermatoneurológica na maior parte deles.

**Figura 08** - Fluxo de Atendimento: Centro Especializado Dr. Germano Traple



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

### Problemas identificados

- ✓ Ausência de mapeamento de casos de sequelas provenientes da hanseníase no município;
- ✓ Falta de diagnóstico precoce em hanseníase;
- ✓ Acompanhamento incompleto dos comunicantes de novos casos;
- ✓ Falta de prevenção e tratamento adequado;
- ✓ Espaço físico precário, não atende a legislação sanitária;



- ✓ Equipe incompleta e sem capacitação e ou educação permanente;
- ✓ Falta de materiais especializados para curativos;
- ✓ Ausência de referencia para correção de sequelas;
- ✓ Ausência de protocolos para tratamento de feridas e rotina do serviço;
- ✓ Falta de boletim mensal com códigos de procedimento;
- ✓ Falta de sistema de informatizado;
- ✓ Ausência de programação visual no interior da unidade;
- ✓ Ausência de identidade histórica da hanseníase no município;
- ✓ Falta de parceria com entidade do terceiro setor.

### **7.3 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA**

O Serviço de Atenção Especializada e o Centro de Testagem e Aconselhamento - SAE/CTA está localizado no prédio do CESP – Centro de Especialidades Médicas de Piraquara na Rua Angelo Galli nº. 130.

O município faz pactuação para DST/AIDS, com ênfase nas atividades de prevenção para a população mais jovem e uma das principais realizações foi a ampliação dos testes feitos em gestantes e o acompanhamento dos casos positivos. A notificação de casos de HIV+ e AIDS no próprio município vêm crescendo. Um grande número de pacientes ainda está vinculado ao serviço especializado em Curitiba, porém, com processo de descentralização.

A equipe é composta por uma coordenadora (técnica administrativa), enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social e médico infectologista. Os exames das pessoas atendidas no SAE/CTA são realizados em laboratório conveniado. Exames mais complexos e dos agravos do SINAN são geralmente enviados ao LACEN estadual. As coletas de CD4, CD8 e CV são realizadas no próprio serviço pelo laboratório conveniado.

Em 2011 e 2012 o município incrementou ações de prevenção nas escolas. Para isso, realizaram-se oficinas de capacitação sobre o tema com professores de terceira e quarta series do ensino fundamental, ampliando-se a comunicação entre as secretarias de saúde e educação. O plano aumentou as ações educativas junto às escolas de ensino médio, elevando o número de notificações das DST. Como Piraquara não possui maternidade, as gestantes têm seus bebês fora de seu domicílio, acarretando duplicidade de notificação.



**Quadro 45** - Ocorrências dos agravos de notificação compulsória, Piraquara 2011 / 2012.

Agravo	Numero de casos em 2011 e 2012	Incidência
AIDS	87	0,89
Hepatites	75	0,76
Infecção Gonocócica	24	0,25
Sífilis gestante	26	0,27
Sífilis congênita	24	0,25
Condiloma	32	0,33
Herpes	08	0,008
Gestantes HIV+	19	0,20
Criança exposta HIV	17	0,18
Outras DST	13	0,14
Total	325	3,32

Fonte: SINAN net SAE/CTA. Dados preliminares. Cálculo de incidência por 1.000hab.

### Problemas identificados

- ✓ Estrutura física inadequada;
- ✓ Escassez de recursos humanos;
- ✓ Ausência de equipamentos de laboratório;
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente;
- ✓ Baixa oferta de capacitação da equipe;
- ✓ Divulgação precária das ações que o serviço oferece;
- ✓ Não dispensação dos medicamentos na própria unidade;
- ✓ Internet que não atende os padrões que o serviço exige;
- ✓ Sem oferta de serviço em horários alternativos

### 7.4 Núcleo de Prevenção à Violência - NUPREVI

A notificação da *violência doméstica, sexual e/ou outras violências* foi implantada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita



de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às leis 8.069 (Estatuto da Criança e Adolescente); 10.741 (Estatuto do Idoso); e 10.778. Essa notificação é realizada pelo gestor de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência. Os dados trabalhados do SINAN correspondem ao ano 2011 e estão ainda sujeitas à atualização. Os dados foram consultados entre 1º e 4 de maio de 2012, com a última atualização realizada pelo SINAN em 13/02/2011.

Considerando que muitas das características das situações violentas vividas pelas crianças e adolescentes dependem da etapa do seu ciclo de vida, julgou-se conveniente estratificar dados segundo faixas etárias e/ou etapas quinquenais do ciclo de vida, para melhor entender as circunstâncias que geraram as situações de violência. Considere-se que os quantitativos registrados pelo SINAN representam só a ponta do iceberg das violências cotidianas que efetivamente acontecem; as que demandam atendimento do SUS e que, paralelamente, são declaradas como violência. Por baixo desse quantitativo visível, um grande número de violências cotidianas nunca chega à luz pública.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 01 de 14/09/2007 institui o incentivo à Vigilância e Prevenção da Violência e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, com ênfase na estruturação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. O Município de Piraquara foi contemplado com o incentivo através do projeto “Piraquara Pela Vida” que compõe três linhas de atuação:

- ✓ A implantação do Nuprevi, com coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara, e vinculação à Rede Nacional. Envolveram técnicos das Secretarias de Assistência Social, Educação, Esporte e Cultura, Conselho Tutelar, entidades não governamentais locais e de Curitiba.
- ✓ A consolidação da Rede de proteção às pessoas em risco para a violência.
- ✓ A realização de ações conjuntas em escolas estaduais pelo NUPREVI e Rede de Proteção, junto à população de adolescentes.

O histórico da “Rede de Proteção às Pessoas em Situação de Risco para a Violência Doméstica e Familiar” é o próprio histórico de enfrentamento da violência no município de Piraquara, pois permeia e tornam possível todas as ações e as ideias de enfrentamento das violências passam a ser discutida. A consciência de que a atuação integrada das várias instituições para proteger a criança, o adolescente, a mulher e o idoso que se encontra em



situação de risco para a violência era de absoluta prioridade, fez com que os gestores, das secretarias municipais de Assistência Social, Educação e Saúde, se unissem num amplo debate que culminou com a implantação da rede de proteção no início do ano de 2007. Foi construído um plano de ação com a colaboração de representantes do Conselho Tutelar e das Secretarias envolvidas. Este plano garantiu a elaboração conjunta de um manual de atendimento às pessoas em situação de risco para a violência doméstica e familiar e de preenchimento da Ficha de Notificação Obrigatória, a capacitação dos atores da própria rede e a definição de um fluxo de atendimento e encaminhamento dos casos identificados.

A Rede de Proteção não é um novo serviço ou uma nova obra, é uma concepção de trabalho integrado e intersetorial que se traduz em uma metodologia de atuação englobando atualmente 68 serviços governamentais e não governamentais, formando as Redes Locais de Proteção. Trata-se de um espaço de troca de informações e saberes de múltiplos atores que, ao se articularem em rede, potencializam os serviços e as suas capacidades.

**A rede de proteção está organizada da seguinte forma:**

- a) Uma Coordenação Municipal composta pelos articuladores de rede que são representantes designados pelas secretarias parceiras e que se reúnem uma vez por mês.
- b) Nove Redes Locais, composta por serviços públicos municipais e estaduais, e organizações não governamentais que prestam algum tipo de atendimento ao público alvo da rede, com reuniões periódicas e de acordo com a necessidade do território.

As Redes Locais de Proteção estão organizadas em conformidade com a territorialização das nove Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. A rede conta com a participação de 68 serviços, todos recebem orientação dos articuladores de rede e são continuamente capacitados para o preenchimento adequado da ficha de notificação obrigatória SINAN/MS, para o reconhecimento dos sinais de violência não declarada e para a adequada intervenção, monitoramento e encaminhamento dos casos identificados.

Até setembro de 2010 era centralizado no Centro de Referência Especializado em Assistência Social- CREAS o banco de dados das notificações e todas as informações enviadas pelas redes locais eram analisadas e contabilizadas pela equipe técnica do CREAS. A partir de outubro/2010 passou a ser centralizado no Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde - NUPREVI/SMS, com a responsabilidade de registrar, analisar e realizar o encaminhamento das fichas conforme protocolo estabelecido pelo município.



### **Exemplo da Composição de uma rede local**

- ✓ Unidade Básica de Saúde Wanda Mallmann
- ✓ Escola Municipal Marilda Cordeiro Salgueiro
- ✓ CMEI Ivone Martha Vilar Defert
- ✓ CMEI Anjo da Guarda
- ✓ Escola Estadual do Guarituba
- ✓ Centro de Referência Assistência Social – CRAS
- ✓ Rede Esperança (ONG)
- ✓ Conselho Tutelar
- ✓ Nuprevi – Núcleo de Prevenção à Violência

Outros parceiros: Ministério Público, Assessoria Jurídica, Vara Criminal, Vara da Infância e Juventude, Delegacia da Polícia Civil e Militar, Corpo de Bombeiros. Quando necessário esses parceiros podem ser acionados para participação em estudos de casos e para definição de estratégias de intervenção no território.

Essa articulação em rede possibilitou nos três anos, reuniões com os conselhos escolares e Associações de Pais, Professores e Funcionários – APPFs das escolas municipais, rodas de diálogo com pais e comunidade escolar, seminários de comunicação com os integrantes dos Grêmios Estudantis dos colégios estaduais, encontros mensais com os articuladores de redes, reuniões bimestrais ou mensais com os serviços que integram as redes locais de proteção, campanhas em torno do tema de prevenção das violências doméstica e familiar de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Implantada em maio de 2007, a rede de proteção às vítimas de violência doméstica em Piraquara/PR, contribui para o enfrentamento da violência que acontece dentro das casas, afetando as relações familiares e atingindo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

### **Outros resultados:**

- ✓ Implantação do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
- ✓ Definição de fluxo de atendimento e encaminhamento das situações de violência entre as instituições públicas.
- ✓ Ampla divulgação da Lei 11.340, Lei Maria da Penha; e do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- ✓ Campanha permanente de enfrentamento do abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes
- ✓ Rodas de Conversa permanente de discussão para o enfrentamento da violência contra a mulher.



### **CASOS NOTIFICADOS 2010 a 2012. PIRAQUARA**

**2010 – 61 notificações**

**2011 – 288 notificações**

**2012 – 159 notificações**

**2011 – 18 casos de suspeita de abuso sexual contra crianças e adolescentes acompanhados pelo CREAS. Equivalente a 42% dos casos notificados de violência contra criança e adolescente.**

#### ***Indicador: Registros de homicídios de adolescentes entre 0 e 19 anos***

Rede Marista Solidariedade – Livro de dados do Paraná 2013

O Paraná registrou 620 homicídios entre crianças e adolescentes de 0 a 19 anos em 2010, segundo dados do Ministério da Saúde. A maior incidência aconteceu na faixa etária de 15 a 19 anos, com 567 casos, o que representa 91,45% do total. Das dez cidades com mais mortes, sete estavam localizadas na região metropolitana. A capital, com 156, foi a que apresentou o maior número de crimes, seguida por Foz do Iguaçu (39), Cascavel (33), São José dos Pinhais (30), Londrina (27) Pinhais (25), Colombo (23), Almirante Tamandaré (19), Araucária (18) e Piraquara (16).

As vítimas de homicídios no Estado eram na maioria meninos. Foram 552 casos, contra 68 meninas. Em relação à cor/raça, os brancos somaram 484 ocorrências, enquanto os pardos registraram 112.

#### **Problemas Identificados**

- ✓ Espaço físico com estrutura inadequada para reuniões membros da Coordenação Municipal da Rede de Proteção e articuladores das Redes locais..
- ✓ Falta de participação e comprometimento dos profissionais da saúde nas questões voltadas as notificações em suspeita de casos de violências.
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente para estruturar o Nuprevi.
- ✓ Falta de técnicos de outras áreas na composição do Nuprevi – Recursos Humanos
- ✓ Ausência de um veículo para efetivar as ações propostas pelo Nuprevi, junto a Rede de Proteção.





## 7.5 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Essas ações são privativas de órgãos públicos de saúde, indelegáveis, intransferíveis a outro, mesmo que da administração direta.

O Código de Saúde Municipal foi aprovado em 01/08/2007. Para instrução dos processos administrativos é utilizado o Código de Saúde do Paraná, Lei nº 13.331/01 e a Lei Federal nº 6.437/77. Para as Cobranças das Taxas Sanitárias aplica-se a Lei 575/02 de 05/02/2002.

A Vigilância Sanitária do Município de Piraquara foi municipalizada no ano de 1991 através da Lei Municipal nº. 100/91, que dispõe sobre as ações de saneamento e vigilância sanitária. Desmembrada devido à emancipação do Distrito de Pinhais, os profissionais foram divididos conforme a necessidade de cada município. O Organograma Estrutural da Prefeitura Municipal é regido pelo anexo da Lei nº 315/97 DE 04/07/97 com alterações da Lei nº 620/02.

A abrangência da Vigilância Sanitária (VISA) está na sua natureza, essencialmente preventiva e educativa, contendo especificidades que a diferenciam das demais ações dos serviços de saúde, por estar diretamente envolvida com os setores: econômico, jurídico, público, privado; organizações econômicas da sociedade e seus desenvolvimentos tecnológicos e científicos, que interferem nos determinantes do processo saúde/doença e qualidade de vida, ocasionando risco à saúde com o processo de produção, circulação e consumos de bens e serviços.

As principais ações são:

- ✓ Inspecionar, cadastrar e emitir alvarás sanitários;
- ✓ Colher amostras para análise fiscal;
- ✓ Cobrar taxas, abrir e acompanhar o processo administrativo sanitário em seus ritos, desde a lavratura do auto de infração até a aplicação de suas penalidades previstas em legislação própria (advertência, multa interdição, etc.);
- ✓ Analisar projetos arquitetônicos e definir normas.



Está organizada com os setores:

- ✓ Vigilância de Produtos – alimentos, sangue, medicamentos, cosméticos e saneantes,
- ✓ Vigilância nos Estabelecimentos de Saúde e controle de infecção hospitalar.

O município fez investimento na estruturação, capacitação e organização do serviço, ampliando a equipe para doze servidores, com aumento significativo nos recursos humanos em relação a 2011, que contava com oito servidores, entre Biólogo, Enfermeiro, Farmacêutico, Veterinário, Tecnólogo em Saneamento, Fiscal de Saúde, Auxiliar de Enfermagem e Motorista.

O Setor tem se preocupado com a parte educativa, orientando para busca de soluções, concedendo prazos para as adequações e correções das irregularidades apontadas. Somente aplicando multas e ou interdições, nos casos de extrema gravidade e que o notificado não se interessa pelas correções.

#### **Problemas identificados**

- ✓ Falta de capacitação em legislação e fiscalização;
- ✓ Dificuldade em realizar inspeções em 100% dos estabelecimentos existentes no município;
- ✓ Déficit de servidores administrativos;
- ✓ Espaço físico inadequado.

#### **7.6 Vigilância Ambiental**

Vigilância Ambiental em Saúde é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos, especialmente, às relativas a vetores; reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.



A relação existente entre o ambiente e o padrão de saúde da população diz respeito a todos os elementos que, direta ou indiretamente, afetam a saúde como exposição à substâncias químicas, elementos biológicos, estado psíquico do indivíduo, até os relacionados aos aspectos negativos de desenvolvimento social e econômico dos países.

Os principais objetivos são:

- ✓ Ações de promoção, prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente,
- ✓ Produzir e processar informações que corroborem com o planejamento em saúde;
- ✓ Identificar e informar os riscos contidos no meio ambiente que interfiram na saúde;
- ✓ Ações para eliminar os fatores de riscos do meio ambiente que contribuam para os agravos à saúde;
- ✓ Promover ações junto aos demais setores para recuperar o meio ambiente;
- ✓ Estimular a participação popular na recuperação do meio ambiente.

A Vigilância Ambiental, obrigatoriamente, necessita da intersetorialidade para desenvolver as ações de controle ambientais que implique nos agravos da saúde.

#### **Problemas identificados**

- ✓ Espaço físico inadequado;
- ✓ Ausência de técnico capacitado para realizar análise d'água;
- ✓ Ausência de sistema informatizado;
- ✓ Dificuldade em atender as solicitações denunciadas pelos usuários na Ouvidoria;
- ✓ Ausência de integração com outras secretarias;
- ✓ Dificuldades em implementar ações preventivas juntos aos inúmeros cães errantes;
- ✓ Ausência de divulgação das ações em Vigilância Ambiental junto à população.

### **7.7 Vigilância do Trabalhador**

A Saúde do Trabalhador é entendida como campo de práticas apoiadas no modelo da Saúde Pública. Propagou-se mais intensamente com o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980, e garantida na Constituição de 1988. Atualmente regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional do Trabalhador expressa no artigo 2º:



“A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”.

A introdução de estratégias direcionadas à atenção ao trabalhador é hoje um dos grandes desafios do SUS. A informalidade de grande parcela dos trabalhadores e a precariedade de vínculos dificulta a relação do setor Saúde com os usuários, ainda, a falta de adesão do trabalhador neste programa, contribui para que o mesmo seja atendido somente nos serviços de urgência/emergência quando ocorre o agravo à sua saúde.

Alterar esse quadro exige esforço criativo com o compromisso da persistência da prevenção e promoção da saúde, além da pactuação constante com os órgãos de controle e estruturas jurídicas de apoio aos trabalhadores.

A Secretaria Municipal de Saúde está se estruturando para implementar integralmente a Política de Saúde do Trabalhador, hoje sua equipe é composta por dois servidores restringindo a execução das ações de saúde neste setor.

Em Piraquara no ano de 2012, foram registrados dois casos graves que afetaram a saúde do trabalhador.

### **Problemas identificados**

- ✓ Espaço físico inadequado;
- ✓ Ausência de sistema informatizado;
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente;
- ✓ Deficiência de notificações das ocorrências;
- ✓ Ausência de Educação permanente;
- ✓ Ausência de integração com os setores da SMSP, COMUSP e outras secretarias.



## 8. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 8.1 Rede de APS

A Atenção Primária à Saúde - APS está garantida na Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, DL 7.508/2011 de 28/06/2011 e normatizada pela Portaria MS/GM nº. 2.488 de 21 de Outubro de 2011; que estabelece as normas e diretrizes, inclusive para a Estratégia de Saúde da Família. A APS é definida como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.

Só haverá uma APS de qualidade quando é praticada com esses sete atributos: **primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural**; além de três funções imprescindível a **resolubilidade, comunicação e responsabilização**

Com isso a APS direciona o foco do atendimento passando da visão centrada nos procedimentos “hospital cêntrico” e “médico cêntrico” para a integralidade do indivíduo, da coletividade e das famílias, entendendo o processo saúde/doença com origem na sociedade e suas alterações determinada por esta, que modifica a subjetividade de cada indivíduo na possibilidade de ter ou não saúde. Como se refere Mendes, 2012:

“A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa. Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a **resolubilidade**, a **comunicação** e a **responsabilização**. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutive, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da



gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita. Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RASs, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções.”

Como parte desta proposta surge a Estratégia da Saúde da Família - ESF, cujo foco é a mudança do modelo assistencial, caracterizando-se como a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo de atenção à saúde e com o papel ordenador do cuidado transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Possibilitando o trabalho em equipe multiprofissional com a participação do enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, odontólogo, entre outros.

O Município de Piraquara adota o sistema de saúde baseado na APS com a ESF, está composto por nove Unidades Básicas de Saúde – UBS e oito equipes da ESF (quadro 46). Porém, com ausência de alguns atributos e algumas funções como a resolubilidade e comunicação.

A Secretaria Municipal de Saúde não conseguiu até o momento estender a política de saúde para toda a população, os índices de cobertura são insatisfatórios, com 29,20% na APS e ESF (quadro 38, página 77).

A grande prioridade da atual gestão é a qualificação e ampliação da rede, com foco principal na Atenção Primária à Saúde e visão na responsabilidade sanitária pelas ESF dentro de sua área adscrita, com atendimento integral do indivíduo, da família e da coletividade, com ações proativas na promoção, prevenção e recuperação em todas as faixas etárias da população. Articulando-se com os outros níveis de atendimento; secundário e terciário, formando a rede de atenção à saúde onde a responsabilidade do atendimento retorne na APS.

**Quadro 46** - Capacidade instalada de UBS e ESF – Piraquara, 2013.

CNES	Nome da Unidade	Nome da ESF
0018414	James Ribas Martins – São Cristóvão	Equipe 01 Rosa
0018422	Takami Tano – Vila Macedo	Equipe 02 Azul
2681692	Elfride de Oliveira Miguel	Equipe 04 Vermelha
2681501	Wanda Mallmann dos Santos	Equipe 06 Verde
5069718	Sebastiana de Souza Batista –Tia Tiana	Equipe 07 Bordo
2822296	Flávio Cini – Jardim Primavera	Equipe 09 Amarela
0018449	Carlos Jess – Caiçara	Equipe 11 Roxo
		Equipe 12 Lilás
0018376	Osmar Pamplona - Central	Equipe 8 Laranja*
0018465	João Airdo Fabro – Capoeira dos Dinos	

Fonte: SMSP – Setor de Atenção Básica.

(\* somente PACS)

## 8.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Com objetivo de contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica; auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Atualmente, está habilitada uma equipe em Modalidade 1 para o município de Piraquara, com projeto de ampliar em mais uma equipe.

## 8.3 Programa Saúde da Mulher

Atenção à Saúde da Mulher abrange as suas especificidades nas diversas fases do desenvolvimento da vida e tem como diretriz o pacto para a implementação de ações que contribuam para a segurança dos direitos humanos e fundamentais das mulheres e diminuam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

O foco está em implementar atendimento adequado e suficiente ao Pré-Natal, Planejamento Familiar, Prevenção de Câncer (principalmente de colo uterino e mamário), Combate à Violência (sexual e doméstica). Atualmente a rede de APS desenvolve essas ações com cobertura insuficiente, em torno de 30%.

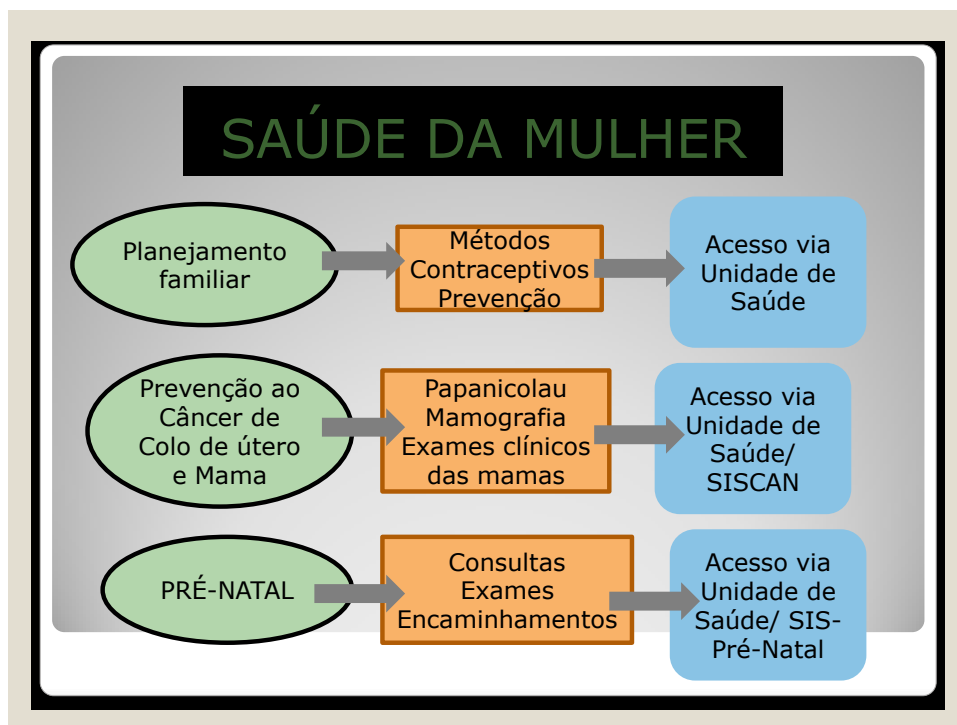
O atendimento adequado, integral e com qualidade às gestantes é comprovado pelos baixos índices de mortalidade infantil e materna.



A cobertura do atendimento às gestantes está em torno de 45%, e somente 51,33% dessas, com sete ou mais consultas no pré-natal em 2012, assim, com atendimento abaixo do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, e qualidade insatisfatória, resultam índices elevados de morbimortalidade materno infantil.

Portanto, é imperiosa a melhoria na qualidade do atendimento e ampliar a cobertura do pré-natal. A Educação Permanente para as ESF é fator indispensável para obter esses resultados.

**Figura 09** – Fluxo de Atendimento: Saúde da Mulher



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

#### 8.4 Programa Saúde do Homem

A baixa procura pelos serviços de saúde por parte da população masculina; quer por questões culturais ou por horário incompatível entre o funcionamento das UBS e horário de trabalho dessa parcela da população, dificultam as ações de prevenção e promoção aos agravos da saúde.

Uma das estratégias encontradas para minimizar a situação, foi ampliar o horário de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde até às 20h, inicialmente incorporada em três





delas, pretende-se desta forma estender a cobertura de atendimento ao programa masculino, visando à prevenção efetiva, principalmente, do câncer de próstata.

### 8.5 Programa de Prevenção aos Agravos Crônicos Não Transmissíveis

O Cuidado dos agravos das Condições Crônicas na APS deve visualizar a saúde em sua dimensão maior, principalmente, no estilo de vida das pessoas que determinam esses agravos; como dieta inadequada, sedentarismo, uso abusivo de álcool e a integração com o meio ambiente.

O Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas no Brasil 2011 - 2012 do Ministério da Saúde, apontou metas para impactar positivamente nessas condições, como diminuir o consumo médio de sal, aumentar o consumo de hortaliças, dieta com baixo teor de gorduras, aumentar a atividade física no lazer com Programas de Academia Saúde, reduzir o consumo de álcool e diminuir o tabagismo.

A Organização Mundial da Saúde em parceria com o Banco Mundial divulgaram estudo sobre mortalidade proporcional atribuível aos dez principais fatores de risco, nos países da América Latina e Caribe, e que abrange o Brasil, como vemos no quadro nº. 47.

**Quadro 47** - Mortalidade proporcional atribuível aos dez principais fatores de risco, nos países da América Latina e Caribe.

<b>Fator de Risco</b>	<b>Mortalidade Proporcional (%)</b>
Pressão Arterial	12,8
Sobre Peso	10,1
Álcool	9,5
Tabaco	8,5
Colesterol	6,5
Baixa ingestão de frutas e verduras	5,4
Sedentarismo	4,1
Sexo não protegido	1,9
Saneamento	1,2
Poluição do ar	1,2
<b>Total da Mortalidade Atribuível</b>	<b>61,2</b>

Fonte: Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR; 2005.



Conforme se refere Mendes, 2012:

“A simultaneidade desses fatores de risco gera um sinergismo que acaba por potencializar os problemas de saúde. Tome-se o caso do câncer. Para países de rendas baixa e média, entre os quais se encontra o Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer, a fração atribuível na população ao conjunto de fatores de riscos associados a uma localização específica de câncer variou de:

- ✓ 11% para cólon e reto (sobrepeso e obesidade, inatividade física e baixo consumo de vegetais);
- ✓ a 18% para câncer de mama (inatividade física, sobrepeso e obesidade e consumo de álcool);
- ✓ a 48% para câncer de boca e orofaringe (tabagismo e consumo de álcool) e;
- ✓ a 66% para câncer de traqueia, brônquios e pulmão (tabagismo, baixo consumo de frutas e vegetais e fumaça de queima de combustíveis sólidos no domicílio).

Além disso, conforme se demonstra pelo enfoque do curso de vida das condições crônicas, o impacto dos fatores de risco modificáveis aumenta com o passar dos anos; isso significa que o impacto desses fatores de risco podem ser adiados por intervenções realizadas precocemente. Em longo prazo, as intervenções preventivas realizadas no início da vida têm a capacidade potencial de reduzir substancialmente a epidemia de doenças crônicas.

Conforme pesquisa Vigitel/MS 2010 a percentagem de hipertensos acima de 40 anos é de 35% da população e 8% da população geral com diabetes mellitus, 15% de obesos e 48,1% de sobre peso. Trazendo estas percentagens para o Município de Piraquara com população de 97.473 habitantes em 2013 (tabela 4 página 6), temos os seguintes números de pessoas com agravos crônico da saúde:

- ✓ Hipertensão arterial 9.162;
- ✓ Diabetes mellitus 7.798;
- ✓ Obesidade 14.620;
- ✓ Sobre peso 46.885;
- ✓ Uso abusivo de álcool 16.515.

Precisamos implementar a rede de APS e ESF, além dos atuais 30% de cobertura, para atuarem com ações específicas nesses grupos de risco com agravos crônicos, proporcionando atendimento ao total da população.



## 8.6 Programa Saúde na Escola – PSE

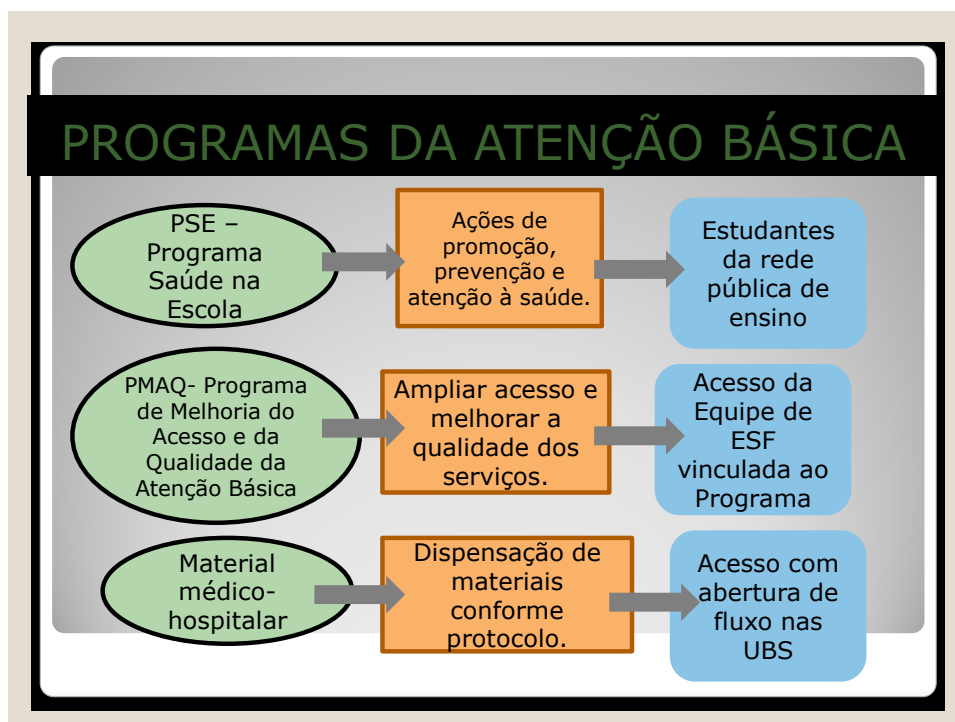
Programa Saúde na Escola - PSE é executado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, formou-se um Grupo de Trabalho Intersetorial – GTIM com a responsabilidade de planejar as ações e determinar as metas a serem alcançadas formalizadas num Termo de Compromisso. Segue as recomendações do DL 6.286/07 de 5/12/2007.

O PSE incorpora três componentes de trabalho:

- **Componente I** – avaliação das condições de saúde dos alunos, tratamento e acompanhamento nos agravos à saúde detectados.
- **Componente II** – promoção e prevenção de agravos, permitindo aos alunos escolherem entre as ações propostas, a que mais interagem com ele e com o meio ambiente.
- **Componente III** – é o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola, no processo de Educação Permanente, conforme compromisso dos três níveis governamentais, para alcançar padrões satisfatórios em educação e saúde.

Para o ano de 2013 o Programa Saúde na Escola terá ações essenciais e optativas, buscando atender de forma integral a saúde dos escolares e que devem ser planejadas a partir do diagnóstico das necessidades de saúde do território onde vivem os educandos.

- As **ações essenciais** são vinculadas a Programas prioritários do governo federal e são de pactuação obrigatória. O registro nos sistemas de monitoramento será considerado para o alcance das metas e repasse de recursos financeiros. As ações essenciais estão vinculadas aos seguintes Programas do Governo Federal: Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil, Programa Brasil Sorridente e Programa Crack: é possível vencer.
- As **ações optativas**, que não estão vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, são de livre pactuação. Seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro.

**Figura 10** – Fluxo de Atendimento: Programas da Atenção Básica

Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

## 8.7 SAÚDE MENTAL

A Atenção à Saúde Mental em Piraquara está apoiada na lei Federal nº 10.216/01, de 06/04/2001 “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e regulamentada pela portaria /GM nº 336/02, de 19/02/2002, que cria normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Considera, ainda, a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Há necessidade de implantar uma Política de Atenção à Saúde Mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária, considerando as interfaces e a abrangência que a Política em Atenção à Saúde Mental apresenta entre os setores do Município com a rede APS, assistência social, educação entre outras e buscar, através da Rede de Atenção Psicossocial a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção às pessoas com



sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do crack, álcool e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial será formada com a participação de:

- ✓ Atenção Básica em Saúde;
- ✓ Atenção Psicossocial Especializada Caps AD e CAPS II TM;
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência;
- ✓ Atenção Hospitalar;
- ✓ Estratégias de Desinstitucionalização;
- ✓ Reabilitação Psicossocial.

As diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial são:

- ✓ Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- ✓ Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- ✓ Combate a estigmas e preconceitos;
- ✓ Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, com integralidade, assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- ✓ Diversificação das estratégias de cuidado;
- ✓ Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- ✓ Desenvolver estratégias de Redução de Danos;
- ✓ Atuar com área adscrita da comunidade, com participação dos usuários, familiares e controle social;
- ✓ Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- ✓ Promover educação permanente;
- ✓ Projeto terapêutico singular aos pacientes com transtornos mental e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras dependências químicas;
- ✓ Início do processo de desinstitucionalização;
- ✓ Desenvolvimento da lógica do Matriciamento com supervisão no cuidado;
- ✓ Promoção do controle social através da associação dos usuários dos serviços de Saúde mental do Município e da participação no Conselho Municipal de Saúde de Piraquara (COMUSP);



- ✓ Aproximar e estreitar os cuidados primários de saúde aos portadores de transtornos, para oferecer cuidados contínuos, facilitando o acesso e diminuir a institucionalização.

A Rede de Atenção Psicossocial está formada pelos:

**Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais (CAPS II - TM).** Implantado em 2006, localiza-se na Rua Francisco Leal, 487 – Piraquara – fone: 3673-6607, com atividades diárias de:

- ✓ Acolhimento;
- ✓ Consultas médicas regulares;
- ✓ Grupos e oficinas terapêuticas;
- ✓ Atendimento individual e familiar;
- ✓ Contatos intersetoriais;
- ✓ Encaminhamentos;
- ✓ Visitas domiciliares;
- ✓ Passeios estruturados;
- ✓ Preparação de alta;
- ✓ Busca ativa;
- ✓ Assistência de enfermagem e Reuniões de equipe regularmente.

Desde sua inauguração atendeu 5.900 usuários.

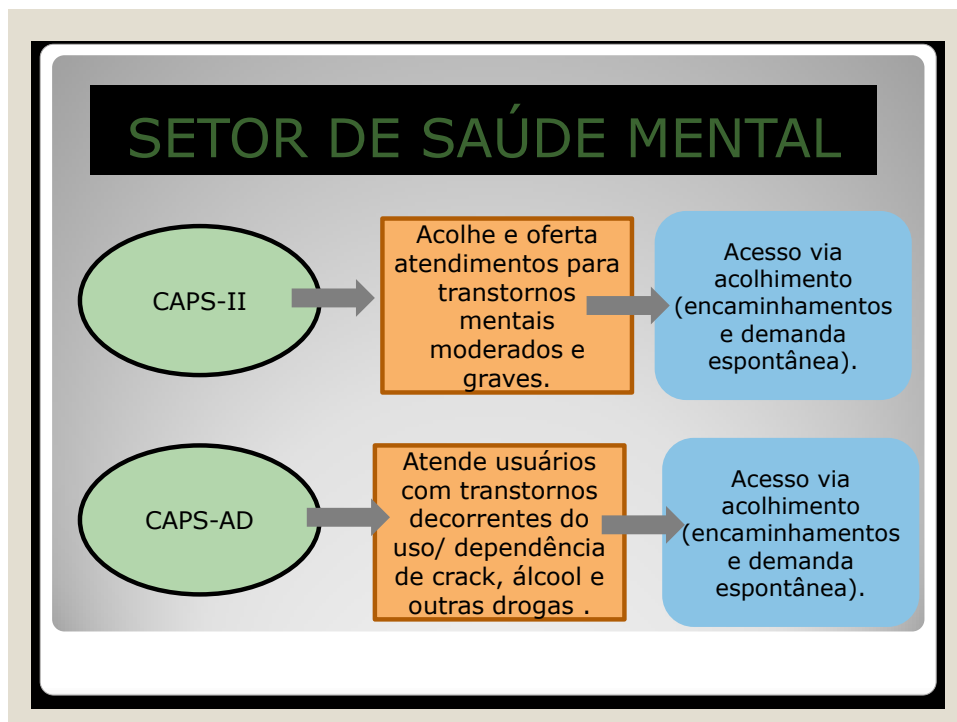
**Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Álcool e Droga - CAPS AD.** Foi implantado em 2007, está localizado na rua Centenário do Paraná, nº 67 – Jardim Bela Vista – Piraquara /PR – fone: 3673-7968, com atendimento diário de:

- ✓ Acolhimento;
- ✓ Consultas médicas regulares;
- ✓ Grupos e oficinas terapêuticas;
- ✓ Atendimento individual e familiar;
- ✓ Contatos intersetoriais;
- ✓ Encaminhamentos;
- ✓ Visitas domiciliares;
- ✓ Passeios estruturados;
- ✓ Preparação de alta;
- ✓ Busca ativa;
- ✓ Assistência de enfermagem no processo de desintoxicação e Reuniões de equipe regularmente.



Desde o início de suas atividades atendeu 2.423 usuários.

**Figura 11** – Fluxo de Atendimento: CAPS – II e CAPS-AD



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

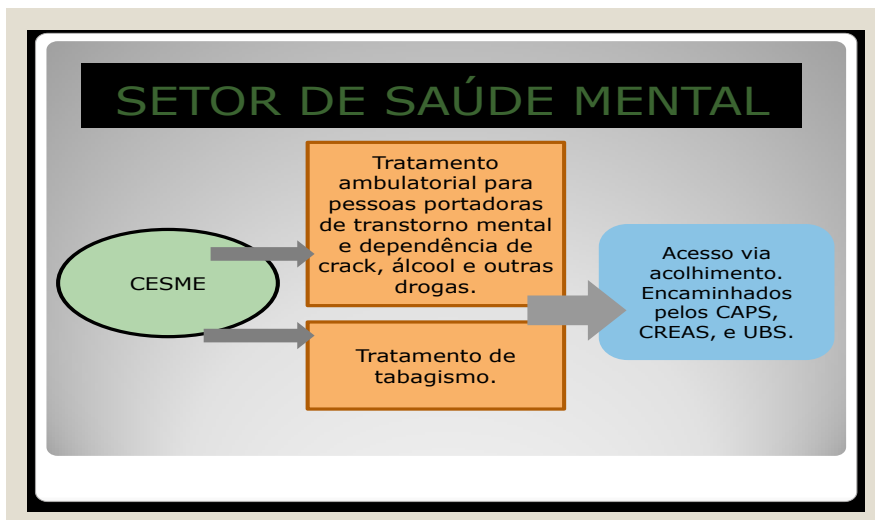
Em 2012, o Município implantou o **Centro de Saúde Mental (CESME)**, que é um ambulatório especializado e ordenado pelos CAPS, para atender usuários com sofrimentos mentais leves e moderados. Está localizado na Rua Tenente Celso Soares, 98 – Piraquara/PR – fone 3673-4526, com atendimentos diários de:

- ✓ Psicologia;
- ✓ Consultas médicas regulares;
- ✓ Grupos de tabagismo, atendimento individual e familiar;
- ✓ Contatos intersetoriais e encaminhamentos;
- ✓ Preparação de alta e Reuniões de equipe regularmente;

Realizou 2.166 atendimentos aos usuários.



**Figura 12 – Fluxo de Atendimento: CESME**



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

Será criado o Comitê Municipal de Saúde Mental, conforme decreto nº 4.088/13, que possibilitará organizar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conforme preconiza a portaria nº 3.088/11, de 23/12/11, com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com necessidades decorrentes de dependência química, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção das redes.

### **Problemas identificados**

- ✓ Excessiva explosão demográfica ocorrida nos últimos 20 anos e a baixa arrecadação municipal sendo um dos problemas identificados;
- ✓ Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, sendo esta 29,84 %, nos remete a problematização da necessidade de maior assistência aos portadores de transtornos mentais ou por uso/abuso de Crack, Álcool e outras Drogas na atenção básica;
- ✓ Não implantação do CAPS para atendimento de crianças e adolescentes e CAPS III para atendimento 24 horas;
- ✓ Ausência do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF;
- ✓ Ausência do Serviço de urgência / emergência 24 horas, bem como o SAMU 192;
- ✓ Dificuldade de Remoção, equipe de apoio especializada em crises emergenciais e equipe de suporte;





- ✓ O Hospital Geral não oferta leitos integrais não sendo suporte para os serviços de saúde;
- ✓ Ausência de ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- ✓ Baixa oferta de ações para promover maior vinculação das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- ✓ Baixa articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências e objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ Baixa oferta de cuidado especializado em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- ✓ Baixa oferta de ações de prevenção ao consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- ✓ Baixa oferta de reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- ✓ Pouca oferta de capacitação e formação permanente aos profissionais de saúde;
- ✓ Falta de implantação de direitos dos trabalhadores da Saúde Mental, dentre eles Insalubridade, responsabilidade técnica dos profissionais;
- ✓ Falta de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- ✓ Informações insatisfatórias sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- ✓ Dificuldade em regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ Ausência de estrutura de Residência terapêutica e orientação para efetivar a estratégia da desospitalização dos egressos/asilares do Hospital San Julian;
- ✓ Baixo monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção;
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente para estruturar o Cesme;
- ✓ Pouca oferta de recursos financeiros para maiores investimentos e ampliações dos serviços;
- ✓ Ausência de ações do Serviço de Saúde Mental junto às comunidades.



## 8.8 NUTRIÇÃO

Relevantes mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas ocorreram nos últimos 50 anos, com transformações nas relações de trabalho, nas formas de oferta e procura pelos serviços públicos, na atividade física e no gasto energético, no lazer e em outros aspectos. Mudanças mais drásticas, ocorreram nas formas de se produzir, comercializar, transformar, industrializar e preparar os alimentos.

Como consequência desse processo, cresce o consumo de alimentos calóricos, com alto teor de açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos e que são pobres em nutrientes como vitaminas, sais minerais e fibras. Essa ação está associada ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras, sendo hoje o padrão mais comum de alimentação das famílias brasileiras.

Essa evolução interfere no perfil de morbimortalidade, no hábito alimentar e estilo de vida da população. Determinando maior prevalência nas doenças crônicas como obesidade, desnutrição, carência alimentar, hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc., principalmente, no segmento da população com menor poder aquisitivo.

A dieta alimentar adequada e oferta de alimentos suficientes determinam fatores de proteção e ou risco; protegendo ou determinando agravos na saúde. Para minimizar essas alterações na saúde da população, a Atenção Primária à Saúde deve incluir orientação nutricional adequada, visando à prevenção desses agravos.

O Setor de Nutrição desenvolve as ações de controle dos Programas do Bolsa Família, Leite das Crianças, Suplementação de Ferro, Programa Municipal de Dietas Especiais para os grupos de risco na Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade e crianças com baixo peso.

No Programa Bolsa Família o papel da Nutrição é supervisionar e orientar as Unidades de Saúde na realização do acompanhamento do peso e vacinação das crianças de 0 a 7 anos e as gestantes beneficiárias a obrigatoriedade em frequentar o Pré-Natal, com orientação da dieta e controle de peso. Essas ações estão pactuadas para serem realizadas em duas fases temporais de janeiro a junho e julho a dezembro, para um total de 4.000 famílias. Difícil de atingir a meta devido à insuficiência de recursos humanos.



O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é atualizado regularmente, tornando-se fonte de informações decisivas para Gestor.

O SISVAN web está implantado no Município desde 2010 com acompanhamento de crianças de 0 a 10 anos de idade e gestantes. Com aumento significativo nos anos de 2011 e 2012 (quadro nº. 48).

**Quadro 48** - Acompanhamento no SISVAN web – 2010 a 2012 - Piraquara

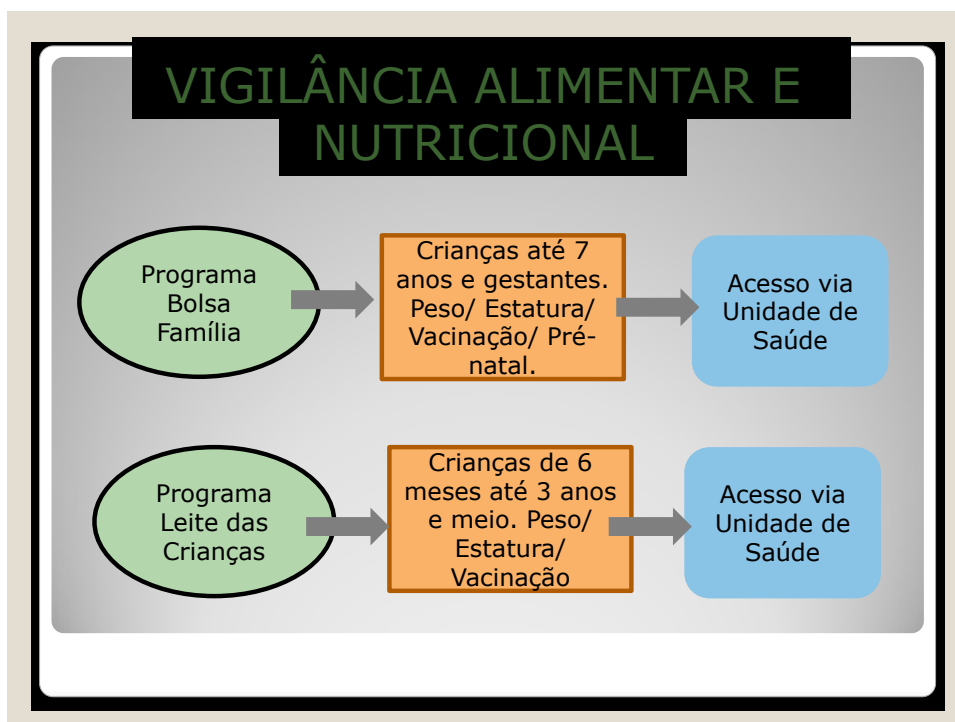
Ano	2010	2011	2012
Crianças de 0-10anos	2.367	2.974	4.062
Gestantes	495	863	953

Fonte SISVAV – SMSP – Setor de Nutrição, 2013.

O Setor de Nutrição desenvolve, ainda, ações de dietas especiais para apoio ao programa de criança com até um ano de idade que está impossibilitada de amamentação materna e pessoas com alimentação parenteral. Através das declarações de nascidos vivos é realizado levantamento de recém-nascido em risco social e ou biológico, com acompanhamento da UBS através dos Agentes Comunitário de Saúde, orientando para amamentação materna e ou alimentação adequada.

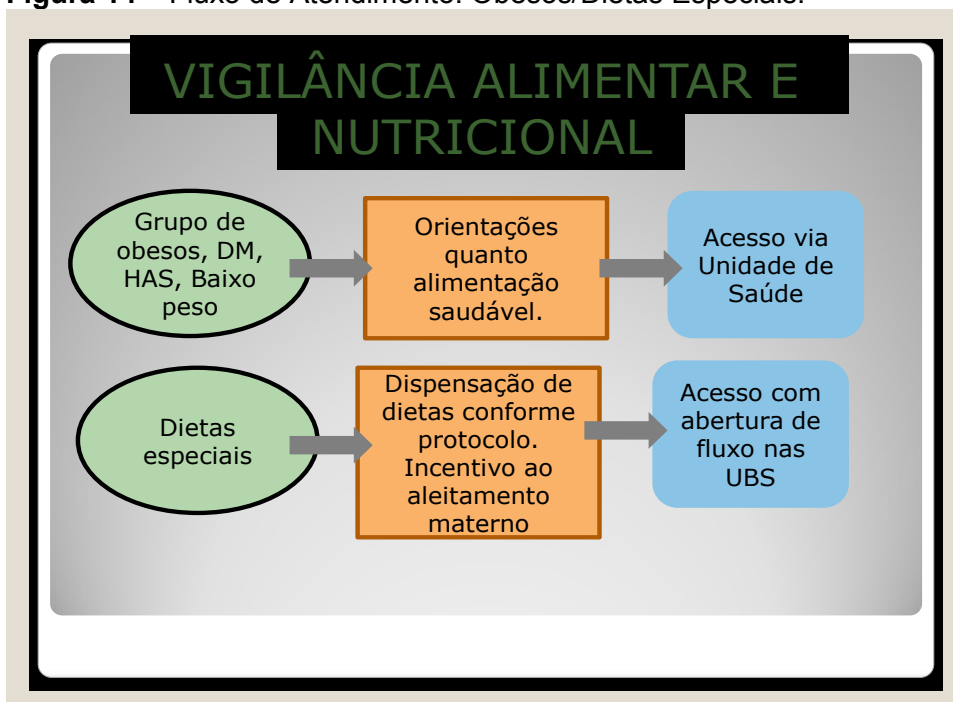


**Figura 13 – Fluxo de Atendimento: Programas de Nutrição**



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

**Figura 14 – Fluxo de Atendimento: Obesos/Dietas Especiais.**



Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara



## 8.9 SAÚDE BUCAL

A cobertura da Saúde Bucal no Município é de aproximadamente 30% com os mesmos índices da rede de APS, mesmo com a implementação ocorrida na última década em recursos humanos e equipamentos, praticamente não se aumentou a cobertura. Com atendimento voltado à ESF e inclusão da Saúde Bucal na equipe, houve ganho significativo no atendimento humanizado e com mais qualidade.

O atendimento integral e suficiente a toda população somente chegara à plenitude, se implementarmos um replanejamento dos serviços de saúde, conforme determina a PT/MS/GM nº. 2.488/2011.

Corroborando a isto, deve-se incluir o Programa do Escolar, CMEIS, e outros grupos vulneráveis como a gestante; hipertenso; diabético; entre outros, como prioridade no atendimento à Saúde Bucal.

## 8.10 Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SADT

**Quadro 49** - Produção e Recursos Aplicados no período 2011 a 2013 (até junho).

Prestador de Serviços				Serviços Atendidos	Exames realizados		
Recurso/PMP próprio/labor./ano		Recurso/FAE Estadual/labor./ano			2011	2012	2013
Valor	Qtidade	Valor	Qtidade				
R\$ 306.800,33	3	R\$ 252.000,00	1	9 UBS	35.376-PMP 54.600-FAE		
R\$ 481.305,10	4	R\$ 252.000,00	1	11 (9 UBS + CTA + 1 coleta extra Caiçara)		84.310-PMP 53.370-FAE	
R\$204.359,00 (6meses)	4	R\$ 126.000,00 (6meses)	1	11 (9 UBS + CTA + 1 coleta extra Caiçara)		66.244-PMP 27.300-FAE	

Fonte – SMSP – Setor de Regulação

Até o ano de 2009 o controle dos exames de Laboratório de Patologia Clínica não era realizado pelo setor de regulação. A partir de 2010 o setor implantou nova metodologia de coleta de material nas Unidades Básicas de Saúde e de entrega de resultado de exames,



entre outras ações. As modificações implantadas apresentaram resultados positivos; como identificação de pacientes de outros municípios, redução de custos, melhoria no fluxo da entrega dos resultados de exames na própria UBS, com exceção da área central, na qual era realizado pelo Hospital Piraquara, pelo recurso financeiro FAE – Fração Assistencial Especializada do SUS.

A nova sistemática de regulação para o Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SADT trouxe benefícios para os usuários, principalmente para os moradores dos bairros mais longínquos como o Guarituba, Primavera e Vila Macedo, uma vez que o deslocamento é até a UBS mais próxima de sua residência, para a coleta de material e o resultado do exame.

Os exames dos programas estratégicos de Hipertensão, diabetes, Pré-Natal, DST/Aids, Tuberculose, rotina da saúde do homem e da mulher, são realizados nos laboratórios conveniados com a SMSP (com coleta e resultados dos exames nas UBSs) e os com recursos FAE/SUS (com coleta de material e resultados de exames no Hospital Piraquara), com o objetivo de facilitar o monitoramento e controle desses programas.

Em 2011, foram realizados 89.976 exames, com custo médio de R\$ 6,21. Em 2012 foram realizados 137.680 exames, custo médio de R\$ 5,32. Em 2013, no primeiro semestre, foram realizados 93.544 exames, a um custo médio de R\$ 3,53, com diminuição de 66,35% em relação a 2012. Esses dados demonstram que o controle e regulação apresentaram economia de recursos financeiros (Quadro 49).

## **9. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

A atenção secundária do Sistema de Saúde do Município é realizada no Centro de Especialidades de Piraquara – CESP, instalada na Rua Angelo Galli 130 – centro – Piraquara/PR, em prédio alugado com os seguintes espaços físicos:

- ✓ 4 consultórios médico, sendo 2 com banheiro;
- ✓ 1 sala para vacina;
- ✓ 1 sala para administração/recepção;
- ✓ 1 corredor servindo de sala de espera;
- ✓ 1 banheiro;
- ✓ 2 salas e um banheiro desativados.



A equipe de saúde está composta por:

- ✓ 1 Endocrinologista;
- ✓ 1 Urologista;
- ✓ 2 Ortopedista;
- ✓ 1 Dermatologista;
- ✓ 1 Oftalmologista;
- ✓ 1 Clínico;
- ✓ 1 Assistente Social;
- ✓ 2 Auxiliares de Enfermagem;
- ✓ 1 Fonoaudiólogo;
- ✓ 1 Enfermeiro/coordenador;
- ✓ 2 Agente Operacional;
- ✓ Vigias.

**Quadro 50 - Produção no período de 2011 a 2013 (até agosto)**

<b>Especialidades</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013 (até agosto)</b>	<b>Total</b>
Fisioterapeuta	14.587	12.572	7.658	<b>34.817</b>
Enfermagem	9.706	8.753	6.472	<b>24.931</b>
Psiquiatria	1.775	3.648	3.005	<b>8.424</b>
Terapia Ocupacional	2.856	2.399	3.075	<b>8.330</b>
Psicologia	2.079	3.120	2.869	<b>8.068</b>
Nutricionista	5.639	692	630	<b>6.961</b>
Assistente Social	1.561	1.967	2.346	<b>5.874</b>
Ortopedista	2.149	2.102	1.467	<b>5.718</b>
Endocrinologista	1.278	1.219	838	<b>3.335</b>
Infectologista	1.246	1.146	818	<b>3.210</b>
Dermatologista	1.134	1.058	782	<b>2.974</b>
Oftalmologista	504	1.072	959	<b>2.535</b>
Cardiologista	1.606	0	0	<b>1.606</b>
Fonoaudiologia	642	429	468	<b>1.539</b>
Urologista	312	394	290	<b>996</b>
Neurologista	949	0	0	<b>949</b>
Clínico Geral	0	0	161	<b>161</b>
<b>Total</b>	<b>48.023</b>	<b>40.571</b>	<b>31.838</b>	<b>120.432</b>

Fonte: SMSP – CESP



Há demanda reprimida nas especialidades de:

- ✓ Cardiologia;
- ✓ Neurologia;
- ✓ Cirurgia Vascular;
- ✓ Reumatologia;
- ✓ Otorrinolaringologia.

### Problemas identificados

- ✓ O espaço físico é inadequado, com mal estado de conservação e fluxo impróprio, como o corredor servindo de sala de espera, paradoxalmente com salas desativadas.

Nas metas prioritárias do Plano Municipal de Saúde, deve constar a melhoria do atendimento do nível secundário próprio do Município; como nova instalação física com espaço e fluxo adequado para o atendimento, contratar e ou credenciar profissionais nas áreas de demanda reprimida.

## 10. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

### 10.1 atendimentos de internação Hospitalar no Município de Piraquara

Quadro 51 – Internação hospitalar

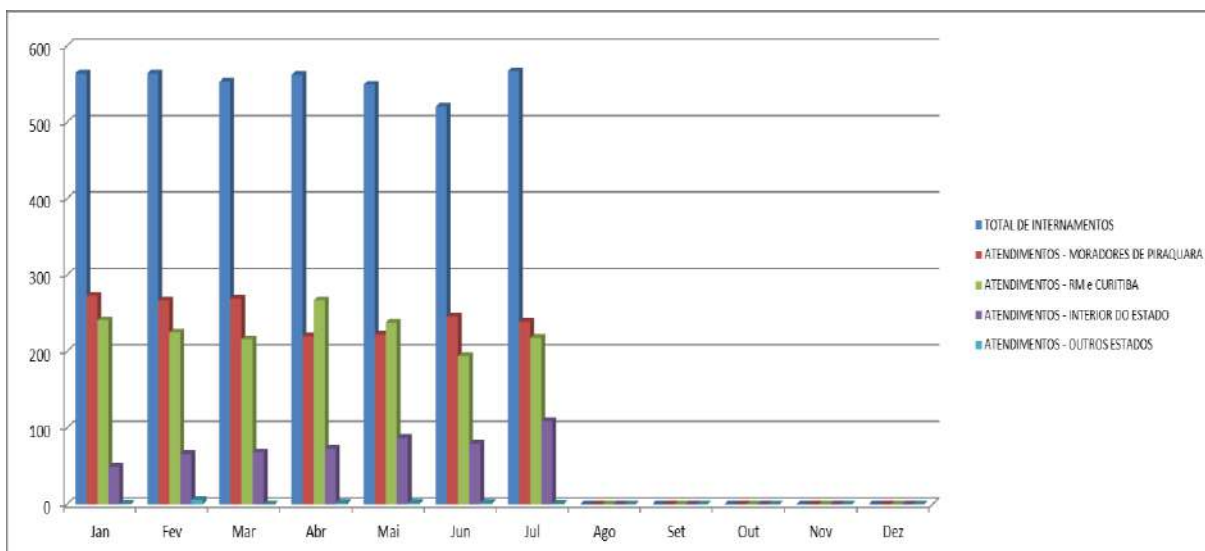
2 0 1 3	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	TOTAL	%
ATENDIMENTOS - MORADORES DE PIRAQUARA	273	267	269	220	222	246	239	<b>1.736</b>	44,74%
ATENDIMENTOS - RM e CURITIBA	241	225	216	267	238	194	218	<b>1.599</b>	41,21%
ATENDIMENTOS - INTERIOR DO ESTADO	49	66	68	73	87	79	109	<b>531</b>	13,69%
ATENDIMENTOS - OUTROS ESTADOS	91	6		2	2	2	1	<b>14</b>	0,36%
<b>TOTAL DE INTERNAMENTOS</b>	<b>564</b>	<b>564</b>	<b>553</b>	<b>562</b>	<b>549</b>	<b>521</b>	<b>567</b>	<b>3.880</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: SMSP - Setor de Regulação





**Gráfico 05** - Internamentos de Residentes/Não Residentes em Piraquara: janeiro a julho/2013



Fonte: SMSP – Setor de Regulação.

**Quadro 52** – Internamento Hospitalar Piraquara – 2010/2013 (até junho).

<b>Eletiva/Urgência</b>					<b>2013</b>		
<b>Clinica Médica / PSQ / Cirúrgica /pediátrica</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>%</b>	<b>(1º SEMESTRE)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL DE INTERNAMENTOS</b>	<b>7.688</b>	<b>7.412</b>	<b>7.885</b>	<b>22.985</b>	<b>3.880</b>	<b>26.865</b>	<b>100,00</b>
ATENDIMENTOS - MORADORES DE PIRAQUARA	3.428	2.974	3.539	<b>43,24</b>	1.736	11.677	43,24
ATENDIMENTOS - RM e CURITIBA	3.185	2.938	3.050	39,90	1.599	10.772	40,09
ATENDIMENTOS - INTERIOR DO ESTADO	1.137	1.353	1.326	16,60	531	4.347	16,18
ATENDIMENTOS - OUTROS ESTADOS	4	14	42	0,26	14	74	0,27

Fonte: SMSP – Setor de Regulação.



No Município de Piraquara estão em funcionamento três hospitais.

1. **Hospital Dermatológico**, de natureza pública, gerido pela Secretaria Estadual da Saúde - SESA. É referência para tratamento de sequelas de hanseníase, possui 54 leitos à disposição do SUS, utilizando mensalmente vinte Autorizações de Internamento Hospitalar- AIH. No ano de 2012 realizou 240 internamentos, sendo 43,75% de residentes em Piraquara, 35,41% da Região Metropolitana e Curitiba e 20,83% do interior do Estado do Paraná.

Não há reclamações registradas no serviço de Ouvidoria da Secretaria de Saúde de Piraquara - SMSP no ano de 2012/2013.

2. **Hospital San Julian**, sem fins lucrativos, administrado por Associação de Amigos San Julian. Possui 390 leitos para internamento em Psiquiatria, totalmente à disposição do SUS e utiliza mensalmente 280 AIHs. No ano de 2012 realizou 3.017 internamentos, sendo 6,46% de residentes em Piraquara, 71,29% de moradores na Região Metropolitana e Curitiba e 21,89% do interior do Estado do Paraná.

Não há registros de reclamações na Ouvidoria da SMSP no ano de 2012/2013.

3. **Hospital Clínica Médico Cirúrgica de Piraquara**, de natureza privada, com 155 leitos, e 103 à disposição do SUS. Utiliza mensalmente 310 AIHs. No ano de 2012 realizou 4.628 internamentos, sendo 69,79% de residentes em Piraquara, 17,58% da Região Metropolitana e Curitiba, 13,31% de pacientes moradores no interior do Estado do Paraná e 0,90% de outros Estados. A **primeira** causa de internamento foi Diabetes Mellitus com 14,80%; a **segunda** foi Outras Infecções Intestinais Bacteriana com 13,60%; **terceira** foi Estafilococos e Estreptococos como Causa de Doenças Classificadas em outros Capítulos com 13,30% e a **quarta** foi Varizes de Membros Inferiores com 8,74%. Além dos internamentos através de AIHs, o hospital mantém dois contratos para atendimento de urgência/emergência, sendo o contrato nº. 128/2010 com a Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara, cujo objeto é: **Consultas de urgência/emergência/24h; realização de procedimento de urgência/emergência; serviços de radiologia, eletrocardiograma, endoscopia e ultrassonografia**. O contrato nº 0306.455/2013 SGS, efetivado com a Secretaria Estadual da Saúde - SESA, especifica que, além dos atendimentos de



urgência/emergência, o Hospital fica responsável pela realização de exames complementares.

O Serviço de Ouvidoria da SMSP tem registro de inúmeras queixas de pacientes, relatando maus atendimentos e o não atendimento em casos comprovadamente de urgência/emergência (tabela 16, página 103).

A Ouvidoria tem emitido vários pareceres aos gestores Municipal e Estadual, alertando sobre os fatos relatados pelos pacientes e comprovados por essa Ouvidoria. Por exemplo, o parecer do processo 820/2013 afirma:

“... O Município de Piraquara e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, não podem continuar com os referidos contratos, perante inúmeras reclamações por mau atendimento aos pacientes por esse estabelecimento de saúde. E que o Hospital não se prontifica em prestar atendimento com eficiência e eficácia, conforme determinam os contratos:

***“ inciso V : atender o paciente com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação/execução dos serviços”.***”

A Secretaria de Saúde de Piraquara tem pela frente o desafio, em sua Gestão, de implementar serviços de qualidade no atendimento de urgência/emergência para os usuários do SUS no Município.

## **11. ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

### **11.1 Estrutura de Atendimento de Urgência e Emergência no Município**

O Município de Piraquara mantém o atendimento de urgência/emergência, principalmente, baseado em contratualização com o Hospital Clínica Médico e Cirúrgica de Piraquara (contrato nº 128/2013) para atendimento 24h.

A rede de APS nas nove UBS atendem as urgência/emergência durante seu horário de funcionamento das 8h as 17h, sendo que em três UBS o horário se estende até as 20h.

O sistema de transporte e remoção de pacientes atende os chamados de urgência/emergência, conduzindo os pacientes ao Hospital Piraquara (conforme orientação do serviço).



A Unidade Pronto Atendimento – UPA 24H, estrutura de complexidade intermediária entre as UBS e Pronto Atendimento de Urgência dos Hospitais, pode resolver 97% dos agravos à saúde de urgência/emergência, conforme afirmação do Ministério da Saúde<sup>11</sup>. A UPA 24H do município está em fase final de construção, programada para entrar em funcionamento no início do ano de 2014, reforçando e ou resolvendo o atendimento aos agravos de urgência/emergência para a população do Município.

O SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - está em fase de conclusão, e sua operacionalização deverá ocorrer no início de 2014, simultaneamente com o início de funcionamento da UPA 24H. Contará com uma ambulância Unidade de Suporte Básico – USB - e quatro ambulâncias suporte básico de reserva próprias do município. Para Unidade de Suporte Avançado- USA - o município de Piraquara mantém pactuação com Pinhais, limítrofe de Piraquara e que apresenta capacidade instalada para atender municípios em seu entorno. Deverá entrar em funcionamento nos próximos meses.

## **11.2 Queixas na Ouvidoria**

De janeiro a junho de 2013 a Ouvidoria registrou 17 queixas de pacientes com referência ao mau atendimento na urgência/emergência (tabela 16, página103)

## **11.3 Remoções 2012 / 2013**

No quadro 53 observamos aumento de 91,06% entre 2012 e 2013 (até julho) das remoções de urgência/emergência. As outras, com exceção de fisioterapia com aumento de 77,35%, não tem diferença significativa no mesmo período. Esse aumento acentuado das remoções de urgência/emergência pode estar relacionado com as recusas dos pacientes em serem atendidos no serviço de urgência/emergência contratualizado com o município, devido às inúmeras queixas dos pacientes referente ao mau atendimento naquele serviço, conforme detectou o relatório de auditoria da SMSP em fevereiro/março de 2013. Mas a melhoria implementada em 2013 no serviço de remoção, pode também ter contribuído para este aumento.

---

<sup>11</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36654&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36654&janela=1)



**Quadro 53** – Número de remoções 2011 / 2013 (até julho), Piraquara.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>TOTAL</b>
Hemodiálise	6.181	6.860	5.703	18.744
Consulta	6.293	6.018	5.140	17.451
Radio/químio	1.688	1.953	1.728	5.369
Emergência	866	839	1.603	3.308
Cadeira rodas	1.085	800	1.006	2.891
Maca	1.085	802	925	2.812
Fisioterapia	592	658	1.167	2.417
Gestante	528	456	373	1.357
Transt. mental	209	226	216	651
Alta médica	251	124	109	484
Internamento	28	46	08	82
<b>TOTAL</b>	<b>18.806</b>	<b>18.782</b>	<b>17.978</b>	<b>55.566</b>

Fonte: SMSP - Serviço de Remoção – Central de Ambulância.

### **Problemas identificados**

- ✓ Falta de conscientização da população em utilizar o serviço de remoção;
- ✓ Falta de veículos para atender as necessidades da população;
- ✓ Demora na agilidade da manutenção de veículos;
- ✓ Falta de manutenção preventiva dos veículos;
- ✓ Adequação de hospitais de referência;
- ✓ Inexistência de protocolo para o serviço de remoção.
- ✓ Ausência de serviços da UPA e do SAMU;
- ✓ Inexistência de Protocolo de Urgência e Emergência;
- ✓ Ausência de Comitê de Urgência e Emergência;
- ✓ Inexistência de material educativo sobre as funções do Serviço de Remoção, bem como UPA e SAMU;



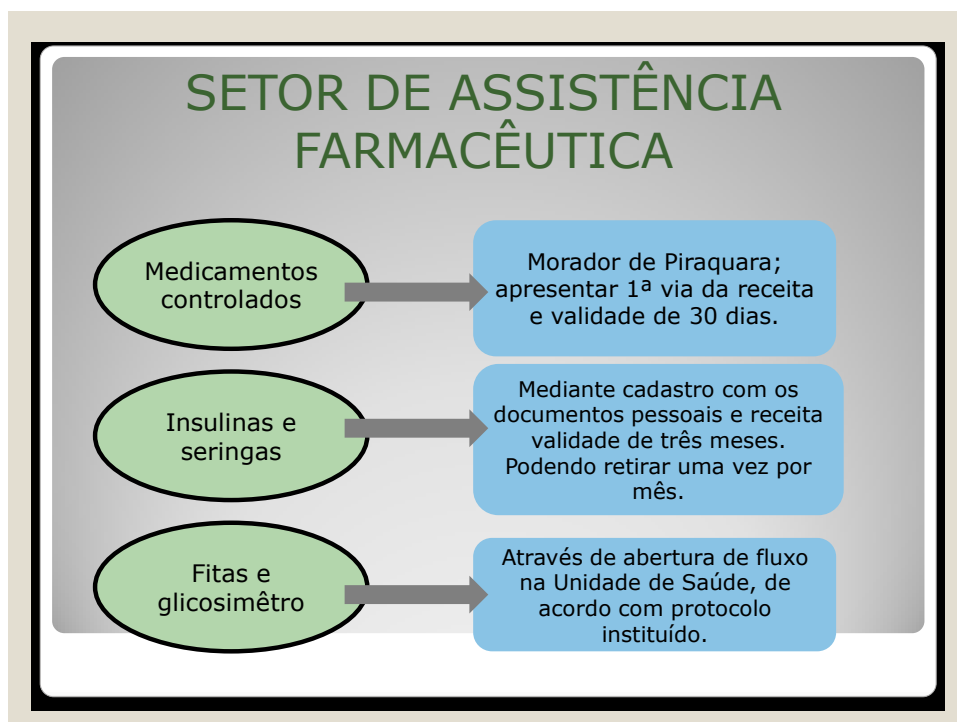
## **12. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Farmácia Central atende a população de Piraquara, somente com apresentação de receita. São atendidas em média 200 pessoas por dia. É fornecido todo o elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, definido pela Portaria GM/MS nº3.237 de 24 de dezembro de 2007. As receitas de uso contínuo têm validade para seis meses, sendo que após expirar o período o paciente deve se consultar novamente para ver se há necessidade de continuar com o tratamento ou mudar e então pegar a nova receita. Além de dispensar os medicamentos, a farmácia também funciona como central de abastecimento, isto é, é nela onde são armazenados todos os medicamentos via Consórcio Paraná Saúde e processos licitatórios e abastece mensalmente todas as Unidades Básicas de Saúde.

O espaço físico da farmácia é pequeno para a quantidade de estoque que o município atualmente adquire. As instalações são inadequadas dificultando o correto armazenamento dos medicamentos. Também há a necessidade de quichês individuais, painel eletrônico de senhas e computadores tanto para o atendimento quanto para o setor administrativo, itens que já foram licitados. A farmácia também não tem um sistema para controle de estoque, sendo que este problema será resolvido com a vinda de novos computadores e internet via fibra óptica. O objetivo é que este sistema seja implantado também nas unidades para que os dispensários, Farmácia Central e CAF fiquem interligadas. A estrutura dos dispensários da maioria das unidades também fica a desejar além de não ter uma pessoa fixa responsável por ele. Isto foi resolvido em algumas unidades com a contratação de servidores públicos e treinamento na Farmácia Central.

Piraquara ainda não tem a lista dos medicamentos padronizados que são fornecidos pelo município, porém a pretensão é formar a Comissão de Farmacoterapêutica (CFT) e então elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Está sendo criado o Protocolo de Atendimento e Armazenamento da Farmácia Central, para que possamos estabelecer rotinas que auxiliem na aquisição, recebimento, distribuição e armazenamento de produtos farmacêuticos e sua correta dispensação.

**Figura 15** – Fluxo de Atendimento: Assistência Farmacêutica

Fonte: Secretaria de Saúde de Piraquara

### Problemas Identificados

- ✓ Inexistência de uma política e planejamento para execução das ações de Assistência Farmacêutica;
- ✓ Inexistência da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- ✓ Inexistência de funcionário fixo nos dispensários;
- ✓ Armazenamento de medicamentos em condições inadequadas e inseguras;
- ✓ Ausência de iniciativas de promoção do uso racional de medicamentos;
- ✓ Deficiência de recursos humanos em termos de quantidade e em capacitação para o desenvolvimento de suas funções;
- ✓ Grande volume de atividades de atendimento da demanda e rotina para disponibilizar medicamentos, atribuídas à seção de Assistência Farmacêutica, inviabilizando a realização de planejamento e articulação;
- ✓ Inexistência de um sistema de informação na área de Assistência Farmacêutica e Estoque.



## **13. REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, AUDITORIA E OUVIDORIA.**

### **13.1 Regulação**

A ideia de uma política de Regulação que incorpore os acúmulos históricos, práticos e teóricos ocorridos no âmbito do SUS e, ao mesmo tempo, aponte criticamente as lacunas e deficiências, pressupõe a análise das concepções práticas e finalidades da regulação existente no setor.

A política de regulação está estruturada para ser inscrita numa política de saúde concordante com os princípios e diretrizes do SUS, viabilizando o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia dos direitos sociais.

A definição de Regulação, que não se sobrepõe à gestão e prevê que esta a tenha como uma de suas funções, é definida da seguinte forma: **Regulação compreende o ato de regulamentar as ações que asseguram o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria.**

Cabe à gestão a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de saúde e da implementação do correspondente modelo de atenção à saúde. Compete à regulação fazer o cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de saúde.

A Regulação pode estar voltada:

- ✓ **Ao Sistema de Saúde com as seguintes ações:**
  - Regulamentação Geral
  - Controle dos Sistemas
  - Avaliação dos Sistemas
  - Regulação da atenção à saúde
  - Auditoria
  - Ouvidoria
  - Controle Social
  - Vigilância Sanitária
  - Ações integradas com outras instâncias de controle público.





### ✓ **Regulação da Atenção à Saúde**

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde e está dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Essas ações compreendem:

- Contratação – relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde.
- Regulação do acesso à assistência- conjunto de relações, tecnologias e ações que devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda do usuário por serviços de saúde e o acesso a estes.
- Avaliação da atenção à saúde – conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade e satisfação.
- Controle assistencial, compreendendo:
  - ✓ Cadastro de estabelecimentos, profissionais e usuários.
  - ✓ Habilitação de prestadores para determinados serviços.
  - ✓ Programação orçamentária por estabelecimento.
  - ✓ Autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade.
  - ✓ Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial.
  - ✓ Monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos apresentadas pelo prestador.
  - ✓ Processamento da produção de um determinado período.
  - ✓ Preparo do pagamento aos prestadores.

Para que a Regulação estabeleça um vínculo com os usuários, através da eficiência, eficácia e transparência, necessita que o Gestor adote as seguintes diretrizes:

- Não ter sobreposições de competência entre as diversas instâncias com o Controle e Avaliação, a Auditoria e a Vigilância Sanitária.



- Desenvolver ações de controle, avaliação e auditoria, tendo como foco a produção direta das ações e serviços de saúde.
- Integração dos diversos setores nas ações regulatórias entre fiscalização e vigilância sanitária, sobre estabelecimento e serviços de saúde, medicamentos, insumos e tecnologias da saúde, com as ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde.
- Tomar a Ouvidoria e Controle Social como fonte de detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.
- Integrar os setores de planejamento, financiamento, orçamento, descentralização, entre outros.

A Regulação, na sua função de pactuar os contratos entre os prestadores e gestor deve, além dos ditames legais, manifestar claramente ao prestador de que a oferta de serviços se dará conforme as diretrizes e ações do controle assistencial, da regulação do acesso e da avaliação.

Implementar processo de avaliação das ações e serviços de saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permitindo o melhor planejamento, a visão de problemas para as ações de controle e auditoria, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

## 13.2 AUDITORIA

Definições básicas para compreender melhor a função de auditar, e para que serve.

Conforme orientações da Auditoria do SUS apresentadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa- SGEP e de acordo com a Política Nacional de Gestão Participativa - ParticipaSUS, AUDITORIA é definida como: “ **instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos**”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Ministério da Saúde – Auditoria do SUS - 2011



Esta concepção altera a lógica da produção/faturamento para a **visão** da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.

Na ótica da Política Participativa, a deliberação colegiada com participação social aproxima os interesses dos diversos atores da saúde existentes em cada localidade, permite o diálogo entre auditores e esses entes sociais, favorecendo a construção do modelo de atenção adequado a cada população.

O Decreto 7.508 de 28/06/2011 traz inovações importantes para a gestão do SUS, a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP que define as atribuições e responsabilidades, inclusive financeira, dos municípios, dos estados e do governo federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação.

O Decreto estabelece no seu artigo 40º a responsabilidade de fiscalização dos COAPs para o Departamento Nacional de Auditoria-DNASUS, assim como compete ao Sistema Municipal de Auditoria fiscalizar os diversos contratos a nível municipal, dando apoio à gestão.

Conceitos importantes para o trabalho de auditoria.

Auditoria: ampliando o conceito inicial, podemos acrescentar que é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação dos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio de análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva, corretiva e ou saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamentos das ações de saúde.

Regulação: é a função de fortalecimento da capacidade de gestão que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade ao acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo



ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Controle: consiste no monitoramento dos processos para verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa, detalhada e profunda.

Avaliação: é a identificação quantitativa e qualitativa dos resultados obtidos pelo SUS em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e contratos com prestadores, para a verificação dos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecida pelos órgãos competentes do SUS.

Fases da auditoria: analítica, operativa (verificação in loco da unidade auditada) e relatório.

Também é função da auditoria promover o processo educativo, informativo e esclarecedor com o Gestor, buscando a melhoria da qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. Principalmente o componente federal do sistema de auditoria deve orientar o gestor em direcionamento correto quando verificados equívocos operacionais como, por exemplo, o Termo de Ajuste Sanitário (TAS) quando verificado a aplicação de recursos de um bloco em outro, em não conformidade com a portaria MS/GM nº 204/2007 de 29/01/2007, recompondo o valor aplicado indevidamente e redirecioná-lo para a finalidade que se destinava.

Como todos os setores que atuam na produção de saúde para a população tem importância fundamental, pois funcionam como elos atrelados, cada um desses elos necessita da força dos outros para uma atuação conjunta e sólida, visando o melhor atendimento aos usuários do SUS. Nessa visão a Regulação, o Controle, Avaliação e Auditoria, prestam um trabalho sinérgico com a Gestão vislumbrando o atendimento de qualidade, equânime e justo para os usuários do SUS.

### **13.3 OUVIDORIA**

#### **LEGISLAÇÃO E NORMAS**

- Constituição Federal, artigos 196, 197 e 198;
- Lei 8.080/1990;
- Lei 8.142/1990 de 28/12/1990;



- Legislação: DL 4.726/ 9/6/2003, art. 28, incisos II e III;
- DL 9.782/ 26/01/1999, art. (presença do ouvidor no colegiado);
- DL 3.029 16/04/1999, art. 5 (estrutura da Agencia), IV;
- 12ª CONFERENCIA DE SAÚDE: Criar ou fortalecer as Ouvidorias Públicas;
- PL 3.086/2004, Decreto do Congresso Nacional: código do consumidor, art. 2º. Inciso VI;
- Portaria nº 8/SGEP/25/05/2007;
- Portaria Municipal nº 7.704/2013 de 23/09/2013, atendendo o decreto nº 4.085/2013 de 13/09/2013 – Designa membros que constituirão a Ouvidoria do SUS.

A ouvidoria foi criada na Suécia

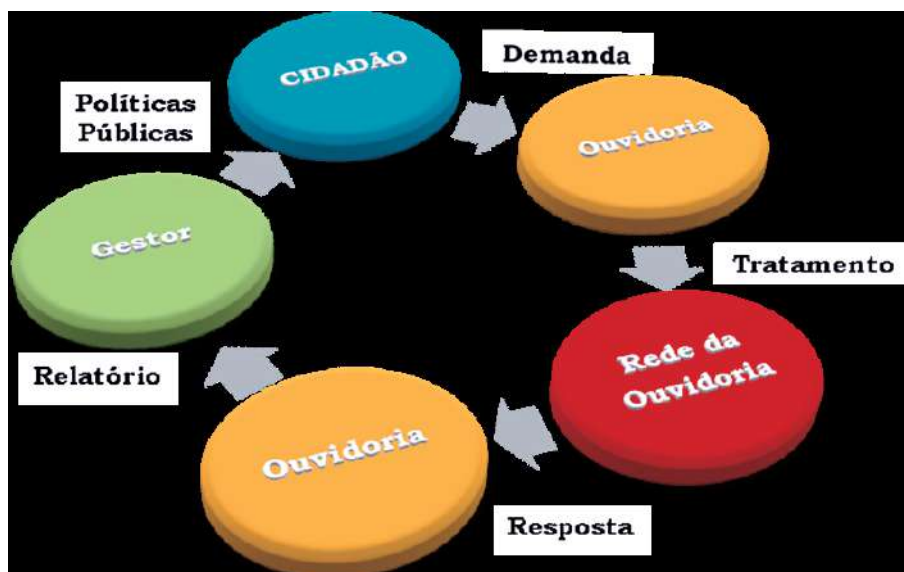
As ouvidorias têm uma longa história que se inicia no século XVIII, na Suécia, com a função primordial de aprimorar e vigiar o funcionamento da administração pública. As demandas da sociedade ganham um novo campo de abrigo, que passa a processar suas queixas, reclamações e sugestões no intuito de aperfeiçoar as ações e os serviços e garantir seus direitos na prática.

Historicamente, no Brasil, a Ouvidoria teve a primeira tentativa de regulamentar a figura do **OUVIDOR** em 1923 através do deputado Constituinte José de Souza Mello.

Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional. Apesar das tentativas, o fato é que até hoje não existe uma base legal consolidada a respeito do assunto. No entanto, dispositivos de alguns instrumentos legais e normativos servem de referência e respaldam a implantação de Ouvidorias, como os citados anteriormente.

A Ouvidoria em Saúde é um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS. A Gestão Participativa fortalece a escuta dos usuários e dos profissionais vinculados ao sistema, que através da Ouvidoria poderá identificar os pontos-problema, bem como captar as reais necessidades da sociedade.

Ouvidoria tem papel relevante na identificação das necessidades e demandas sociais, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

**Figura 16** – Demanda do cidadão

Fonte : Ministério da Saúde – SGEP – Ouvidoria, 2011.

A partir do momento em que esse usuário manifesta-se, no exercício de sua cidadania, contribuirá para o apontamento da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS.

O papel das ouvidorias no SUS representa um grande avanço na estruturação de uma gestão participativa efetiva, que privilegia a manifestação popular. Nesse aspecto, claramente diferencia-se dos Conselhos de Saúde, nos quais a comunidade é representada por articulações da sociedade civil organizada que, por consignar interesses de parcelas específicas deste segmento, não contemplam todas as demandas da população.

A equipe deverá ser capaz de atuar com paciência e sensibilidade para ouvir e assimilar as informações, com consciência crítica e com conhecimento dos assuntos relacionados à saúde para dar o encaminhamento necessário a cada caso.

Um dos principais atributos dessa equipe é saber ouvir com a capacidade de entender quais são as razões que levaram o usuário a recorrer à Ouvidoria e qual é a sua necessidade real. Dessa forma, o respeito ao usuário é essencial.

São requisitos dessa equipe a experiência em pesquisa, conhecimentos em saúde, análise de informações (incluindo análise estatística de dados) e visão estratégica quanto à importância das informações geradas para a gestão do SUS.

**Figura 17 - Requisitos da Equipe de Ouvidoria**



Fonte: Ministério da Saúde – SGEP – Ouvidoria, 2011.

A Ouvidoria tem os seguintes princípios:

- Compromisso com a verdade;
- Respeito ao cidadão;
- Defesa da liberdade.

O ouvidor é o profissional que protege os direitos do cidadão/usuário do serviço público ou privado. A Ouvidoria é instrumento de cidadania.

**Figura 18 - Requisitos da equipe / conhecimento**



Fonte: Ministério da Saúde – SGEP – Ouvidoria, 2011.

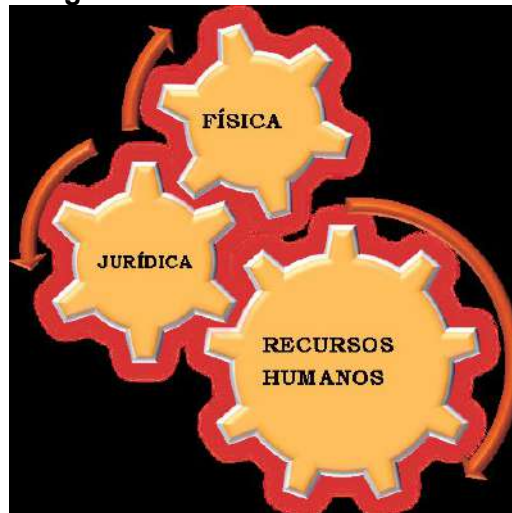


### O ouvidor presta contas de sua atividade:

- Ao público-alvo;
- À empresa ou repartição (organização);
- Aos companheiros de trabalho;
- À entidade à qual pertence;

Estrutura e fluxo de trabalho. A ouvidoria necessita para desenvolver suas funções de uma estrutura mínima:

**Figura 19 – Estrutura da Ouvidoria**



Fonte: Ministério da Saúde – SGEP – Ouvidoria, 2011.

- Espaço físico adequado para atendimento presencial, com eventual resguardo de sigilo;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão;
- Equipamentos (linha telefônica, fax, internet) e mobiliário adequados.

**Figura 20 – Fluxo de trabalho da ouvidoria**



Fonte: Ministério da Saúde – SGEP – Ouvidoria, 2011.



**Tabela 16 - Realizado pela ouvidoria – 2010 a 2013 (agosto)**

	2010	2011	2012	2013	Total geral
AÇÃO SOCIAL			1		1
ASSISTENTE SOCIAL			1		1
ATENÇÃO BÁSICA	34	78	88	62	262
CAIÇARA			1		1
CAPS AD	1		2	1	4
CAPS II	1	3	3		7
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS	2	26	21	9	58
CESME			2	1	3
CESP		13	5	2	20
CONSELHO TUTELAR	1		1		2
PROFISSIONAL CREDENCIADO – MÉDICO	1	4	3		8
CTA		1			1
DIREÇÃO		1	1		2
ELOGIO/ CTA		1			1
EXTENSÃO		1		1	2
FARMACIA CENTRAL	1	2	1	8	12
HOSPITAL ANGELINA CARON			3		3
HOSPITAL DERMATOLOGIA		1			1
HOSPITAL MATERDEI		2			2
HOSPITAL MATERNIDADE PINHAIS				1	1
HOSPITAL PIRAQUARA	6	20	14	25	65
HOSPITAL PIRAQUARA e UBS		1			1
LABORATÓRIO LABAN				2	2
LABORATORIO PIRAQUARA	4	6			10
MEIO AMBIENTE	1		1	2	4
PREF. MUNIC. PIRAQUARA		1			1
PRESTADOR: OFTALMOLOGIA - CURITIBA			1		1
RECURSOS HUMANOS / SERVIDORES			5	1	6
SEGURANÇA PATRIMONIAL				1	1
SMAT			1		1
U S CENTRAL		2			2
VEM	2	1	1	1	5
VISA	52	117	84	65	318
<b>Total geral</b>	<b>106</b>	<b>281</b>	<b>242</b>	<b>184</b>	<b>813</b>

Fonte: SMSP – Setor de Regulação, 2013.

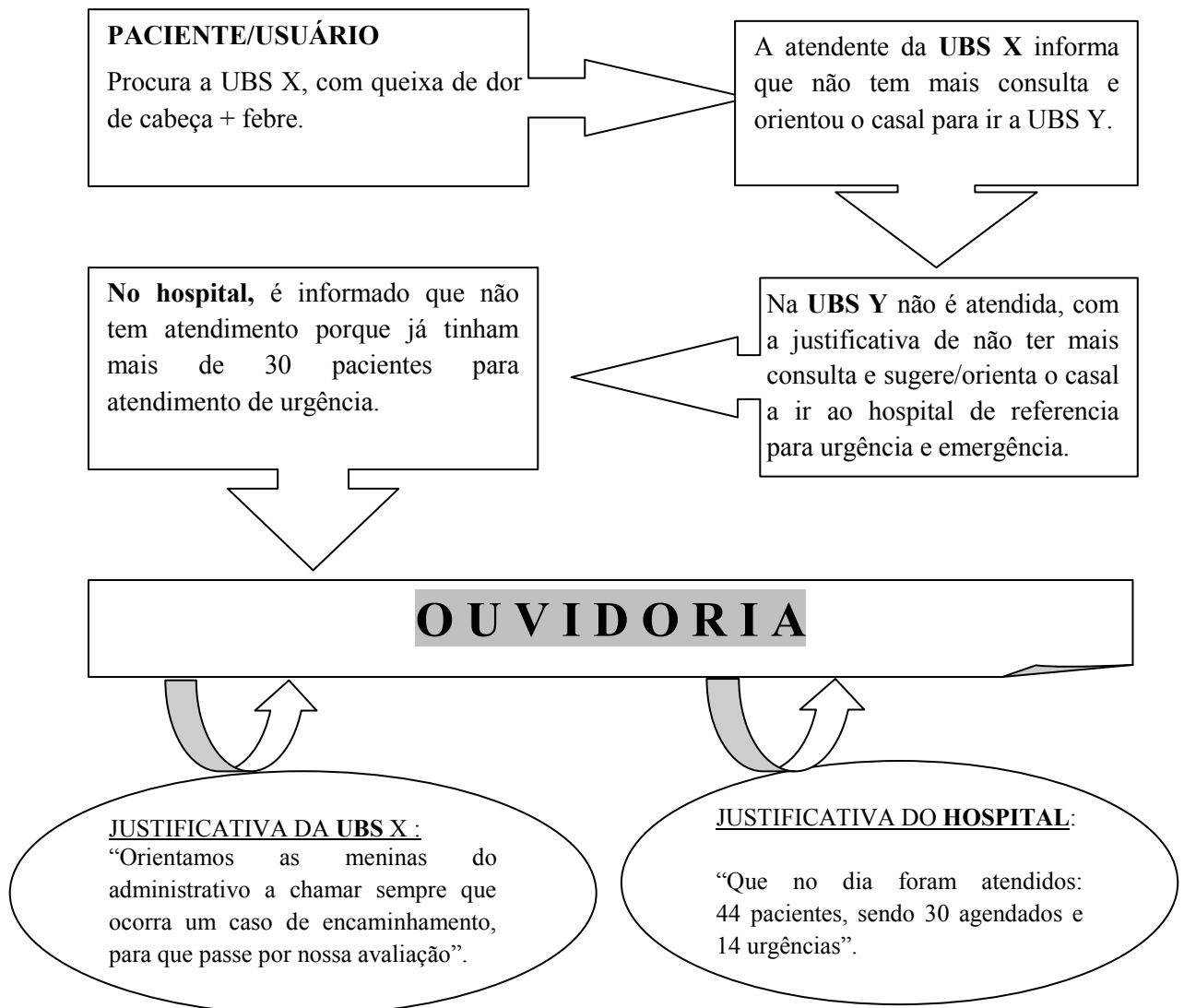
**Problemas Identificados**

- ✓ Estrutural: *Espaço físico e recursos humanos;*
- ✓ Número alto de reclamações - *(média de 2 reclamações diárias);*
- ✓ Demora do setor encaminhado (envolvido na reclamação) para se manifestar – *(existem processos na Ouvidoria que não retornaram até hoje, os setores envolvidos serão notificados por memorando/ofício/email);*



- ✓ Competência limitada (impossibilitada) na tomada de decisões nos processos (*p.ex. atendimento de urgência/emergência*);
- ✓ Equipe de saúde persistir no equívoco (*ex: emissão de receita por profissional não habilitado, atendimento inadequado, negativa de atendimento*);
- ✓ Falta de discernimento de alguns usuários (*direitos e deveres*)

*Exemplos:*



#### Proposta de melhoria

- ✓ Estrutural do Sistema de Saúde do Município:
  - Melhorar a capacidade instalada da rede de saúde;
  - Mudar o foco no atendimento do individual para o coletivo/família;



- Do atendimento dos agravos agudos da doença para o atendimento dos agravos agudos e as condições crônicas das doenças, para preservar e ou manter a saúde.
- ✓ Condições adequadas para o trabalho da ouvidoria;
- ✓ Resposta do setor envolvido no tempo adequado;
- ✓ Que o gestor considere as solicitações/queixas para melhorar/nortear a gestão.

### **13.4 Média e Alta Complexidade - Regulação**

O Setor de Regulação, Controle, Avaliação, Ouvidoria e Auditoria iniciou sua estruturação a partir do ano de 2007, formalizado através do Decreto 2.981/2007, com a elaboração e aprovação do organograma da SMSP.

Ao longo desses anos, vem se aprimorando, contudo apresenta grandes dificuldades nas elaborações de propostas que possam interferir positivamente na gestão. Tais dificuldades recaem em recursos humanos; em numero e capacitações, recursos tecnológicos e instalações físicas.

Hoje o Setor Regulação, Controle, Avaliação, Ouvidoria e Auditoria, é composto pelos serviços de:

- Agendamento de consultas, exames e procedimentos a nível secundário e terciário de média e alta complexidade, contando para essas ações com quatro servidores.
- Informação em saúde, que recebe, processa e alimenta os diversos sistemas de dados do Município, Estado e Ministério da Saúde.

Está instalado em espaço físico próprio, com equipamentos de informática suficiente para os sete servidores do setor.

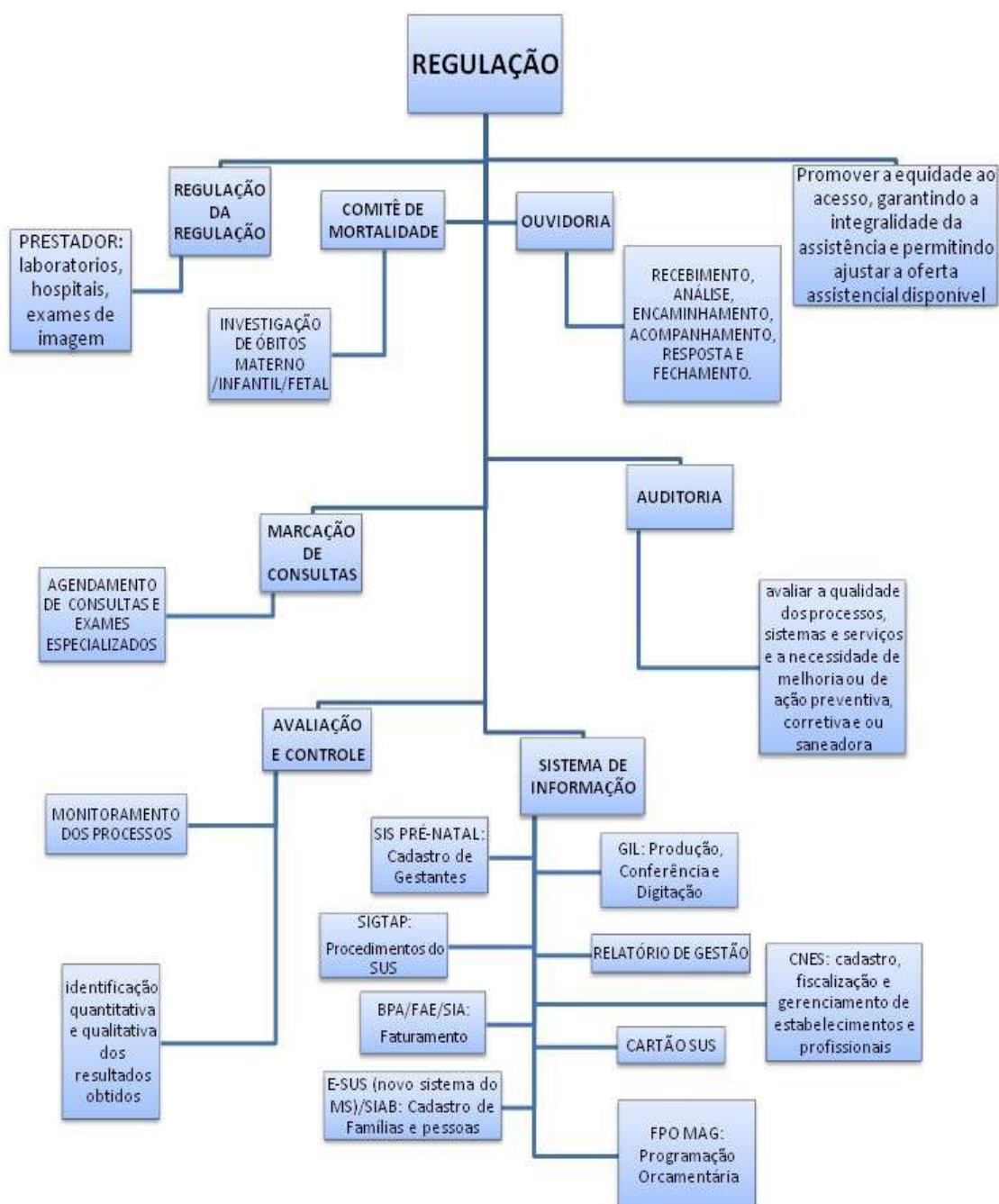
- A Coordenação de Regulação, Controle, Avaliação, Ouvidoria e Auditoria, desenvolve suas funções em um único espaço físico, contando com a Coordenadora e Ouvidora, auxiliar para receber as queixas da Ouvidoria, um servidor administrativo e um médico auditor. Na tentativa de melhorar o fluxo de trabalho, a recepção da Ouvidoria foi removida para lugar próprio há dois meses.

Entre as diversas funções, ainda hoje, está a autorização de exames complementares (SADT, raio-x e imagem ecográfica), que é de competência do Setor de Agendamento.



## ORGANOGRAMA – Setor de Regulação

Figura 21 – Organograma - Regulação





### Problemas Identificados

1. Para regular, controlar e avaliar os prestadores, principalmente, os serviços ambulatoriais de Urgência/Emergência e serviços de exames de patologia clínica. O prestador de serviços de Urgência/Emergência detém contrato há quatro anos, estando no último termo aditivo, já com elaboração de novo contrato. A dificuldade recai sobre o controle da qualidade dos serviços prestados no atendimento médico e exames complementares no local. No cumprimento das cláusulas contratuais por parte do prestador, por exemplo: com o cumprimento do objeto do contrato: **Consultas de urgência/emergência – 24h; realização de procedimentos de urgência/emergência e serviços de radiologia, eletrocardiograma, endoscopia e ultrassonografia.** O não cumprimento das cláusulas contratuais e qualidade duvidosa no atendimento, geram inúmeras reclamações por parte dos usuários, dos profissionais de saúde da rede básica, que não conseguem ou tem dificuldades no encaminhamento dos pacientes em agravos de urgência/emergência; gerando mais riscos para o usuário e estresse na equipe de saúde.
2. Dificuldade com os prestadores de serviços em exames complementares de patologia clínica; como atraso na entrega dos laudos de exames na sua totalidade. Ainda, dificuldade em regular a qualidade dos laudos perante reclamações de usuários e profissionais médicos, por não termos como definição em dupla prova.
3. Dificuldades em encaminhamentos para referência a nível secundário e terciário (hospitalar e ambulatório especializado), principalmente com o atendimento à gestante de alto risco, além de outros pacientes em estado de emergência e/ou internamentos eletivos. Dificuldades no encaminhamento dos pacientes do município de Piraquara, para realização de exames de alta complexidade sob responsabilidade do gestor estadual.
4. Na elaboração de protocolos clínicos, há necessidade de constituir equipe técnica para o desenvolvimento dos protocolos a serem implementados na rede de Atenção Primária à Saúde-APS, formalizando o encaminhamentos de referência e contra-referência facilitando (ou instituindo) a comunicação com os diversos níveis de atenção: APS com o níveis Secundário e Terciário e destes com a APS onde os pacientes devem continuar com o cuidado a sua saúde.



5. Perante o grande número de reclamações dos usuários na Ouvidoria, quanto a baixa qualidade dos atendimentos, após concluir o processo da queixa, o serviço de Ouvidoria fica impossibilitado de resolver definitivamente a solicitação do usuário por ter autonomia limitada, por exemplo: a baixa qualidade no atendimento de urgência/emergência e a grande demora na realização de ações a nível secundário e terciário.



## II. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Inicialmente merece ser (re)visto a definição de saúde, além do conceito clássico de: bem estar físico e mental. No processo de saúde/doença é necessário pensar a mudança das práticas de saúde, implicando esforço transdisciplinar que esclareça as relações naturais e sociais embutidas no objeto “saúde”.<sup>13</sup>

É preciso realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e o subjetivo dos modelos explicativos na saúde buscando entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas:

Formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações entre o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também biológico (VAISTMAN,1992).

Para pensar a saúde passa, então, pelo indivíduo em sua organização de vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer ou de sua ausência, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a evolução da vida sobre novas bases. (VAISTMAN,1992).

Ou ainda, pensar a doença e o sofrimento, como define Campos,1991, (pp.69/70): um fenômeno social que reflete relações plurais que envolvem indivíduos, grupos e classe sociais, serviços de saúde, sistema produtivo e de consumo, bem como o saber médico-sanitário sobre a doença e que mesmo a dimensão individual do sofrimento é sempre um produto da história de um certo sujeito vivendo em um dado tempo histórico.

Nessa visão podemos afirmar que o indivíduo saudável é um sujeito que possui um sentimento de segurança para viver a vida a partir de seus desejos, interesses, necessidades individual e do entorno social. Ao invés da centralidade da doença e ou da resignação.

---

<sup>13</sup> Tratado de Saúde Coletiva - in Carvalho & Cunha – A Gestão da Atenção na Saúde - 2006



Nesse aspecto citamos o modelo de Dahlgren e Whitehead, entre muitos outros existentes para explicitação dos determinantes sociais na saúde (figura 12)<sup>14</sup>.

**Figura 22** – Determinantes Sociais na Saúde



Fonte: Dahlgren & Whitehead (2007)

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Como se pode ver na Figura 12 os indivíduos estão no centro do modelo, a camada um dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

---

<sup>14</sup> Citado em Mendes, Eugênio Vilaça -2012- O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE





Na camada 2, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 3 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles.

O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação.

Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas.

Na camada 4, estão representados os determinantes intermediários, que são os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais.

Finalmente, na camada 5, estão situados os macro determinantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes



supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde.

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

Os fatores macro da camada 5, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macro políticas saudáveis que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades<sup>15</sup> em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade<sup>16</sup> em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos Inter setoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças.

Os determinantes sociais da camada 2, os determinantes proximais, tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade

---

<sup>15</sup> ...toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade (Pedro Luis Castellanos – 1997: citado em DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE – Rita Barradas Barata – 2006).

<sup>16</sup> Equidade em saúde é definida por Margareth Whitehead como: idealmente todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria apresentar nenhuma desvantagem se isto pudesse ser evitado.



de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido, estresse e outros), especialmente por meio da educação em saúde.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral, considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos.

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea.

Uma **primeira**, a da determinação social da saúde, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; uma **segunda**, voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e uma **terceira**, o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde. O modelo de atenção às condições crônicas permite integrar essas três perspectivas que se complementam, até porque há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si mesmos, um importante determinante social da saúde (MENDES, EUGÊNIO VILAÇA – 2012 – pp 165/168).

Nessa ótica do processo saúde/doença, analisaremos os seguintes fatores determinantes da saúde da população do Município de Piraquara: alimentação, moradia, água tratada, esgotamento sanitário e energia elétrica, educação, trabalho e renda, transporte público, lazer e acesso a bens e serviços sociais.

Esses fatores aqui alinhados estão incluídos na Declaração do Milênio em seus OITO Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM, compromissados entre 189 países que acordaram e assinaram em setembro de 2000, na Sede da ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, na cidade de Nova Iorque – USA, um pacto para eliminação da fome e da extrema pobreza no planeta até o ano de 2015.



## 1 - ALIMENTAÇÃO

Uma das principais características da população, nos últimos anos, tem sido o processo permanente de intensas mudanças na sua composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população.

O Brasil acompanha essa tendência, tendo como principais características a queda da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição dos óbitos devido a causas infecciosas, entre outras. Tal realidade tem implicações no complexo quadro de saúde-doença do país, uma vez que os problemas ambientais, de violência e do processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças e agravos não transmissíveis somam-se aos problemas já existentes, como a morbimortalidade por doenças infecciosas e os problemas de saúde na infância (LESSA, 1998; SICHIERI, 1998; MONTEIRO, 1995).

As condições crônicas de agravos à saúde vêm aumentando no Brasil, sendo responsáveis pelas principais causas de óbitos em adultos, e **a obesidade** um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser ela um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea.

Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população estão as de promoção de hábitos saudáveis. Dentro do atual contexto epidemiológico da população, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividades físicas e de prevenção e controle do tabagismo, do uso de álcool e outras drogas.

As ações efetivas de promoção da saúde combinam iniciativas dirigidas aos indivíduos e coletividades e também ao ambiente, aqui entendido como os diversos âmbitos da vida cotidiana (comunidade, escola, ambiente de trabalho, meios de comunicação, comércio, lazer, etc.).

Escolhas aparentemente individuais são fortemente relacionadas aos hábitos coletivos. Os hábitos ou "estilo de vida", expressos por práticas cotidianas não são iguais para todos, mas também não são puramente atitudes individuais conscientes, isoladas e imutáveis (CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005).



Para Valente (2002), a alimentação humana tem que ser entendida como um processo de transformação de natureza - no seu sentido mais amplo - em gente, em seres humanos, ou seja, em humanidade.

Assim, as ações de promoção da saúde e de uma alimentação saudável envolvem também o fortalecimento político dos diferentes grupos para que possam pressionar pela garantia de todos esses direitos: acesso ao alimento e a uma alimentação saudável, acesso à informação, à atenção em saúde, aos bens e serviços públicos essenciais etc. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Em todas as fases do curso da vida, as ações de promoção devem assumir como princípio que uma alimentação saudável é aquela:

- adequada em quantidade e qualidade (oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida);
- variada, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo;
- segura, dos pontos de vista sanitário e genético;
- disponível (garantia do acesso físico e financeiro);
- atrativa do ponto de vista sensorial;
- que respeita a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina.

Em síntese, para prevenir a obesidade temos de oferecer uma dieta saudável e balanceada, o que envolve:

- ✓ buscar o balanço energético e o peso saudável;
- ✓ limitar o consumo de gorduras;
- ✓ aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.);
- ✓ limitar o consumo de açúcares livres;
- ✓ limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado

Além disso, é preciso incentivar a prática de atividades físicas, que proporcionam uma série de benefícios como, por exemplo, aumento da autoestima e do bem-estar, alívio do estresse, estímulo do convívio social, melhora da força muscular, contribuição para o fortalecimento dos ossos e para o pleno funcionamento do sistema imunológico.



Além disso, são um importante fator de proteção contra a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e alguns transtornos mentais (BRASIL, 2001a). Portanto, promover a atividade física é uma ação prioritária na promoção de hábitos saudáveis.

Os principais responsáveis pelo aumento acelerado da obesidade no mundo e em nosso país são relacionados ao ambiente e às mudanças de modo de vida, sendo, portanto, passíveis de intervenção mas demandando ações no âmbito individual e coletivo.

Segundo o IBGE, (2004) 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens apresentam obesidade; em crianças e adolescentes na faixa de 6 a 18 anos, 14% apresentam obesidade.

Estudo realizado por Renata Braganholo Slompo, Rosangela Pontes, Patrícia Arantes da Luz e Cynthia Matos Silva Passoni (2011)<sup>17</sup> em 20 escolas do ensino fundamental no Município de Piraquara, com 441 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos constatou que 8,2% das crianças estudadas apresentavam obesidade.

O manual de orientações do SISVAN adota como ponto de corte para o sobrepeso o IMC > 25 e < 30 e para obesidade o IMC > 30, com base na recomendação da OMS.

A obesidade é definida como um IMC<sup>18</sup> igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, mas pode também ser subdividida em termos de severidade da obesidade, segundo o risco de outras morbidades associadas. Assim IMC entre 30-34,9 é denominado obesidade I, IMC entre 35-39,9 obesidade II e IMC entre 40-44,9 é classificado como obesidade III (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A incidência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em obesos é 2,9 vezes maior do que na população não obesa.

Podemos observar, no gráfico 06, a evolução da incidência da obesidade no Brasil de 2006 a 2011 (Vigitel - Ministério da Saúde - 2011).

---

<sup>17</sup> <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/487/408>

<sup>18</sup> O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica 1. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m<sup>2</sup> ( ANJOS 1992).



A taxa de obesidade bateu recorde histórico no País. Novo estudo do Ministério da Saúde (2011) mostra que o índice alcançou a marca de 15,8% da população, cerca de 30 milhões de pessoas. Na última pesquisa – referente ao ano 2010 – os obesos somavam 15%. Em 2006, a porcentagem era de 11,4%.

As mulheres superam ligeiramente os homens nesta estatística. Entre elas, o índice de obesidade é de 16% e neles a marca chega a 15,7%. Além da obesidade, também foram divulgados os números de sobrepeso, 49% da população. (quando o **Índice de Massa Corporal** ou **IMC** é maior do que 25). Esta condição já aumenta o risco de doenças crônicas, como **diabetes**, **hipertensão** e **problemas cardiovasculares**.

No Plano de Saúde para o período de 2014 - 2017 para o município de Piraquara devem constar como prioridades programas de proteção à saúde dessa população, atividade e ações que devem ser desenvolvidas na rede de Atenção Primária à Saúde com a Estratégia da Saúde da Família. Observando a incidência nacional, Piraquara deve estar próxima ou coincidir com os mesmos índices.

Partindo desta suposição projetamos, para o Município de Piraquara, uma população obesa de 15.595 pessoas em 2013 e 16.559 em 2017 e uma população com sobrepeso de 47.761 e 50.713 pessoas em 2013 e 2017 respectivamente.

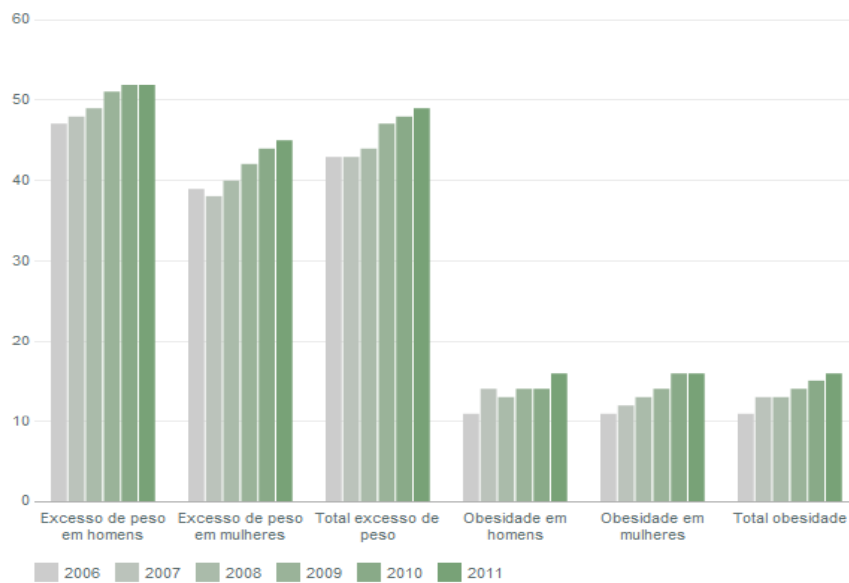
Dez passos para uma alimentação saudável:

- ✓ Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os cinco vezes ao dia.
- ✓ Coma feijão no mínimo quatro vezes por semana.
- ✓ Reduza o consumo de alimentos gordurosos e frituras para no máximo uma vez por semana.
- ✓ Reduza o consumo do sal. Tire o saleiro da mesa.
- ✓ Faça pelo menos três refeições principais e um lanche por dia. Não pule as refeições.
- ✓ Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana.
- ✓ Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.
- ✓ Aprecie a sua refeição. Coma devagar.



- ✓ Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis - veja nos serviços de saúde se seu IMC está entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>.
- ✓ Seja ativo. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro, suba escadas, não passe muitas horas assistindo TV.

**Gráfico 06 – Sobrepeso, Obesidade 2008 / 2011.**



Vigitel 2011 / Ministério da Saúde

## 2. MORADIA

O Plano Estadual de Habitação de Interesse Social do Paraná<sup>19</sup> prevê investimento de R\$ 93.815.368,36 provenientes do PAC – Programa de Aceleração do Crescimento, para

---

<sup>19</sup> Disponível em

[http://www.cohapar.pr.gov.br/arquivos/File/Banner%20Pehis/Partes\\_Pehis\\_fev\\_2013/PEHIS\\_PARTE1.pdf](http://www.cohapar.pr.gov.br/arquivos/File/Banner%20Pehis/Partes_Pehis_fev_2013/PEHIS_PARTE1.pdf)  
Acesso em 31 jul.2013 - <https://urbsmagna.wordpress.com>





Urbanização de Favelas e Habitação nas micro bacias dos Rios Itaqui, Irai e Piraquara, no Município de Piraquara. A Intervenção consiste nas seguintes ações:

- ✓ Regularização Fundiária de 8.087 famílias, no bairro Guarituba, garantindo o direito à propriedade de cada família.
- ✓ Recuperação Ambiental das áreas ocupadas irregularmente, com a retirada das famílias das áreas de risco e criação de quatro parques, o Parque do Acará com 68.329,00 m<sup>2</sup>, Parque Mandi com 225.435,34 m<sup>2</sup>, Lambari 53.289,44 m<sup>2</sup> e Parque Linear com 82.000,00 m<sup>2</sup> totalizando uma área de 429.053,78 m<sup>2</sup> com infraestrutura de lazer e preservação ambiental, evitando a reocupação das mesmas. Demolição das construções que estão nas áreas de preservação permanente com área aproximada de 35.506,96 m<sup>2</sup>.

No município de Piraquara existe um déficit de moradia de aproximadamente oito mil famílias, conforme informação da Cohapar - Piraquara.

### 3. ÁGUA TRATADA, ESGOTAMENTO SANITÁRIO E ENERGIA ELÉTRICA.

**Quadro 54** – Pessoas Atendidas com Água/ Luz/ Esgoto 2011 - Piraquara.

AGUA		LUZ		ESGOTO	
Pessoas / Dom.	%	Pessoas / Dom.	%	* Pessoas / Dom.	%
96.400 / 29.300	98,90	85.000 / 26.225	88,52	67.324 / 19.860	69,07

Fonte: SANEPAR - IPARDES 2011 e 2012 – (tabela modificada SMSM)  
\* informação da Sanepar em 16.10.2013

Apesar do município de Piraquara possuir em seu território um dos maiores mananciais (rios Irai, Iraizinho, Piraquara e Itaqui) e que fornece a maior parte da água consumida em Curitiba e região metropolitana, ainda **9,3%** de sua população não possui ligação de água em seu domicílio. Isto traz como consequências o aumento das doenças infecto parasitária, principalmente nas crianças na faixa etária de 1 a 5 anos de idade.

Quanto ao uso de energia elétrica, apresenta um percentual de 11,48% da população sem ligação regular. Entendemos que estas pessoas compartilham o uso de energia com outras pessoas/domicílio.



A situação mais preocupante é a do esgotamento sanitário, já que **6,63%** da população do município não tem como destinar corretamente seus dejetos sólidos. Isto produz também reflexo direto nas condições de saúde dessas pessoas, e novamente a faixa etária mais atingida é a das crianças de 1 a 5 anos de idade.

Um dos bairros de Piraquara com maiores problemas nas condições básicas para manter a vida, é o GUARITUBA e como exemplo cito a publicação no Jornal Gazeta do Povo de 25/04/2013 do Jornalista Albari Rosa, que apresenta em sua matéria jornalística uma descrição fiel da realidade do bairro, na qual aponta todas as dificuldades de esgotamento sanitário, da água encanada, do uso da energia elétrica e na concentração da pobreza em áreas de intervenção do PAC-Plano de Aceleração do Crescimento, programa do Governo Federal.

**Imagem 05** – Esgoto Bairro Guarituba / Piraquara



Fonte: 2013/Abril Esgoto/Guarituba/Piraquara



O Bairro Guarituba é o principal movimentador de recursos do PAC no Paraná.

“A 18 quilômetros de Curitiba, existe um lugar cujo nome é no mínimo inspirador – Guarituba, ou “região de muitas aves d’água”, no mais castiço guarani. É provável que assim o fosse. Pelo menos até que o destino dessa área monstruosamente grande – 15 quilômetros quadrados, três vezes o bairro da Água Verde – começasse a mudar. Foi em 1951, ano em que o milionário Humberto Scarpa decidiu lotear a então Fazenda Guarituba em 243 chácaras – ou “lotes coloniais”, como se dizia. Parecia uma saída de mestre para se livrar de tanto banhado às beiras do Rio Iraí, no município de Piraquara. Mas até agora, cinco décadas passadas, o investimento não foi um bom negócio para ninguém.

Scarpa teria dividido o pântano do Iraí em propriedades de 75 mil metros quadrados cada. Em repartições posteriores, para outras vendas, os novos proprietários ratearam as terras em até 150 terrenos. A conta parece ir ao infinito. De cerquinha em cerquinha, a velha fazenda se transformou na maior ocupação irregular do Paraná, abrigando cerca de 12 mil famílias, 48 mil pessoas abaixo da linha da pobreza, o equivalente a 10% dos sem-teto de Curitiba e região metropolitana.

Hoje, o Guarituba é sinônimo das péssimas relações urbanas nas grandes conurbações. Transformou-se numa zona favelizada e violenta, que em nada lembra as “aves d’água” do passado. No seu lugar há gansos que dão medo, criados à solta nos banhados. Também não restou muito dos tempos em que os colonos de origem alemã fizeram da região uma bacia leiteira, visitada por curitibanos em busca de bons queijos. Há, sim, vacas e mais vacas andando pelo bairro piraquarense, mas costumam ir para o brejo, para alguma das muitas valetas ainda abertas, ou afundam na turfa – terra mole do banhado que reserva uma surpresa a cada esquina.

Com tantos problemas, a região virou uma espécie de enciclopédia concentrada dos males que atormentam as periferias das grandes cidades. A situação se agravou em meados da década de 80, quando caiu de vez nas garras da informalidade. Além das ocupações irregulares e de favelas dignas de Lagos, na Nigéria, não lhe faltam loteamentos clandestinos e problemas fundiários a dar com o pé. São tantos e tão complexos que podem desafiar a ciência de analistas do setor, como Thanyelle Galmacci, da Cohapar, e Raquel Sizanowski, da prefeitura de Piraquara, duas dos muitos profissionais envolvidos na operação que há alguns meses se ocupa de transformar o Guarituba num bom lugar para se viver.



## **Homens trabalhando**

A operação batizada de Novo Guarituba começou no final do ano passado, com o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). O próprio Lula pisou na turfa do bairro para lançar o projeto. Pela primeira vez, a região deixou de ser objeto do protesto solitário dos moradores e gestores de Piraquara, ganhando notoriedade nacional. Mas pode-se afirmar com certa folga que para a maioria dos vizinhos curitibanos o Guarituba ainda é uma abstração.

Vê-se pouco dele quando se passa pela PR-415, rumo a algum dos recantos paradisíacos de Piraquara. Dá para imaginar que se trata de um bairro pobre, mas não de praticamente uma cidade, maior do que 60% dos municípios do Paraná. Para os mais informados, fazer uma parada para visita pode parecer imprudente, tamanha a frequência de algumas das 15 vilas da região no noticiário policial, a exemplo do Jardim Holandês. Mas há um dado ligado ao Guarituba que bem podia transformá-lo numa bandeira política e social – 70% da água que abastece Curitiba e região passa por ali. E “ali” é uma área em que 48% da população não tem esgoto e 30% não dispõe de água encanada, de acordo com estudo da prefeitura local junto ao IBGE. O resto dá para imaginar.

Os estragos causados no Guarituba desde o infeliz loteamento de Scarpa são tantos que os investimentos do PAC, embora bem-vindos, são notadamente insuficientes para dar conta da situação. Seria preciso três-quatro vezes mais. A receita total é na casa dos R\$ 91,7 milhões e será destinada a dar posse de terra aos moradores, a reassentar 803 famílias que moram em área de risco e a reurbanizar o território. “A verba do PAC é pequena. Vamos atender um terço da demanda”, calcula o ex-prefeito de Curitiba, o engenheiro Rafael Greca de Macedo, atual presidente da Cohapar.

Greca – conhecido por seu talento retórico – não está exagerando. O projeto Novo Guarituba é um feito dos mais complexos. Se realizá-lo como planeja, entrará para a História da Habitação no Brasil. De qualquer ponto que se olhe o bairro desafia a lógica. A começar pela turfa – terra escura que afunda tanto quanto as areias da praia. Pisar nesse tipo de solo impressiona mais do que o poeirão e mais do que a extensão territorial do Guarituba – um lugar absolutamente diverso das 258 favelas da vizinha Curitiba.

Operários que trabalham na Avenida Betonex – uma das principais do bairro –, colocam manilhas à tarde. No dia seguinte, pela manhã, elas já se “mexeram”, mandando o trabalho



literalmente pelos canos. A situação dos moradores é mais ou menos parecida. O Guarituba se move sob seus pés. Apenas 20% têm escrituras e moram mais ou menos. Entre os 80% restantes, o que se encontra é um mar de gente às voltas com carros que atolam e com banhados na porta das casas. Poucas zonas favelizadas são tão insalubres, a ponto de os gastos com saúde, de acordo com a prefeitura, serem ali pelo menos 5% mais altos do que a média do município.

É o caso da zeladora de escola Silvalina de Lima Alves, 58 anos, e de seu marido, o aposentado José Antônio da Silva, 73. O casal se fixou no Guarituba há 15 anos. Junto, veio Bernardina de Lima, mãe de Silvalina, 88 anos e problemas cardíacos crônicos. “Ela está desenganada”, diz a filha, diante de um cenário insólito. A frente da moradia é um minipântano. “Não seca nunca”, diz a proprietária. Para entrar é preciso se equilibrar numa pinguela. A família clama aos céus por uma solução, já que os poucos planos que fazem sempre afundam no lamaçal. Tempos atrás, José comprou uma mesa de bilhar. Mas o local, situado numa rua que não consta nos projetos de reurbanização, espanta a freguesia. A família vive com R\$ 415 mensais, ajuda a criar quatro netos e vive às voltas com problemas de saúde. “Mas o que mais me incomoda, no fundo, é a violência”, resume Silvalina.

De fato. As águas que podem ser encontradas ao cavar míseros 30 centímetros no quintal não são a única tragédia anunciada. Seus índices de criminalidade colocam a pacata Piraquara numa posição desconfortável. Ao mesmo tempo em que é paraíso ecológico, aparece no Mapa da Violência da Rede Latino-Americana de Informação, a Ritla, como o segundo município mais violento do Paraná e o 26º do Brasil.

São quase 60 assassinatos por 100 mil habitantes. As principais vítimas são jovens entre 15 e 24 anos, pelo que tudo indica moradores do Guarituba. Apenas nos primeiros seis meses de 2006 foram 50 jovens mortos no bairro, um número escandaloso. O caos levou a secretária de Ação Social, Cristina Rizzi Galerani, a bolar um plano de emergência, voltado principalmente para as sete escolas municipais e duas estaduais da região. “A gente enfrenta muita resistência, inclusive dos professores. Esses meninos são discriminados”, comenta Rizzi sobre a operação que corre em paralelo aos tratores que abrem as ruas do PAC. O Guarituba quer sair do pântano. Mas precisa entrar no rol dos grandes debates metropolitanos. E rápido, como se espera de um plano de aceleração digno desse nome.”

Albari Rosa/Gazeta do Povo.



Na determinação das prioridades das ações de saúde a serem desenvolvidas, devemos atentar para estas condicionantes na saúde dessa faixa etária de 1 a 5 anos de idade, assim como propor intervenções de intersectorialidade para resolver e ou melhorar essas duas situações.

#### **4. EDUCAÇÃO**

No município de Piraquara em 2010, na faixa etária das crianças de 10 a 14 anos, 17% não estavam cursando o ensino fundamental. Em jovens de 15 a 17 anos a taxa de conclusão é de 43%.

O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos em 2010 era de 98.99%.

A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, estão com idade superior à recomendada nos *anos iniciais*, 10,3% e nos *anos finais*, 29,7% chegando a 31,4% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio. O que faz o município ter o índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) 2009 – 2011<sup>20</sup> de 4,6 e 4,7 na 4ª série e 8ª série 3,4 e 3,4 nos mesmos anos.

#### **5. TRABALHO E RENDA**

O município de Piraquara apresenta uma concentração de renda comparativo a concentração do Estado e mesmo do Brasil. A renda per capita esta abaixo da média dos municípios da 2ª RSM, e também abaixo em relação ao Estado do Paraná.

O coeficiente GINI é de 0,41 em 2012, o que demonstra acentuada concentração na renda, nos anos de 1991, 2000 e 2010, 20% dos mais ricos ficavam com 47,20 da renda e 80% dos mais pobres ficavam com 52,8 da renda. A percentagem de pessoas que sobrevivem com até meio salário mínimo é de 26,08% no ano de 2010.

---

<sup>20</sup> O Ideb é um indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho em exames padronizados (Prova Brasil ou SAEB) – obtido pelos estudantes ao final das etapas de ensino (4ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio), conforme informações sobre rendimento escolar (aprovação).



## 6. TRANSPORTE PÚBLICO

A Cidade é atendida por duas empresas de transporte coletivo, uma na zona urbana e outra na região metropolitana. A qualidade do transporte é razoável, contudo, nos horários de maior afluxo de passageiros ocorre a superlotação com desconforto para as pessoas. Não difere das outras cidades do mesmo porte da região metropolitana.

## 7. LAZER

Circuito Trentino, Festa do Carneiro no Rolete, Baile do Pato (vide página 2).

Existem outros locais para entretenimentos, como Lagos de Pesque e Pague, Turismo Rural, Rota do Pinhão, Cavalgada, Passeio Ciclístico, Sociedade Campestre (Clube da Polícia Civil, Morguenau, Club San Remo, ASPP, Rosa Parque, Chácaras Rave), Esporte de Trilhas, etc.

## 8. ACESSO A BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS

Na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde – OMS- no Rio de Janeiro em outubro de 2011, um dos pontos centrais foi a equidade em saúde e o acesso das populações a **serviços**, medicamentos e **bens essenciais à vida**, como alimentação, água potável, habitação e saneamento básico.

Ao longo das análises sobre o serviço de saúde do Município de Piraquara já apresentadas anteriormente, podemos afirmar que a população não tem acesso pleno a esses serviços, visto que a capacidade instalada em serviços de saúde do município pode atender no máximo 40% da população. A outros serviços como água potável, energia elétrica, coleta de lixo, transporte público, quase a totalidade da população tem acesso satisfatório.

Com um déficit habitacional de oito mil famílias (página 152), ainda falta muito para a totalidade de a população alcançar esse bem.

O saneamento básico ainda não contempla a grande maioria; só 69,07% da população possui rede de esgoto (quadro 18, página 57), em que pese que outros 24,3% têm como dar o destino adequado aos dejetos sólidos.



A renda da população é uma das mais baixas do Estado do Paraná e da média dos municípios da 2ªRSM (quadros 7 e 9, páginas 22 e 23), gerando dificuldades para aquisição de bens.

O Município de Piraquara tem o grande desafio de oferecer aos seus habitantes projetos ousados, que possam contribuir para o acesso pleno aos bens e serviços essenciais à preservação da vida saudável.

### DECLARAÇÃO DO MILÊNIO



Os oito objetivos do pacto são:

1. Acabar com a fome e a miséria
2. Educação básica de qualidade para todos
3. Promover igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres
4. Reduzir a mortalidade infantil
5. Melhorar a saúde da gestante
6. Combater a Aids, malaria e outras doenças
7. Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente
8. Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento



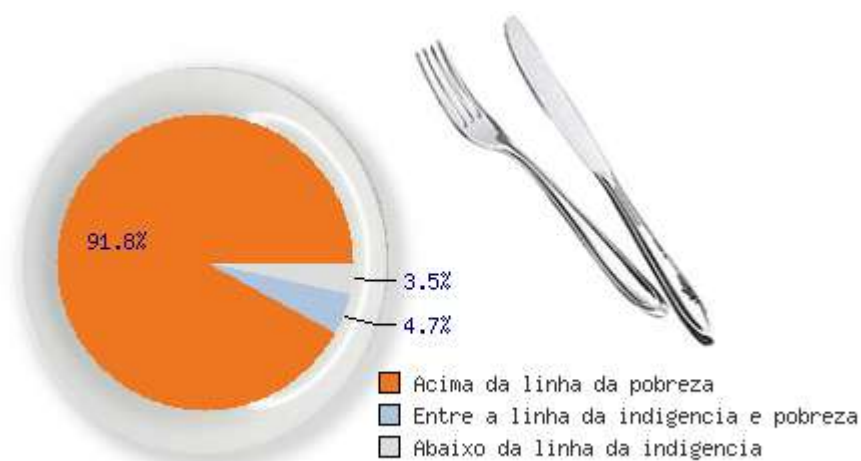


Na sequencia serão apresentados os dados dos oitos objetivos do milênio relacionados ao município de Piraquara



**1 ACABAR COM A FOME E A MISÉRIA**

**Figura 23** - Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência - 2010



Fonte: Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Neste município, de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 60,5%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 10,3%.

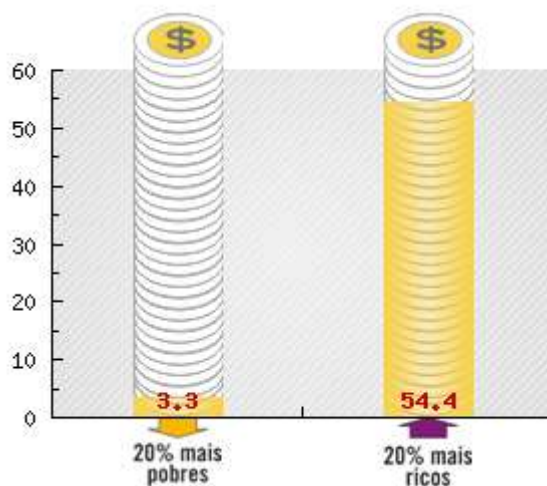
Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

No Estado, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 140,00 passou de 19,6%, em 2000, para 7,3% em 2010.

Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população – 2000



**Figura 24 – Concentração de Renda**

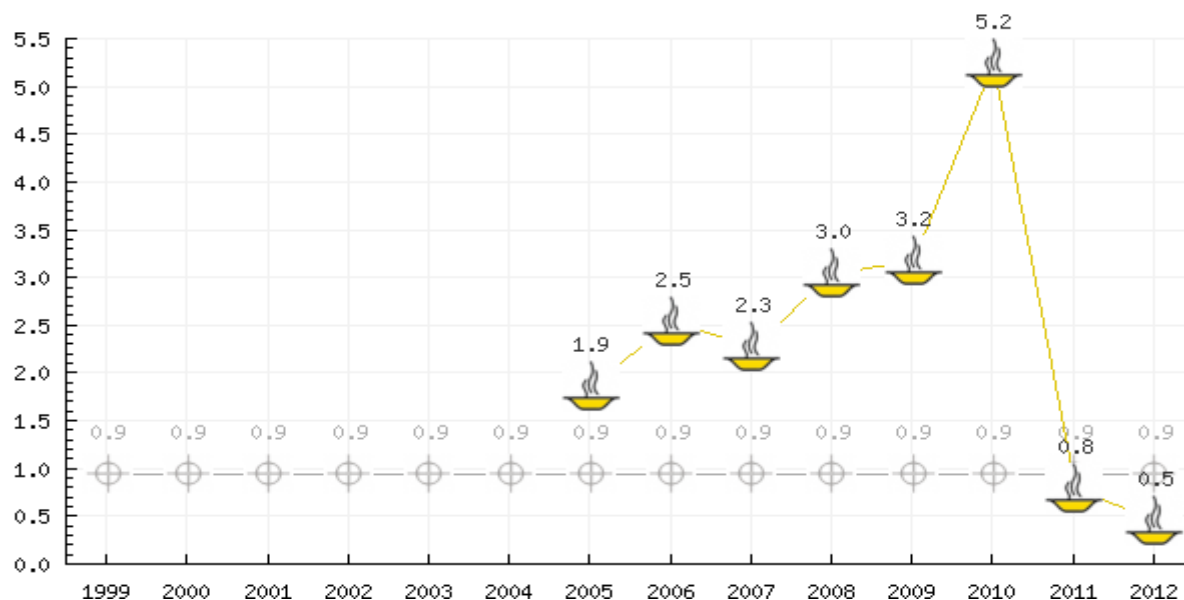


Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

A participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 4,7%, em 1991, para 3,3%, em 2000, aumentando ainda mais os níveis de desigualdade.

Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 54,4% , ou 16 vezes superior à dos 20% mais pobres.

**Gráfico 07 - Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas – 1999 - 2012**



Fonte: SIAB - DATASUS

Em 2012, o número de crianças pesadas pelo Programa Saúde Familiar era de 3.979; destas, 0,5% estavam desnutridas.



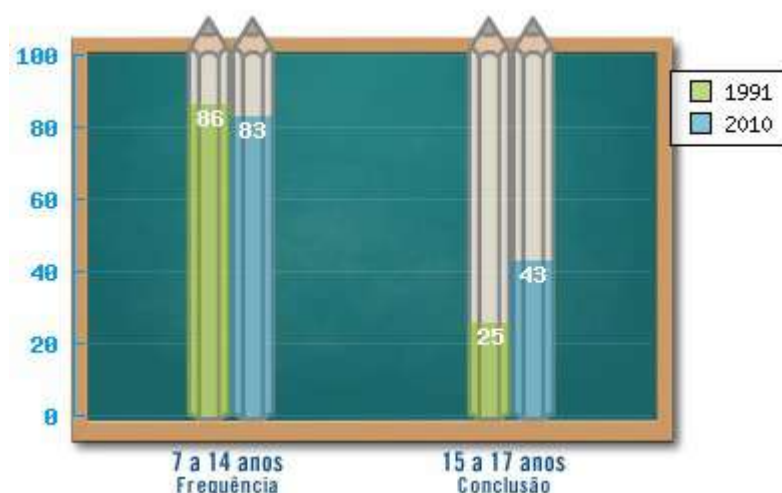
No Estado, em 2007, 35,2% das crianças de 0 a 6 anos de idade viviam em famílias com rendimento per capita de até 1/2 salário mínimo.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008), 20,8% das famílias pesquisadas informaram que a quantidade de alimentos consumidos no domicílio às vezes não era suficiente, enquanto que 6,6% afirmaram que normalmente a quantidade de alimentos não era suficiente.



EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS

**Figura 25** - Taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental – 1991 - 2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

No município, em 2010, 17,0% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental.

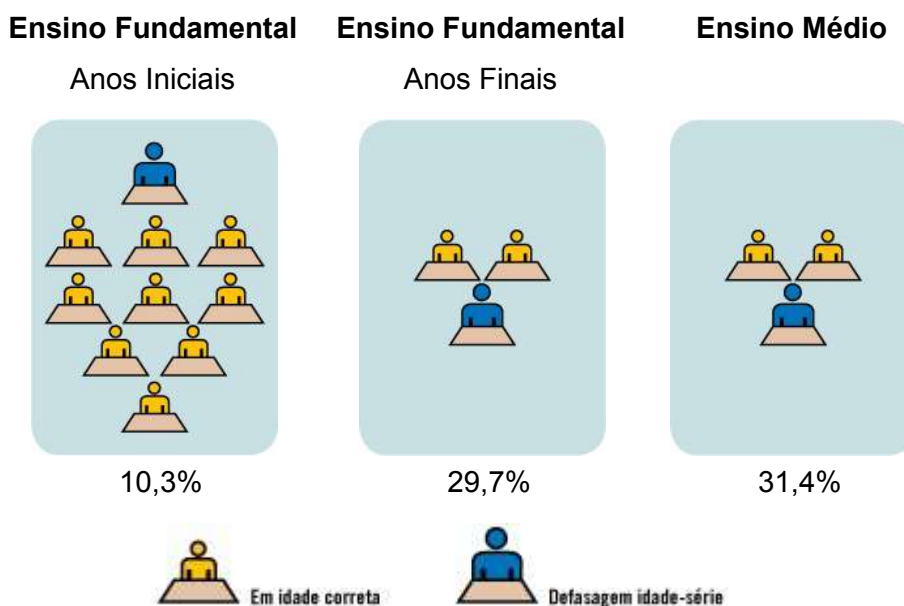
A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 43,0%.

Caso queiramos que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens cursem o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,9%.

No Estado, em 2010, a taxa de frequência líquida no ensino fundamental era de 82,8%. No ensino médio, este valor cai para 52,6%.



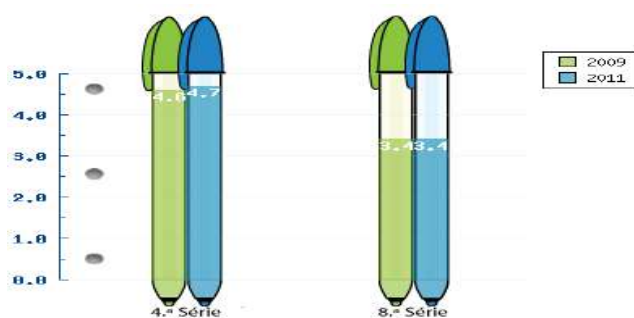
**Figura 26** - Distorção idade-série no ensino fundamental e médio - 2012



Fonte: Ministério da Educação - INEP

A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, estão com idade superior à recomendada nos *anos iniciais*, 10,3% e nos *anos finais*, 29,7% chegando a 31,4% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio.

**Figura 27** - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011

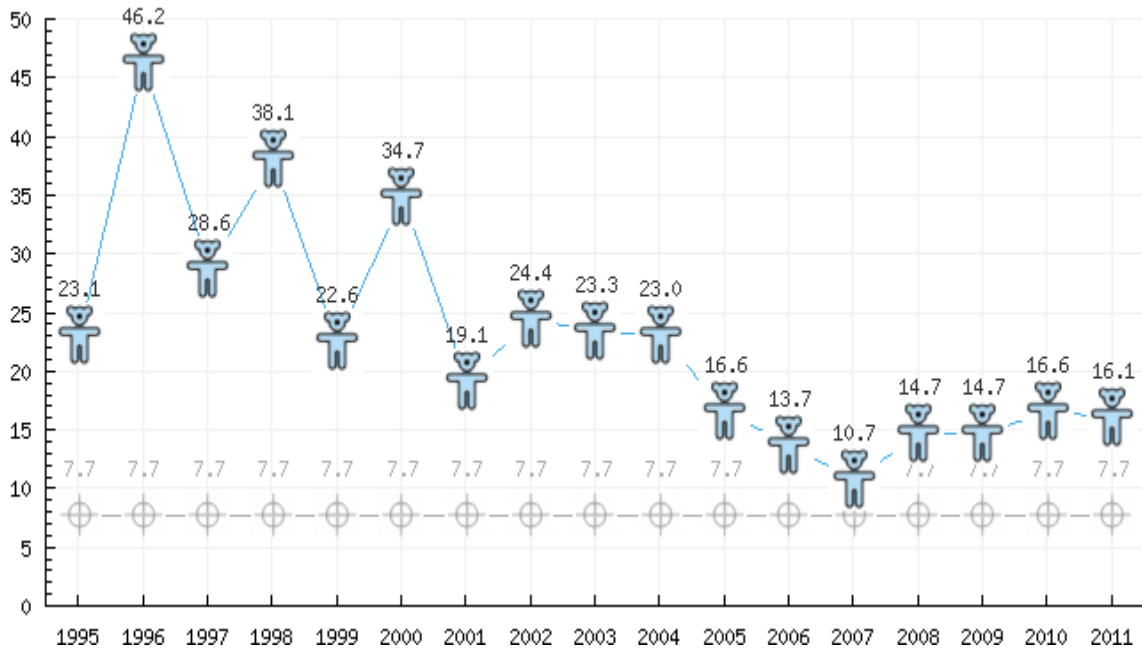


Fonte: Ministério da Educação – IDEB



## REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

**Gráfico 08** - Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2011, foi 523.

A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 9,0 a cada 1.000 crianças menores de um ano.

Das crianças de até 1 ano de idade, em 2010, 3,9% não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 2,0% entre as crianças até 10 anos.

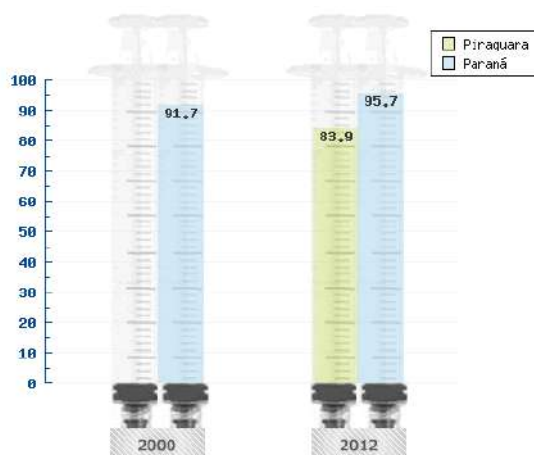
O número de óbitos de crianças de até um ano informados no Estado representa 98,8% dos casos estimados para o local no ano de 2008.

Esse valor sugere que pode ter um baixo índice de subnotificação de óbitos no município.

Entre 1997 e 2008, no Estado, a taxa de mortalidade de menores de 1 ano corrigida para as áreas de baixos índices de registro reduziu de 19,1 para 13,1 a cada mil nascidos vivos, o que representa um decréscimo de 31,4% em relação a 1997.



**Figura 28** - Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000-2012

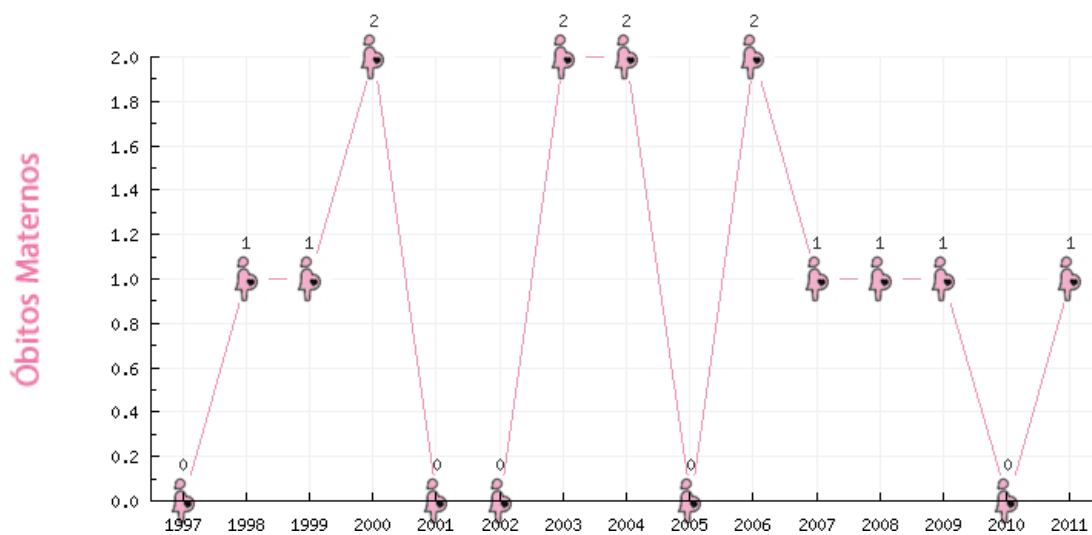


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS



**MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES**

**Gráfico 09** - Óbitos maternos e nascidos vivos - 1997-2011

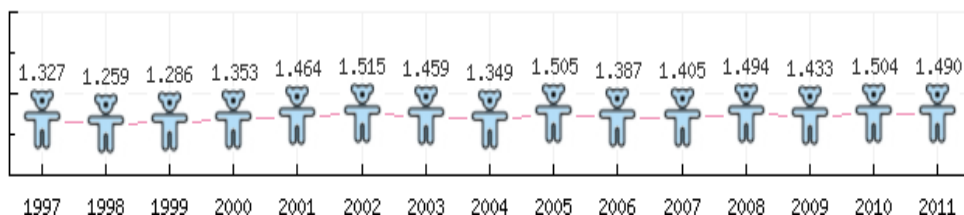


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS



**Tabela 17 – Nascidos Vivos em Piraquara 1997 a 2011**

Nascidos Vivos



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O número de óbitos no município, de 1997 a 2011, foi 14.

A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos.

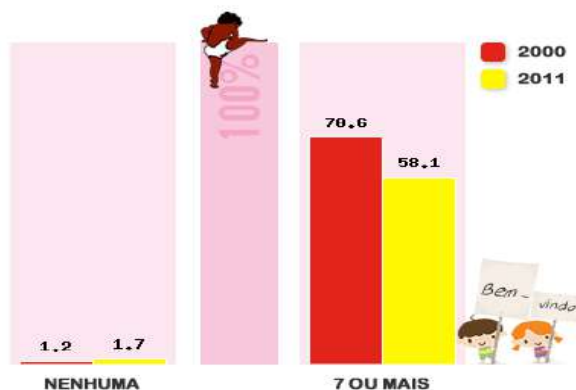
No Brasil, em 2010, esse número foi de 60,1; mas devido a subnotificações estaria próximo de 68,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs.

Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

É importante que cada município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas das mortes.



**Figura 29** - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e parto seguros, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê.

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, neste município, foi de 1,7%.

As gestantes com 7 ou mais consultas foram 58,1%.

Em 2011, no Município, 99,7% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

A previsão, em 2008, era de que 98,0% dos nascidos vivos estimados para o Estado fossem registrados nos sistemas de controle de nascidos vivos.

Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes – 2011

**Figura 30** - Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes – 2011



Fonte: Ministério da Saúde - SINASC



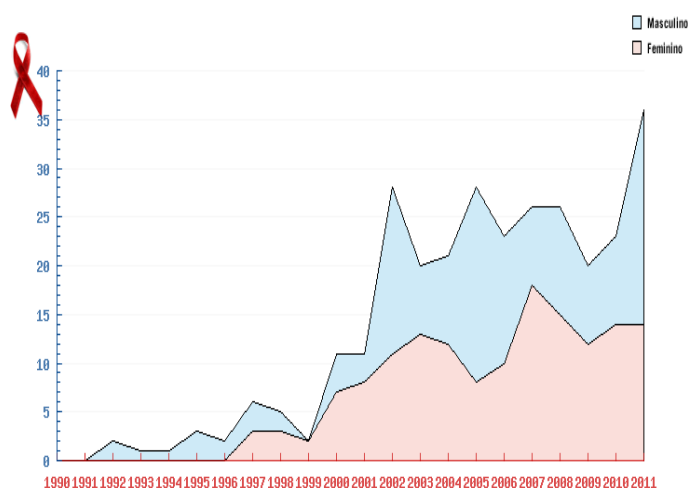


O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante. Na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade.



## 6 COMBATER A AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

**Gráfico 10** - Casos de AIDS registrado por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

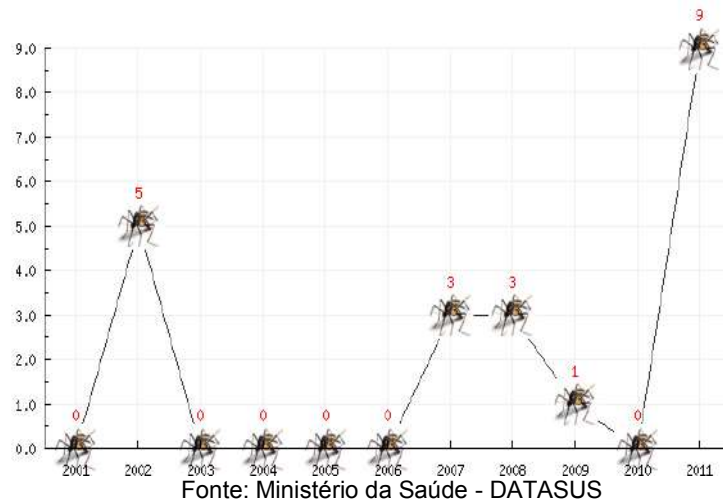
O Município teve de 1992 a 2012, 305 casos de AIDS diagnosticados. (*Dados consolidados até 30/06/2012*)

No Estado, a taxa de incidência em 2011 era de 18,0 de casos e a mortalidade em 2011, 5,8 a cada 100 mil habitantes.

Em 2011, a proporção de mulheres infectadas foi de 40,1%, enquanto entre jovens de 15 a 24 anos foi de 8,7%.



**Gráfico 11 - Casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**



Algumas doenças são transmitidas por insetos, chamados vetores, como espécies que transmitem malária, febre amarela, leishmaniose, dengue, dentre outras doenças.

No município, entre 2001 e 2011, houve 21 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais 2 casos confirmados de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, 3 casos confirmados de leishmaniose, 16 notificações de dengue.

A taxa de mortalidade (a cada 100 mil habitantes) associada às doenças transmitidas por mosquitos no Estado, em 2011, foi de 0,1.

O Brasil inclui-se entre os países com alto número de casos de hanseníase no mundo. A hanseníase, é uma doença infecciosa, causada por uma bactéria, que afeta a pele e nervos periféricos.

No Estado, em 2006, a prevalência de hanseníase era de 1,5 a cada 10 mil habitantes.



QUALIDADE DE VIDA E RESPEITO AO MEIO AMBIENTE

**Figura 31** - Ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente nos últimos 24 meses - 2008



Fonte: IBGE - Perfil Municipal - 2008

O município declara ter apresentado ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente nos últimos 24 meses, mas sem alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população.

O município possui Conselho Municipal de Meio Ambiente, criado no ano de 2005. O Conselho tem maior representação da sociedade civil. Houve reuniões nos últimos 12 meses.

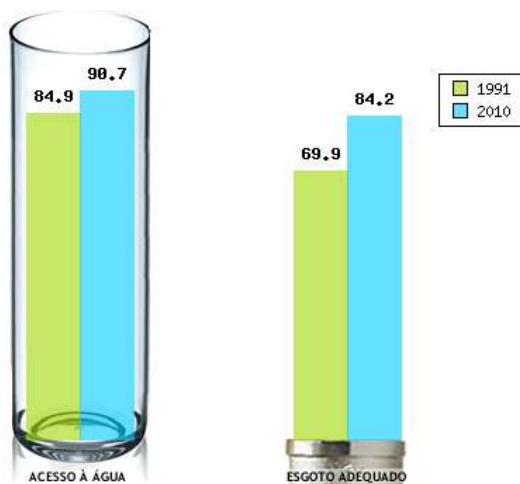
O município contou com recursos específicos para a área ambiental nos últimos 12 meses.

Possui Fundo Municipal de Meio Ambiente.

O município realiza licenciamento ambiental de impacto local.



**Figura 32** - Percentual de moradores com acesso a água ligada à rede e esgoto sanitário adequado - 1991-2010

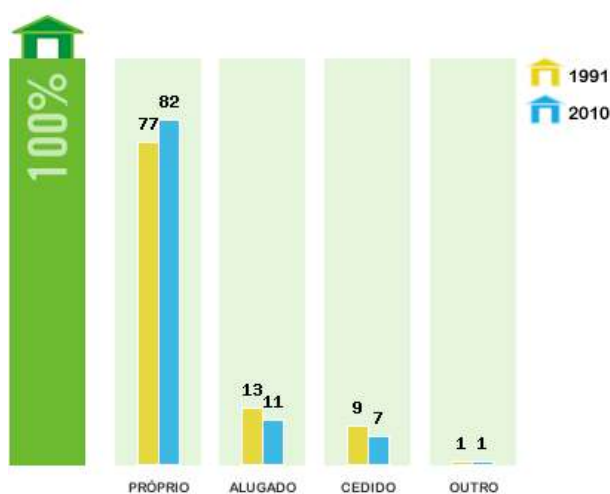


Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 1991 e 2010

Neste Município, em 2010, 90,7% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 84,2% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas.

No Estado, em 2010, o percentual de moradores urbanos com acesso à rede geral de abastecimento, com canalização em pelo menos um cômodo, era de 96,7%. Com acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica) eram 72,4%.

**Figura 33** - Proporção de moradores segundo a condição de ocupação - 1991/2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010



Como instrumento de planejamento territorial este município dispõe de Plano Diretor.

O município declarou, em 2008, existirem loteamentos irregulares e também favelas, mocambos, palafitas ou assemelhados.

Neste município, existe processo de regularização fundiária.

Existe legislação municipal específica que dispõe sobre regularização fundiária e sem plano ou programa específico de regularização fundiária.

Neste Município, em 2010, não haviam moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares).

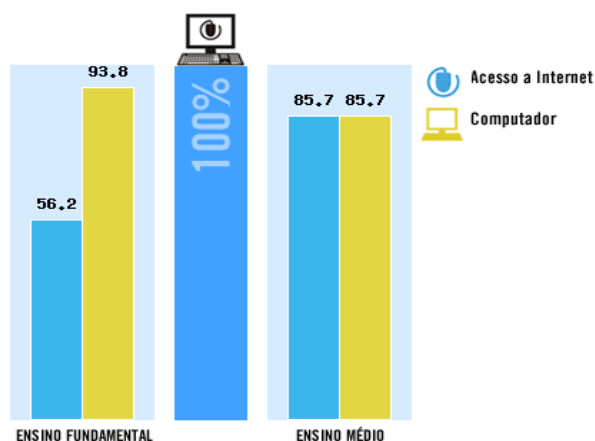
Em 2010, 99,7% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 86,3% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo).

Para ser considerado proprietário, o residente deve possuir documentação de acordo com as normas legais que garantem esse direito, seja de propriedade ou de aluguel. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atinge 92,7%.



## TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO

**Figura 34** - Percentual de escolas do ensino fundamental e médio com acesso a internet - 2005



Fonte: Ministério da Educação – INEP



## QUADROS COMPARATIVOS DOS INDICADORES DO MILÊNIO: Município de Piraquara, Região Metropolitana e Estado do Paraná

Ainda como complementação as informações anteriores, na sequência está transcrito uma série de dados e indicadores que posicionam o Município de Piraquara, no contexto regional e estadual em relação aos objetivos do Milênio.

### Objetivo 1 – Erradicar a extrema pobreza e a fome

**Quadro 55 – Pobreza e fome**

	Indicadores						
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Piraquara</b>	25%	+16%	45%	21%	3,3%	-30%	16,34
<b>Região</b>	24%	-33%	43%	-4%	2,9%	-15%	20,9
<b>Estado</b>	24%	-32%	42%	-2%	2,4%	-9%	27,4

Fonte: 1 a 6 – PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

**Legenda dos indicadores:**

1 – Proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza;	5 – Participação dos 20% mais pobres – 2000;
2 – Comparação 1991 – Aumento/Redução %;	6 – comparação 1991 – Aumento/Redução %;
3 – Intensidade da pobreza – 2000;	7 – Razão entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos – 2000 (vezes).
4 – Comparação 1991 – Aumento/redução %;	



**Quadro 56 – Ensino básico**

	Indicadores						
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Piraquara</b>	83,9%	1%	73,77%	39,90%	50,57%	97,62%	1%
<b>Região</b>	90,8%	8%	82,6%	62,1%	66,0%	98,2%	3%
<b>Estado</b>	93,8%	11%	81,6%	59,1%	63,8%	98,1%	3%

Fonte: 1 a 2 e 6 a 7 – IBGE – Censo Demográfico – 1991/2000; 3 a 5 – PNUD – Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil

**Legenda dos indicadores:**

1 – Proporção de crianças de 7 a 14 anos no ensino fundamental – 2000;

2 – Comparação 1991- Aumento/Redução %;

3 – Taxa de conclusão de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de crianças de 11 a 14 anos – 2000;

4 – Taxa de conclusão no ensino fundamental entre jovens de 15 a 17 anos – 2000;

5 – Taxa de conclusão no ensino fundamental entre jovens de 18 a 24 anos – 2000;

6 – Taxa de alfabetização de 15 a 24 anos – 2000;

7 – Comparação 1991 – Aumento/Redução %.



**sexos**

**Quadro 57 – Igualdade entre sexos**

	Indicadores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Piraquara</b>	95%	129%	100,55 %	42,9%	29%	75,1%	12%	0%
<b>Região</b>	93,2%	111,1%	100,1%	41,9%	27%	79,6%	17%	12,1%
<b>Estado</b>	93,7%	112,3%	119,9%	41,1%	19%	79,5%	11%	10,9%

Fonte: 1 e 2 – INEP/EDUTABRASIL: Sistema de Estatísticas Educacionais; 3 – IBGE – Censo Demográfico; 4 a 7 – MTE – Ministério do Trabalho e Emprego; RAIS; 8 – TRE – Tribunal Regional Eleitoral

**Legenda dos indicadores:**

1-Razão entre meninos e meninas no ensino fundamental – 2005;
2- Razão entre meninos e meninas no ensino médio – 2005;
3- Razão entre mulheres e homens alfabetizados de 15 a 24 anos – 2000;
4- Participação da mulher no emprego formal, no setor não-agrícola – 2005;

5 – Comparação 1990-Aumento/Redução %;
6 – Percentual de rendimento feminino em relação ao masculino – 2005;
7 – Comparação 1990- Aumento/Redução %;
8 – Percentual de mulheres exercendo mandatos na Câmara Municipal – 2004.





**Quadro 58 – Mortalidade Infantil**

	Indicadores					
	1	2	3	4	5	6
<b>Piraquara</b>	23%	-62%	12,6	-76%	32%	110,03%
<b>Região</b>	15,7%	-52%	28	110%	39%	-
<b>Estado</b>	18,3%	-53%	14,4	-57%	32%	98,4%

Fonte: 1 a 4 – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 5 e 6 – Ministério da Saúde – Datasus

**Legenda dos indicadores:**

1 - Taxa de mortalidade em menores de 05 anos (1000 nascidos vivos) – 2004;

2 - Comparação 1990 – Aumento/Redução %;

3 – Taxa de mortalidade em menores de 1 ano (1000 nascidos vivos) – 2005;

4 – Comparação 1990 – Aumento/Redução %;

5 – Percentual de mortalidade entre 28 dias e 1 ano – 2004;

6 – Proporção de crianças menores de 1 ano vacinadas contra sarampo – 2002.

**Objetivo 5 – Melhorar a saúde materna**

**Quadro 59 – Saúde Materna**

	Indicadores			
	1	2	3	4
<b>Piraquara</b>	148,3	99,6%	1,11%	23,42%
<b>Região</b>	743	99,6%	1,2%	19,9%
<b>Estado</b>	693	99,6%	0,8%	20,7%

Fonte: 1 a 4 – Ministério da Saúde - Datasus

**Legenda dos indicadores:**

1 –Taxa de mortalidade materna (100 mil nascidos vivos) – 2004;

2 – Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde – 2004;

3 – Proporção de crianças nascidas sem consulta pré-natais – 2004;

4 – Proporção de crianças nascidas de mães adolescentes – 2004.



**Objetivo 6 – Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças**

**Quadro 60 – HIV/AIDS, malária e outras doenças**

	Indicadores						
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Piraquara</b>	19	149	1	27	206,0	22,3	127,4
<b>Região</b>	138	1.876	15	293	280,8	16,4	106,9
<b>Estado</b>	1.572	19.358	171	3.209	318,5	19,3	82,7

Fonte: 1 a 7 – Ministério da Saúde - DATASUS

Legenda dos indicadores:

1- Casos registrados diagnóstico em 2005;

2- Acumulado 90/05;

3 –Número de óbitos de tuberculose – 2004;

4 –Acumulado 90/04;

5 –Doenças crônicas não-transmissíveis (100 mil habitantes) – 2004;

6 –Doenças infecciosas (100 mil habitantes) – 2004;

7 – Causas externas (100 mil habitantes) – 2004.

**Objetivo 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental**

**Quadro 61 – Sustentabilidade ambiental**

	Indicadores					
	1	2	3	4	5	6
<b>Piraquara</b>	72,72%	65,68%	90,47%	2%	7.274,50	32,0%
<b>Região</b>	81,6%	33,3%	86,8%	7%	264.421,0	11,5%
<b>Estado</b>	81,2%	51,6%	87,3%	7%	2.510.611,4	13,4%

Fonte: 1 a 4 – IBGE – Censo Demográfico; 5 a 6 – SEMA – Elaborado pelo IPARDES

Legenda dos indicadores:

1- Proporção de moradores com água ligada à rede canalizada em pelo menos um cômodo – 2000;

2- Proporção de moradores com esgoto sanitário ligado à rede ou a fossa séptica – 2000;

3 – Proporção de moradores com direito a propriedade (alugado ou própria) – 2000;

4 – Comparação 1991 – Aumento/Redução %;

5 – Cobertura florestal – área (ha) – 2002;

6 – Percentual de área total com cobertura florestal – 2002.



**Tabela 18** - Comparativo de alguns indicadores do Município de Piraquara entre os 29 municípios que compõem a região metropolitana de Curitiba.

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador/classificação</b>
1 – Erradicar extrema pobreza e a fome	- 1º entre os 29 Municípios da região na proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza - 2000  - 4º no índice de redução da pobreza – 2000
2 – Atingir o ensino básico universal	- 1º na cobertura de escolaridade no ensino fundamental de crianças entre 07 e 14 anos - 2000  - 5º na taxa de conclusão de 1ª a 4ª serie ensino fundamental de 11 a 14 anos - 2000  - 2º na taxa de conclusão no ensino fundamental de jovens entre 15 a 17 anos – 2000
3 – Promover a igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres	-9º no indicador de participação da mulher no emprego formal, no setor não-agrícola-2005;  - Entre os dez municípios da região em que não possuem mulheres exercendo mandato na câmara de vereadores - 2004
4 – Reduzir mortalidade infantil	20º no índice de mortalidade infantil menores de 1 ano – 2004;
5 – Melhorar saúde materna	- nenhum caso de óbito materno – 2004;  - 11º gravidez na adolescência - 2004
6 – Combater HIV/AIDS, a malária e outras doenças.	- 29º nas causas externas (100 mil habitantes) - 2004
7 – Garantir sustentabilidade ambiental	- 10º cobertura de moradores com água ligada a rede pelo menos em um cômodo da casa – 2000;  - 13º cobertura de moradores com esgoto sanitário ligado a rede ou fossa séptica – 2000.  -29º em área total com cobertura florestal – 2002.

Fonte: <http://www.orbis.org.br/odm> > Acesso em 03/07/2009

Finalizando o tema Determinantes e Condicionantes da Saúde é importante lembrar o que PAIM considera as estratégias a serem adotadas neste campo de atuação à saúde:



Segundo PAIM, de um modo geral, devem ser adotadas as seguintes Estratégias<sup>21</sup> no âmbito dos determinantes sociais da saúde:

- *Criar dispositivos institucionais que facilitem o empowerment e certos deslocamentos de poder técnico, administrativo e político no sentido de alterar os modos tecnológicos de intervenção sobre necessidades, projetos e ideais de saúde.*
- *Construir pontes de articulação e pactuação com outros setores e segmentos sociais para assegurar políticas públicas saudáveis voltadas para a qualidade de vida: câmaras técnicas, comitê intersetorial, conselhos, comissões, grupos de trabalho, etc.*

---

<sup>21</sup> Jairnilson Silva Paim Determinantes Sociais da Saúde.



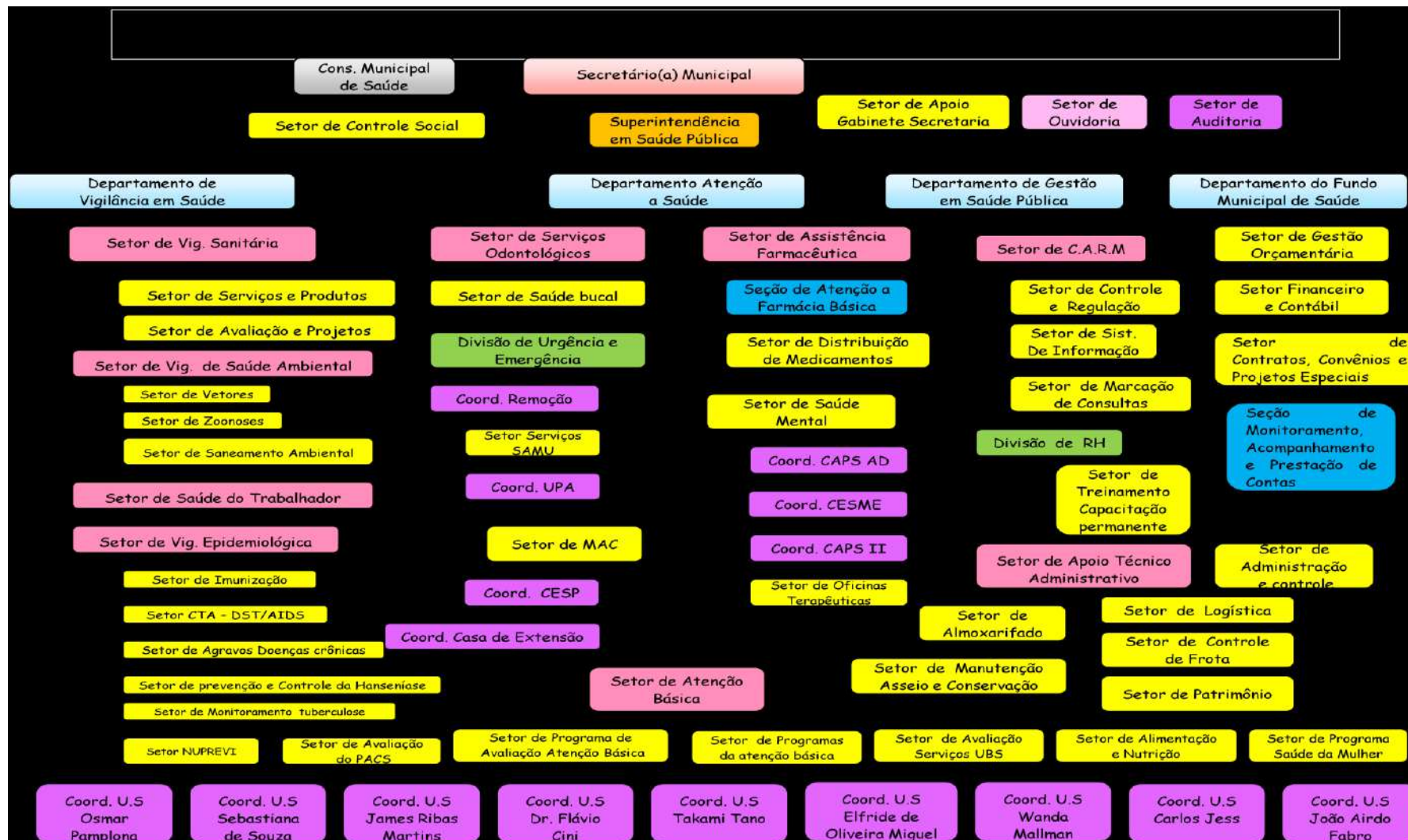
### **III. GESTÃO EM SAÚDE**

#### **14. PLANEJAMENTO**

A direção e as divisões de apoio administrativo da Secretaria Municipal de Saúde estão localizadas em seu próprio prédio, e a estrutura organizacional, instituída pelo Decreto N.º 4.092/2013, pode ser visualizada no organograma abaixo.



Figura 35 – Organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Piraquara





## 14.1 Planejamento

Embora a Lei Nº. 8.080/90 atribua à gestão federal do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS”, até 2006 não existia um processo integrado de planejamento, em especial em cooperação com as demais esferas. As ações eram pautadas principalmente no atendimento às demandas interna e externa.

A elaboração de Relatórios Anuais de Gestão foi regulamentada na Lei 8.080/90, porém sua execução era voltada principalmente à prestação de contas e não como instrumento para o processo reflexivo de avaliação e planejamento. A partir de 2006, com a crescente discussão sobre as responsabilidades das esferas e com a necessidade de qualificar os processos de gestão, houve a inclusão de Atos Normativos que aprofundaram os processos de avaliação e planejamento no âmbito do SUS. Como resultado, os Planos de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e o Pacto pela Saúde entre gestores, foram a tônica para o aprofundamento das discussões sobre os processos de avaliação e reprogramação das ações do SUS. Desta forma, o monitoramento, atualização e avaliação das ações passaram a contribuir efetivamente para a melhoria da gestão, das ações e dos serviços prestados à população.

Os desafios atuais são enormes, especialmente se considerarmos que, até hoje, o que se vivenciou é reflexo da forma centralizada como foi conduzida a política de gestão do Estado Brasileiro. No município de Piraquara, ainda que a esfera pública federal tenha divulgado e normatizado instrumentos auxiliares no desenvolvimento da gestão do SUS desde 2006, não se conseguiu efetivar a gestão norteada pela avaliação e planejamento.

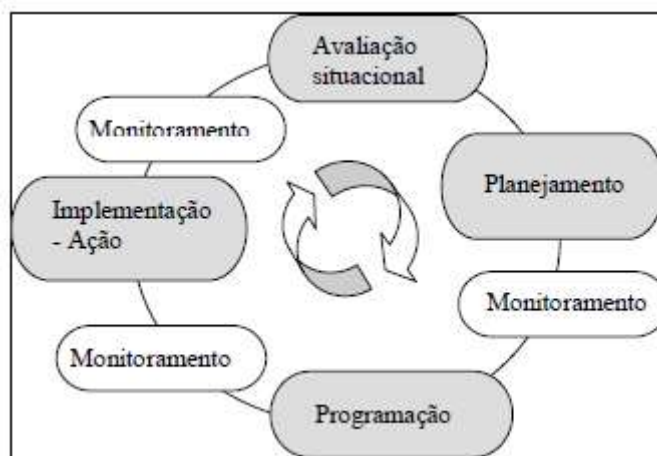
O PlanejaSUS (BRASIL, 2006), enquanto instrumento auxiliar pedagógico e normativo de gestão no SUS, busca resgatar o papel estratégico do planejamento para a gestão. Desde o início de 2013 a SMS de Piraquara vem investindo energia para que a prática de planejamento seja introduzida e permaneça na rotina dos programas e serviços de saúde. Acredita-se que essas práticas otimizarão o gasto público, os recursos necessários à demandas específicas, o tempo de espera da população pelos serviços demandados e incluirão a perspectiva dos atores sociais interessados (população, CMS, gestores municipais e estadual) na gestão do SUS.

Tentando contemplar a perspectiva participativa do processo gestor, a SMS/Piraquara pretende organizar e executar o sistema municipal de saúde de modo a incluir a avaliação, o planejamento, a programação e a implementação de ações e estratégias que visem a efetivação dos objetivos e diretrizes defendidos neste PMS.



Com esse direcionamento pretende-se instituir um processo em constante retroalimentação e diálogo, com consequentes modificações e mudanças necessárias ao atendimento dos princípios e diretrizes do SUS.

**Figura 36** – Planejamento estratégico na SMS de Piraquara



Fonte: Planejamento estratégico na SMS/Piraquara

A figura nº 35 mostra que o processo de planejamento deve ser constante, e que, iniciado pela avaliação situacional (ou análise situacional do PMS), suas etapas devem sempre ser monitoradas com o objetivo de avaliar se o caminho escolhido no planejamento, programação e implementação está sendo efetivo positiva ou negativamente. Pode-se, assim, continuar a executar um projeto, caso ele esteja correspondendo à expectativa dos gestores e da população ou readequá-lo, para que atinja os resultados esperados.

O que se pretende, nesta gestão da SMS de Piraquara, é a condução de um processo de planejamento e avaliação não meramente quantitativo, mas também qualitativo e pluralista. Ao mesmo tempo em que é indispensável considerar aspectos normativos, quantitativos, administrativos, incluindo os RAG emitidos pelo SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS) e outras formas de controle e avaliação, busca-se também considerar as necessidades do conjunto plural que é representado pela sociedade que o compõe em diferentes instâncias (CMS, conselhos locais, associações intergestores, comissões intersetoriais, etc.), de forma qualitativa e inclusiva.

Admite-se, assim, que é necessário aprofundar projetos e estratégias já em andamento como também dar visibilidade e espaço às pessoas, projetos e lugares com potencial de auxiliar no





desenvolvimento e efetivação do SUS. Por fim reforça-se, aqui, o caráter de complementariedade que é necessário à efetivação do SUS em capacidade instalada e em estratégia operacional, percorrendo desde a dimensão macropolítica e estrutural do sistema de saúde até a microgestão do cotidiano das unidades de saúde (básicas, ambulatoriais e hospitalares) para a avaliação e planejamento em saúde, buscando a sua institucionalização na esfera municipal.

## **14.2 Descentralização e Regionalização**

O SUS, em seu processo de implantação e institucionalização, necessita de estratégias que busquem articular ações entre as três esferas de governo, visando a cooperação necessária para um funcionamento efetivo e resolutivo. Salienta-se que o município é a instância onde devem se concretizar as ações em saúde necessárias ao pleno atendimento da população, pois existe maior proximidade entre o gestor e a população, o que estabelece condições para a formulação de políticas que garantam práticas de saúde a partir das necessidades locais.

A estruturação do SUS tem na diretriz da descentralização um dos seus pilares fundamentais, e sua implementação vem promovendo um movimento político institucional de redefinição de atribuições e responsabilidades entre os entes governamentais, expresso, atualmente, no Pacto pela Saúde, com o objetivo de incidir de forma qualificada na gestão da política de saúde.

Segundo análises do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) algumas das dificuldades para a consolidação e qualificação da descentralização no campo da gestão pública em saúde podem ser reportadas a uma série de fatores: insuficiência de recursos financeiros; insuficiência quantitativa do quadro profissional; iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre a população local e entre municípios, regiões e estados; mecanismos e instrumentos regulatórios com eficiência limitada; fragilidade e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; ordenamento institucional compartimentalizado e fragmentado; fragilização dos espaços de pactuação intergestores; desarticulação institucional das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação.

Esses problemas também são evidenciados nesta SMS de Piraquara, o processo de independência institucional para uma atitude pró-ativa frente às demandas assumidas pela SMS acontece parcialmente. Todos os problemas apontados no parágrafo acima devem ser



considerados no desenvolvimento do trabalho em saúde, tendo em vista que podem ser considerados marcadores da efetivação da municipalização do setor saúde na esfera pública.

A demora em assumir o compromisso com o Pacto pela Saúde, assim como acontece com muitos outros municípios e Estados brasileiros, por exemplo, pode evidenciar a insegurança em assumir formalmente certas responsabilidades na atenção à saúde frente aos demais municípios parceiros. Ao mesmo tempo, essa mobilização obrigatória pelo Pacto pela Saúde permite uma autoavaliação sobre o preparo para assumir tal responsabilidade.

A divulgação do Pacto trouxe, então, a reflexão forçada sobre as próprias responsabilidades gestoras e, mais uma vez, os Estados e municípios tiveram de ser induzidos por uma política elaborada na esfera da União, que os fez imergir em um processo de gestão participativa e colegiada.

Em outras palavras, concorda-se que há uma necessidade do processo de descentralização ser acompanhado de reordenamento gerencial e administrativo do sistema nas três esferas de gestão, demarcando competências, sejam elas somativas, exclusivas, concorrentes ou subjetivas. Porém, nem sempre as relações se estabelecem conforme o sistema normativo imposto por legislações e organogramas. Na busca pelo resultado perseguido, os indivíduos estabelecem estratégias frente ao que o sistema normativo impõe. O que um espaço compartilhado de gestão permite, então, é a diminuição da necessidade de atuação por meios não formais de colaboração.

Nesta perspectiva, a descentralização é entendida como um processo no qual as decisões não necessariamente se afastam do centro, mas se aproximam e permeiam a periferia, refletindo as necessidades da população, frente às quais o controle social permitirá viabilizar ações de equidade e justiça distributiva. Assim, se reconhece a descentralização como um dos instrumentos de ação governamental que objetiva democratizar o Estado e ampliar a justiça social.

Esta é, então, a realidade de Piraquara, onde os acordos de colaboração e as pactuações estão ainda em processo de formalização. Busca-se, com isso, a gestão participativa e espaços colegiados que ampliem as possibilidades de decisões e ações conjuntas para direcionar as políticas públicas de forma que elas reflitam e integrem, na medida do possível, desde as necessidades regionais até as locais. Para isso, as estratégias que estão sendo



pautadas nesta SMS objetivam a efetivação da regionalização e da descentralização com resolubilidade, permitindo a inclusão da população e do controle social ao mesmo tempo em que se busca otimizar e regular o sistema de saúde.

### **Problemas identificados**

- ✓ Espaço físico de várias unidades de saúde, inclusive sede da secretaria, inadequados;
- ✓ Ausência de sistemas de informação de gestão da saúde;
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente;
- ✓ Deficiência de recursos financeiros para investir na saúde;
- ✓ Ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários para os profissionais da saúde;
- ✓ Gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde centralizado na Prefeitura.

## **15. FINANCIAMENTO**

A movimentação financeira da Secretaria Municipal de Saúde é realizada através do Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei Municipal Lei nº 1006, de 05/05/2009 cujo CNPJ é 09.468.040/0001-37. Nele, obrigatoriamente, são depositados todos os recursos a serem destinados ao financiamento das ações de saúde, recebendo, inclusive os repasses das outras esferas governamentais.

### **15.1 Receitas**

Para avaliação dos Recursos Financeiros, no que se refere à Receita, será utilizado o Relatório de Indicadores Municipais gerado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

### **15.2 Receitas por esferas de gestão**

Tendo por base os dados informados no SIOPS<sup>22</sup>, em relação ao financiamento da saúde, em 2011, em um total de R\$ 20.225.980,79, o Município teve uma participação de 75 % das receitas, ficando os repasses federais na ordem de 25 %. Entre 2011 e 2012 o crescimento da receita para a saúde foi equivalente a 1,6 %. Em 2012, o Município repassou 65 % da receita total da saúde, que perfaz R\$ 20.553.645,64.

---

<sup>22</sup> SIOPS – Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde, disponível em <http://siops.datasus.gov.br>



**Tabela 19** - Transferências por Esfera de Gestão - Receitas 2011 e 2012

	<b>2011(R\$)</b>	<b>%</b>	<b>2012(R\$)</b>	<b>%</b>
<b>RECEITA TOTAL SAÚDE</b>	<b>20.225.980,79</b>	<b>100</b>	<b>20.553.645,64</b>	<b>100</b>
Transferências do SUS	5.054.102,54	25	7.182.901,75	35
Transferências do Município	15.171.878,25	75	13.370.743,81	65

Fonte: SIOPS

Na sequência a tabela 20 mostra a discriminação das receitas por esfera de gestão. Nela consta a arrecadação total do Município, dos impostos que estão vinculados à Emenda Constitucional 29/2000, dos quais deve ser repassada alíquota de 15 % (item I) e as transferências da União para o Município, de acordo com o preconizado nos repasses fundo a fundo, com base nos critérios populacionais (PAB FIXO) e programas implementados pelo Município (PSF) e outros programas (Item II).

**Tabela 20** - Receita realizada por origem 2011 e 2012

<b>Receita Realizada</b>	<b>2011(R\$)</b>	<b>2012(R\$)</b>
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS LEGAIS (I)	94.001.723,98	86.096.225,45
Impostos	22.594.253,36	13.198.095,21
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	1.007.235,72	92.260,12
Dívida Ativa dos Impostos	4.150.840,59	3.050.357,47
Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos	3.353.313,34	2.591.515,97
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	62.896.080,97	67.163.996,68
Da União	31.077.702,15	30.672.768,54
Do Estado	31.818.378,82	36.491.228,14
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II)	5.054.102,54	7.182.901,75
Da União para o Município	4.112.056,48	6.214.012,85
Do Estado para o Município	942.046,06	923.270,66
Demais Municípios para o Município	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	0,00	45.618,24
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III)	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	13.043.135,86	43.026.167,55
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	12.139.916,75	13.432.797,78
<b>TOTAL</b>	<b>99.959.045,63</b>	<b>122.872.496,97</b>

Fonte: SIOPS

### 15.3 Repasses Federais por Blocos de Financiamento

A tabela nº 21 trás o demonstrativo com os repasses federais por blocos de gestão. De 2011 para 2012 houve um incremento de 39 % nesta modalidade de transferência.

**Tabela 21 - Repasses do Ministério da Saúde por Blocos de Financiamento**

<b>Blocos</b>	<b>2011(R\$)</b>	<b>2012(R\$)</b>
Atenção Básica	3.523.853,10	4.153.337,75
Média e Alta Complexidade	0,00	51.721,39
Vigilância em Saúde	432.593,84	446.150,48
Assistência Farmacêutica	482.249,69	445.153,56
Gestão do SUS	20.000,00	75.000,00
Investimento	0,00	1.042.649,67
<b>TOTAL</b>	<b>4.458.696,63</b>	<b>6.214.012,85</b>

Fonte: Ministério da Saúde Repasses Fundo a Fundo

#### **15.4 Despesas**

A seguir serão apresentados quadros demonstrativos das despesas, considerando os elementos principais de gastos. Essa forma de apresentação é realizada quadrimestralmente (LC 141/2012) quando da realização das Audiências Públicas.

##### **15.4.1 Despesas Empenhadas, Liquidadas e Pagas**

Em relação às Despesas, tomando por base os anos de 2011 e 2012, com informações do SIOPS o quadro que se apresenta é o descrito na tabela nº 22. Nesse caso, é possível verificar um incremento na ordem de 0,6 %, ou seja, de R\$ 21.530.759,71 para R\$ 21.667.174,64.

**Tabela 22 - Despesas da Saúde 2011 e 2012**

<b>Despesa</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Despesa Empenhada	21.530.759,71	21.667.174,64
Despesa Liquidada	20.225.980,79	21.667.174,64
Despesa Paga	20.225.980,79	21.118.670,50

Fonte: SIOPS



### 15.4.2 Perfil da Despesa

Na sequência está demonstrado o perfil da despesa por grupo e natureza. É possível verificar que, a despesa corrente equivale a 74 % do total da despesa no ano de 2011 e a 90 % em 2012. Os demonstrativos apontam também que em 2011 a despesa com pessoal e encargos sociais correspondeu a 29 % em 2011 e a 38 % em 2012. É importante considerar, no entanto, que existem despesas de pessoal no grupo Outras despesas correntes – serviços de terceiros, pessoa jurídica.

**Tabela 23** - Despesas em Saúde – Por Grupo de Natureza da Despesa

<b>Despesa</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>DESPESAS CORRENTES</b>	<b>15.054.434,28</b>	<b>19.531.024,55</b>
Pessoal e Encargos Sociais	5.831.103,98	8.325.602,45
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	9.223.330,30	11.205.422,10
<b>DESPESAS DE CAPITAL</b>	<b>5.171.546,51</b>	<b>2.136.150,09</b>
Investimentos	117.443,97	2.136.150,09
Inversões Financeiras	5.054.102,54	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)</b>	<b>20.225.980,79</b>	<b>21.667.174,64</b>

Fonte: SIOPS

Na tabela nº 24, quando a despesa é demonstrada por função, verifica-se que 35 % em 2011 estão relacionados a despesas com Atenção Básica, não sendo alterado substancialmente esse percentual no ano de 2012, quando a proporção foi de 37 % em relação à despesa total liquidada.



**Tabela 24 - Despesas em Saúde - por Função - Liquidadas**

<b>Despesa</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Atenção Básica	7.117.827,62	8.036.767,80
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0,00	166.880,00
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	300.425,60	756.930,50
Vigilância Epidemiológica	245.691,44	139.859,22
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00
Outras Subfunções	12.562.036,28	12.566.737,12
<b>TOTAL</b>	<b>20.225.980,94</b>	<b>21.667.174,64</b>

Fonte: SIOPS

### **15.5 Indicadores municipais do financiamento**

Os indicadores são medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização, gerando informações úteis à tomada de decisão. O SIOPS gera automaticamente um conjunto de indicadores que relacionam valores da receita total e da despesa com ações e serviços públicos de saúde dos entes da Federação (tabela 25).





**Tabela 25 - Indicadores Municipais do Financiamento da Saúde**

	<b>INDICADOR</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	31,12 %	15,41 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	82,71 %	74,46 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	7,98 %	8,17 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	81,36 %	87,06 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	11,97 %	16,54 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	94,04 %	70,07 %
1.7	Para Fins de Cálculo do Percentual da EC-29	94,04 %	70,07 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 213,43	R\$ 225,65
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	28,83 %	38,42 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,29 %	4,66 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	14,79 %	19,88 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,58 %	9,86 %
2.10	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	30,47 %	58,00 %
2.20	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	37,89 %	42,00 %
2.21	Atenção Básica	35,19 %	37,09 %
2.22	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0,00 %	0,77 %
2.23	Suporte Profilático e Terapêutico	0,00 %	0,00 %
2.24	Vigilância Sanitária	1,49 %	3,49 %
2.25	Vigilância Epidemiológica	1,21 %	0,65 %
2.26	Alimentação e Nutrição	0,00 %	0,00 %
2.30	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	31,64 %	0,00 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	24,99 %	32,94 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	16,14 %	15,53 %

Fonte: SIOPS



## 15.6 Investimento de recursos próprios em Saúde Segundo a Emenda Constitucional 29/2000.

Após a aprovação da EC 29/2000<sup>23</sup>, o Município investiu os recursos conforme determinado pelo cálculo, tendo na média realizado o preconizado, com exceção dos anos iniciais da série. A Tabela nº 26 demonstra a série histórica dos investimentos de recursos próprios em Saúde pelo Município desde a aprovação da Emenda Constitucional 29.

**Tabela 26** - Série Histórica de Investimento em Saúde Segundo a EC 29/2000.

2000		2001		2002		2003		2004	
% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado
7,00	7,11	8,69	4,87	10,27	7,04	11,84	11,38	15,00	15,15
2005		2006		2007		2008		2009	
% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado
15,00	16,37	15,00	16,11	15,00	16,84	15,00	17,10	15,00	19,47
2010		2011		2012		2013		2014	
% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado
15,00	15,25	15,00	16,14	15,00	15,53	15,00		15,00	

Fonte: SIOPS

### *Constatações:*

O Município investe de recursos próprios, o que é preconizado pela Emenda Constitucional 29. No entanto, as demandas e necessidades são muito maiores que a capacidade financeira, então é importante que o Município busque parcerias com as outras esferas de gestão, implantando e ampliando programas locais, participando de iniciativas que propiciem um aporte maior de recursos. A perspectiva é que o Município deverá ampliar sua participação financeira, visto as inúmeras necessidades de ampliar o acesso e a oferta de serviços nos vários níveis de atenção e ao mesmo tempo melhorar as estruturas e infraestruturas da sua rede municipal de serviços de saúde. É o que esta apontando esse Plano Municipal, nas várias áreas analisadas.

<sup>23</sup> Emenda Constitucional 29 aprovada no ano 2000, preconizando o investimento de no mínimo 15 % dos recursos próprios dos Municípios em Saúde regulamentada pela Lei 141/2013.



## **15.7 Participação Social**

O Conselho Municipal de Saúde de Piraquara – COMUSP foi criado em 03 de maio de 1991 pela Lei Nº 070/91 (cria os níveis de aconselhamento), com atribuição de fiscalizar, propor, avaliar, aprovar e deliberar sobre os serviços de saúde prestados à população do município, considerando o redimensionamento da política municipal de saúde e as normas e diretrizes voltadas à implementação do SUS no município. Cumpre lembrar que o marco legal de implantação do COMUSP se dá com a Lei Nº 073 de 26 de junho de 1991, que altera o artigo 1º da lei Nº 070/91, embora já existisse a Lei Nº 8.142/90, que disciplina sobre o controle/participação popular, bem com como criação/formação/composição dos conselhos de saúde. A situação de Piraquara nesse contexto é bem peculiar, pois a implantação do Conselho Municipal de Saúde se concretizou com muita luta e resistência por parte dos segmentos e movimentos sociais organizados.

Em decorrência, o COMUSP obedece às regras de paridade determinadas pela legislação e respeita a determinação de que a presidência deve ser ocupada pelo segmento dos usuários, uma vez que não há como o gestor fiscalizar a si próprio. O Conselho Municipal de Saúde esta localizado na Secretaria Municipal de Saúde, em sala própria. As reuniões ordinárias são mensais e ocorrem todas as terças quarta-feira de cada mês, às 14 horas, na sala de reuniões da Secretaria de Saúde. Já as reuniões extraordinárias acontecem quando forem pertinentes. O telefone de contato é o 3590-3713.

Apesar das dificuldades, o Conselho Municipal de Saúde vem desenvolvendo ações importantes e agindo com responsabilidade no cumprimento de algumas orientações do Conselho Nacional de Saúde, como exemplo: a formação dos conselhos locais de saúde e a implantação de quatro comissões temáticas permanentes (controle social, orçamento e finanças, políticas públicas, vigilância em saúde).



### Problemas identificados

- ✓ Espaço físico com estrutura inadequada para reuniões com a população e com os próprios membros do conselho.
- ✓ Absenteísmo dos membros do conselho nas reuniões ordinárias.
- ✓ Adesão baixa da comunidade bem como desconhecimento, por parte desta, em relação ao papel do conselho.
- ✓ Falta de equipamentos e material permanente para estruturar o conselho.
- ✓ Baixa oferta de capacitação e formação permanente.
- ✓ Dificuldade de participação de conselheiros nos eventos de interesse do controle social.
- ✓ Ausência de ações do COMUSP junto às comunidades.
- ✓ Ausência de Planejamento Estratégico e Orçamentário do COMUSP.

### 15.8 Gestão do trabalho em saúde

A Secretaria de Saúde encerrou o ano de 2012 com um quadro funcional composto por 385 servidores efetivos e 79 terceirizados. Os profissionais são lotados nas áreas médica, odontológica, enfermagem, entre outras, com base em concurso público e contratados via Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP).

A tabela nº 27 apresenta o número de profissionais da saúde e seus vínculos empregatícios

**Tabela 27 - Vínculos Empregatícios - Pessoal da Saúde 2012**

<b>Vínculo empregatício</b>	<b>Número</b>
Celetista (OSCIP)	79
Estatutários	385
Total	464

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2012– SMS de Piraquara

A tabela nº 28 apresenta o número de profissionais e respectivas funções que compõe atualmente o quadro de servidores da SMSP.



**Tabela 28 - Profissionais por Categorias – em outubro 2013 – Piraquara.**

<b>Categoria</b>	<b>Estatutário/nomeado</b>	<b>Terceirizado</b>
ACS	63	
ACS / Visitador de Saúde		2
Administrador	0	0
Agente Ambiental/Técnico saúde Social		1
Agente de manutenção	9	
Agente de Saúde Pública	11	
Agente Operacional (serviços gerais / vigias)	38	
Agente Operacional/Agente de reabilitação		1
Assistente Social	8	
Atendente de Farmácia/Coordenação Administrativa		2
Auxiliar de Enfermagem	45	
Auxiliar de Saúde Bucal/odontologia	15	
Biólogo	1	
Coordenação Marcação de Consultas / Coordenação Administrativa		1
Coordenação Sistema de Informação/Coordenação Geral		1
Coordenadora em RH/coord. Técnica		1
Enfermeiro		6
Enfermeiro	12	
Enfermeiro / Coordenação Geral *		2
Enfermeiro / Técnico Saúde Social		1
Enfermeiro/Coordenação Administrativa		1
Farmacêutico	3	
Fiscal	3	
Fisioterapeuta	6	
Fisioterapeuta/Coordenação Administrativa		1
Fonoaudiólogo	1	
Médico / PSF		13
Médico Auditor		1
Médico Clínico Geral	7	
Médico Dermatologista	1	
Médico Endocrinologista	1	
Médico Gineco/Obstetra	3	
Médico Infectologista		1
Médico Oftalmologista	1	
Médico Ortopedista	2	
Médico Pediatra	6	
Médico Psiquiatra		5
Médico Urologista	1	
Médico Veterinário	1	
Motorista	31	
Nutricionista	1	
Odontólogo	10	8



Profissional de nível superior (artes cênica/Visual/tecnólogo Saneam.)	3	
Psicólogo	9	
Supervisora de Ambiente externo		1
Técnica Administrativa/Coordenação Administrativa		2
Técnico administrativo	31	
Técnico Administrativo / supervisora de serviços		1
Técnico Administrativo / Técnico em Saúde da família		1
Técnico Administrativo / técnico em Saúde Social		7
Técnico Administrativo /Agente Ambiental		1
Técnico Administrativo /Apoio Técnico em Saúde		1
Técnico Administrativo/Assistente Administrativo		3
Técnico de Enfermagem	14	
Técnico de Enfermagem / Apoio Social		8
Técnico de saúde	3	
Técnico desportivo	1	
Técnico em enfermagem / Técnico Saúde Social		1
Técnico em Saúde Bucal	4	
Técnico em Segurança Trabalho/Técnico em saúde social		1
Terapeuta Ocupacional	3	
Superintende de G.S (DAS6)	1	
Diretor de G. em Saúde (DAS5)	1	
Chefe de Divisão (DAS3)8	1	
Chefe de divisão (DAS 3)13	1	
Chefe de divisão (DAS 3) 14	1	
Chefe de Seção (DAS1)05	1	
Chefe de seção (DAS1)11	1	
Chefe de seção (DAS1) 13	1	
Chefe de seção (DAS1)14	1	
Chefe de seção (DAS1)16	1	
Chefe de seção (DAS1) 19	1	
Ass.T.Tec.P (DAS4)07	1	
Ass.T. Tec.P (DAS) 09	1	
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>75</b>

Fonte: SMS Piraquara – Recursos Humanos

A Tabela nº 28 mostra que, em algumas categorias, o número de profissionais está abaixo do preconizado pela PT/MS 1.101/2002. Assim, o município, necessita de novas contratações para atender integralmente sua população.



A Prefeitura Municipal conta com um Plano Geral de Cargos, Carreira e Salários, porém não existe um plano específico para os trabalhadores da saúde, conforme estabelecem as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/1990<sup>24</sup>.

### **Constatações**

As principais constatações neste tópico referem-se à necessidade de completar o quadro funcional, especialmente em relação às categorias de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos), odontologia, médicos, fisioterapia, nutrição, etc.. É necessário realizar concurso público na área de saúde, para novas contratações e/ou substituição dos terceirizados mantidos atualmente. Outra forma de complementar o quadro de pessoal é dispor de convênio com o Ministério da Saúde nos programas PROVAB e Mais Médicos.

### **15.9 Educação em saúde**

O Município não disponibiliza programa ou plano próprios de capacitação e educação permanente de seus funcionários. Não há registros de atividades realizadas pelo setor com intuito de aprimoramento geral e específico de seu capital humano. Não existe programa de educação em saúde para a população.

É certo que os servidores têm participado de eventos de treinamento, principalmente os da esfera estadual, através da 2ª. Regional de Saúde, porém não há registro sistematizado de quem participou nestas capacitações. O registro nos mostraria onde há necessidade de realização de novas capacitações. Essas necessidades poderiam ser corrigidas com parcerias nas Instituições de Ensino ou com outros Municípios e projetos com o Polo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS).

Realizou-se uma primeira fase de capacitação para os Conselheiros do COMUSP, havendo necessidade, ainda, de programar capacitação com conteúdo nas áreas de Legislação, Histórico da Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Financiamento e Gestão.

---

<sup>24</sup> Artigo 4º Inciso VI da Lei N. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.



### **15.10 Informação em Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara conta com um setor específico para a área de informações e informática na saúde. O Setor é responsável pela recepção da coleta e digitação dos dados nos programas do Ministério da Saúde. Estão instalados os programas Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), de Mortalidade (SIM), de Agravos de Notificação (SINAN), de Imunização (PNI), SISPRENATAL, Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e Gestão de Informação Local – GIL.

Há necessidade premente de implantação de sistema informatizado em toda a rede de saúde do município, para dinamizar o trabalho e racionalizar o monitoramento e avaliação de toda a gestão e prestadores.

### **Constatações**

Há deficiência em equipamentos de informática, rede de internet de baixa operacionalidade em alguns setores da SMSP e inexistência de informatização da totalidade dos serviços, comprometendo a utilização e análise de dados no uso corrente da gestão. Os prontuários dos pacientes são elaborados manuscritamente, o que dificulta o entendimento da leitura e prejudica a utilização de dados epidemiológicos no respaldo das ações de gestão.

### **15.11 Infraestrutura**

A Rede Municipal de Saúde é constituída de dezesseis unidades de atendimento; dessas, uma está localizada na área rural, as demais na zona urbana. A maioria delas está em condições precárias de funcionamento, necessitando de reparos na rede elétrica, pisos, paredes, pintura e instalações sanitárias. Os equipamentos e aparelhos estão em razoável estado de conservação.

O quadro nº 62 relaciona os serviços em reformas, revitalização, readequação, ampliação e mudança de local a serem realizados nas Unidades de Saúde.





**Quadro 62** - Reformas, Revitalização, Readequação e Ampliação.

<b>Unidade</b>	<b>Serviços Necessários</b>
Unidade Caiçara	Reforma
Unidade Elfride	Reforma
Unidade Primavera	Ampliação
Unidade Central	Reforma
Unidade Tia Tiana	Ampliação
Farmácia	Reestruturação e readequação

Fonte: SMSP

O quadro nº. 63 mostra a programação das novas Unidades de Saúde, os locais de abrangência e respectiva fase de encaminhamento.

**Quadro 63** - Previsão de Construção de Novas Unidades

<b>Unidade</b>	<b>Localização/ Abrangência/Bairros</b>	<b>Situação</b>
Bela Vista/Recanto das Águas	Bela Vista, Recanto das Águas, Ipanema, Araçatuba, Cohapar	Aguardando início da obra.
São Cristóvão	São Cristóvão, Vila Fuck, Vila Izabel	Aguardando análise do gestor
Guarituba	Vila Mariana, Monte Líbano, Bosque Centenário, Planta Guari, Madre Tereza de Calcutá	Aguardando análise do gestor
Macedo	Vila Macedo	Estudo pela equipe técnica
Vila Militar	Vila Militar	Estudo pela equipe técnica
Planta Deodoro	Planta Deodoro	Estudo pela equipe técnica

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara – Planejamento.

Há necessidade de intervenções de infraestrutura na totalidade da SMSP, através de ações como a aquisição de novos equipamentos, veículos, mobiliário, reformas físicas, entre outras. Para atender a essas demandas, é fundamental que o Município priorize os investimentos com



recursos próprios num programa de obras nessa área. No entanto, dada a dimensão desse problema, o financiamento deverá também ser estendido às esferas de governo Estadual e Federal.

### **Constatações**

São visíveis as precárias condições das estruturas prediais que formam a rede municipal de saúde. Da mesma maneira a infraestrutura, considerada aqui como os meios materiais para a execução das ações de saúde, necessita de um investimento significativo por parte da gestão municipal.



#### **IV. CONCLUSÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL – DIRETRIZES E METAS PARA O PERÍODO DE 2014 - 2017.**

Na análise do Sistema de Saúde de Piraquara, observamos os seguintes pontos:

1. O Município de Piraquara, com aproximadamente 100 mil habitantes, não possui Sistema de Saúde adequado para atender integralmente seus habitantes, conforme o preconizado pelo SUS, ou seja: através de um atendimento universal, equitativo, integral, regionalizado, hierarquizado, descentralizado e sob controle social, com o objetivo de garantir o acesso da população a serviços de qualidade em tempo razoável.

A Rede de Atenção Básica, composta por nove Unidades Básica de Saúde - UBS, oito Equipes de Saúde da Família - ESF, três Unidades de atendimento Psicossocial, além de um ambulatório para atendimento referenciado em consultas especializadas e um centro especializado em reabilitação, não consegue atender a totalidade da população em suas demandas de saúde. Com tal capacidade instalada atende, quando muito, 40% daquela demanda.

2. As UBS com suas equipes de saúde, PSF e equipe própria da unidade, na maioria delas incompletas e com a visão de atendimento no foco pela demanda por procura direta, não conseguem prestar atendimento integral à população de maior risco e ou aos agravos à saúde nas condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, atendimento ao pré-natal, atendimento à criança até os cinco anos de idade, programas de idosos da mulher e do homem, etc.

Essas unidades desenvolvem satisfatoriamente as ações de vacinação, com percentagem adequada para bloquear as doenças preveníveis por vacina, principalmente nas crianças.

3. O atendimento das urgências/emergências pelo prestador contratualizado pelo município não apresenta qualidade satisfatória e não cumpre com as cláusulas do contrato.
4. Os atendimentos a nível secundário especializados e atendimentos de média e alta complexidades são insuficientes, visto que a fila de espera, em 16/08/2013, era de 4.714 pacientes; em algumas especialidades a espera chegava a mais de dezoito meses.
5. Existe defasagem de recursos humanos nas equipes de saúde e equipes de gestão, principalmente nas categorias de agentes comunitários de saúde - ACS, técnico (auxiliar) de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares administrativo, contador, entre outras (vide tabela nº 42).
6. Não há programas de capacitação/educação continuada para as equipes de saúde (conforme PT/MS/GM nº. 2.488/21/10/2011), o que acontece com alguma frequência é



- “capacitação” fragmentada ministrada pela 2ª Regional de Saúde, que em sua totalidade não preenche as necessidades das equipes e pouco acrescenta para a oferta de um atendimento de qualidade para a população, dando a impressão maior de se tratar de ações para preencher agenda daquela instituição.
7. As instalações físicas, tanto nas unidades de atendimento à saúde como na unidade de gestão, não apresentam condições desejáveis para o desenvolvimento das atividades laborais em ambiente satisfatório.
  8. O Fundo Municipal de Saúde não é gerido pelo gestor de saúde, conforme determina a legislação em vigor do SUS (CF: art. 195 § 2, art. 198 inciso III).
  9. As quatro primeiras causas de mortes no período de 2008 a 2011 no Município de Piraquara foram causas externas (22,41%), doenças do aparelho circulatório (21,55%), neoplasias (14,48%) e sintomas e sinais achados em exames clínico e laboratoriais (10,68%). Somando a taxa de mortalidade materna e índice de mortalidade infantil com suas respectivas análises, demonstra-se claramente a fragilidade do sistema de saúde do município.
  10. Há necessidade de (re)planejar totalmente o Sistema de Saúde do Município, com uma visão estratégica para atender as demandas da população, definindo o cuidado do usuário como imperativo ético/político na garantia de seus direitos.

Considerando a população em torno de 100 mil habitantes e o modelo de atenção à saúde baseado na APS, com integração razoável com os níveis secundário e terciário, conforme determina a Portaria Ministerial nº. 2.488/2011, as necessidades atuais do município são:

- ✓ 12 Unidades Básicas de Saúde – UBS, com vinculação de Equipes da Saúde da Família – ESF, no total de 34 ESF,
- ✓ 01 Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h,
- ✓ 01 Laboratório de Análise Clínica com capacidade para atender toda a rede de APS e convênio para exames de maior complexidade,
- ✓ Criação de mecanismos de comunicação efetiva (Redes de Atenção à Saúde) entre a APS e os níveis secundário e terciário, visando ampliar a resolutividade e qualidade; uma vez que o paciente está sob a responsabilidade desse sistema, no qual, por definição, o atendimento deve ser integral, equânime, universal e descentralizado.
- ✓ Fixação da responsabilidade dos cuidados entre as equipes da Atenção Primária à Saúde.



- ✓ Programa de capacitação baseado na Educação Permanente para todas as equipes de saúde, inclusive para os servidores que atuam em nível de gestão (criando uma visão de estratégia de gestão).
- ✓ Implantação/implementação de Plano de Cargos, Carreira e Salários para todos os servidores da SMSP.
- ✓ Suficiência de Recursos Humanos, Tecnológico e Apoio Logístico, com investimento financeiro compatível para a rede que se propõe a desenvolver.
- ✓ Ampliação da participação financeira do município, além dos 15% mínimo da EC 29, para atender a demanda em ações de saúde da totalidade da população.

Diante deste quadro, o presente Plano de Saúde prevê as Diretrizes e Objetivos seguintes.

## DIRETRIZES

**1º. Objetivo Estratégico:** Relacionado à Atenção à Saúde, que contemple a APS, Vigilância em Saúde e Saúde Mental.

**1ª Diretriz** – Garantia do acesso da população a serviços de saúde de qualidade, mediante estruturação e investimentos na Rede de Serviços da Saúde – Atenção Primária à Saúde e nos serviços da Rede de Urgência e Emergência (Bloco de Investimento do FNS).

Objetivo da diretriz: INFRAESTRUTURA

**AMPLIAR E IMPLEMENTAR A ESTRUTURA FÍSICA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Ações Estratégicas:

- Reforma e modernização da infraestrutura operacional das Unidades de Saúde no Município;
- Construção das Academias da Saúde;
- Construção dos CAPS AD – II e Infantil;
- Construção de novas UBS para ampliar a cobertura;
- Construção da Unidade Germano Traple;
- Construção do Centro de Especialidades;
- Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO.

**Quadro 64 – Construir, Ampliar e Implementar a ESTRUTURA FÍSICA.**

Metas	2014	2015	2016	2017
Reformar oito UBS para adequá-las às necessidades.	2	2	2	2
Construir seis novas UBS.	1	3	1	1
Construir duas Academias de Saúde	2	-	-	-
Construir uma Unidade de CAPS II/TM.		1	-	-
Construir uma Unidade de Acolhimento	-	-	1	-
Construir uma Unidade de CAPS AD.		1		-
Construir uma Unidade de CAPS I (infante – juvenil).	-	1	-	-
Construir um novo Centro de Especialidades – Germano Traple.	-	1	-	-
Construir um novo Centro de Especialidades - CESP	-	-	1	-
Implantar o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).		-	1	-

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Relatórios de Gestão 2012 ✓ PT/MS nº. 2.488/2011 ✓ Relatório de Auditoria-SMSP/2013	R\$ 14.200.000,00 Fonte: MS/SESA/SMSP	Maristela Zanella Secretária Municipal de Saúde

**2ª Diretriz** – Promoção da atenção integral à saúde da população através das Equipes da APS, Saúde da Família e NASF para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para os grupos mais vulneráveis: crianças, mulheres, portadores de doenças crônicas (*hipertensos; diabetes mellitus; obesos e dependentes de álcool/drogas*), adolescentes e jovens, além de cuidados especiais à saúde do homem, do idoso e da população indígena, da promoção da Atenção Integral à Saúde Bucal e da adesão à assistência em Redes de Atenção à Saúde a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde (Bloco da Atenção Básica do FNS: PAB fixo e variável, PMAQ, especificidades regionais, NASF).

Objetivo da diretriz: ATENÇÃO PRIMÁRIA

**CONSOLIDAR, APERFEIÇOAR, FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, AUMENTAR A COBERTURA ASSISTENCIAL, COM FOCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**



Ações Estratégicas:

- Habilitação de novas Equipes da Estratégia de Saúde da Família para cobertura em 70% nos próximos quatro anos;
- Habilitação de novas equipes de Núcleo de Assistência a Saúde da Família;
- Realização de concurso público para reposição do déficit existente em RH;
- Reformas das UBS para adequação às necessidades;
- Construção de novas UBS para ampliar a cobertura.

**Quadro 65 – METAS – Implementar e ampliar a ESTRUTURA FÍSICA**

Metas	2014	2015	2016	2017
Implantar e habilitar dezessete novas Equipes da Estratégia Saúde da Família para cobertura em 70% nos próximos quatro anos.	5	4		4 equipes implantadas e habilitadas
Implantar e habilitar duas novas equipes do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF).	1 equipe implantada e habilitada	-	-	1 equipe implantada e habilitada
Realizar concurso público para reposição do déficit existente em Rh.	1 concurso realizado	-	-	-
Reformar oito UBS para adequação às necessidades.	2 UBS reformadas	2 UBS reformadas	2 UBS reformadas	2 UBS reformadas
Construir seis novas UBS para ampliar a cobertura.	1 UBS construída	3 UBS construída	1 UBS construída	1 UBS construída

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ SIAB ✓ GIL ✓ SISPRENATAL ✓ HIPERDIA ✓ PT/MS 2.488/2011 ✓ PMAQ	R\$ 20.120.000,00 Fonte: MS/SESA/SMSP	Regina Bueno Ribas Pinto Coord. Atenção Básica (interina)



Objetivo da diretriz: POLITICA NUTRICIONAL

**MANTER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL E ALIMENTAR**

Ações Estratégicas:

- Monitoramento do estado nutricional da população usuária das Unidades Básicas de Saúde, dos beneficiários de programas vinculados à área de alimentação e Nutrição.
- Aprimoramento da qualidade da coleta das informações que geram os diagnósticos alimentares e nutricionais, através do Sisvan Web.
- Realização de ações para a divulgação da importância da amamentação materna e da existência e importância dos bancos de leite;
- Implantação da Pastoral da Criança nas Unidades Básicas de Saúde;
- Aprimoramento da articulação intersetorial e ampliação da oferta dos serviços de nutrição através de contratação de nutricionistas e/ou parcerias com Instituições de Ensino e outros órgãos.
- Criação de grupos de reeducação alimentar e alimentação saudável para diabéticos, hipertensos, obesos e pessoas com risco nutricional no Município, mudando o foco do atendimento individual para o coletivo.
- Qualificação dos técnicos, visando o aprimoramento dos serviços de nutrição e alimentação.
- Melhora da divulgação da importância da ingestão de ferro como recurso auxiliar para evitar anemia e melhorar o desenvolvimento; aumento da distribuição de sulfato ferroso nas pesagens e ácido fólico nas consultas do pré-natal.
- Implementação de estratégias para melhorar o acompanhamento da saúde no Programa Bolsa Família.
- Implantação de protocolos que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde e normatizem os critérios para o acesso a alimentos para fins especiais, de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.
- Implementação dos Programas de Alimentação e Nutrição na rede de atenção a saúde, com aprimoramento dos fluxos e articulação intersetorial.





**Quadro 66 – METAS - POLITICA NUTRICIONAL**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Aumentar em 80% o número de mulheres que realizam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até os 2 anos de idade.	50%	60%	70%	80%
Aumentar em 100% o número de pesagens, cumprindo a meta pactuada (número de nascidos vivos por ano/12meses).	80%	90%	100%	100%
Elaborar e distribuir material educativo sobre diversos temas envolvidos com a Nutrição.	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído
Cumprir a meta de 70% relacionada à condicionalidade da Saúde no Programa Bolsa Família.	60%	65%	70%	70%
Adquirir equipamento e material permanente para desenvolver as ações da Nutrição.	1 impressora; 1 Data show; 1 Notebook; 1 máquina fotográfica	1 computador adquirido	1 carro adquirido	-
Capacitação anual na área da vigilância alimentar e nutricional abrangendo todas as Unidades Básicas de Saúde.	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada
Identificar e indicar acompanhamento prioritário de 100% dos recém-nascidos com fatores de riscos para morbimortalidade infantil.	100% identificados	100% identificados	100% identificados	100% identificados

<b>Indicadores</b>	<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Responsável</b>
✓ SISVAN Web ✓ DATASUS – BOLSA FAMÍLIA ✓ Sistema de informação municipal em Saúde	R\$ 1.800.000,00 Fonte: MS/SMSP	Karin Luciane Will Nutricionista



Objetivo da diretriz: SAÚDE BUCAL

**GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO, CONFORME AS DIRETRIZES DO MODELO ASSISTENCIAL.**

Ações Estratégicas:

- Implantação do Protocolo de Saúde Bucal;
- Ampliação das ações coletivas de orientação em Saúde Bucal;
- Priorização do atendimento e acolhimento de pacientes com classificação de risco
- Atender as gestantes inscritas no pré-natal das UBS, realizando a prevenção do câncer bucal;
- Avaliação epidemiológica (CPOD) permanente, identificando áreas críticas;
- Implantação de ações e estratégias para aumentar o número de participantes na escovação dental supervisionada;
- Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratório Regional de Prótese Dental - LRPD para atender a demanda especializada;
- Implantação, na UPA 24h, do atendimento de urgência odontológica 24h;
- Ampliação das ações de cobertura da 1ª consulta odontológica;
- Implementação de ações coletivas de orientação à população escolar (CMEIS E ESCOLAS).



**Quadro 67 – METAS – SAÚDE BUCAL**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Ampliar a média em 3% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	1%	2%	2%	3%
Implantar um protocolo de Saúde Bucal.	1 protocolo implantado	-	-	-
Avaliar em 100% o índice CPOD permanentemente.	100%	100%	100%	100%
Implantar um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	-	-	1 Centro implantado	-
Implantar um Laboratório Regional de Prótese Dental - LRPD.	-	-	1 Laboratório implantado	-
Implantar na UPA 24h um Serviço de Urgência Odontológica 24 horas.	1 serviço implantado	-	-	-
Reduzir em 40% a relação de exodontia em relação ao total de procedimentos.	10%	20%	30%	40%
Implantar mais dezessete equipes de saúde bucal.	6 equipes	3 equipes	2 equipes	6 equipes
Ampliar em 80% o acesso da 1ª. consulta odontológica programática.	20%	20%	20%	20%
Realizar oito cursos de capacitação.	2 Cursos realizados	2 Cursos realizados	2 Cursos realizados	2 Cursos realizados
Ampliar em 100% a oferta de serviços no horário estendido até 20h	100%	100%	100%	100%
Elaborar 100% do material educativo e disponibilizar material educativo sobre prevenção e promoção da saúde bucal.	100%	100%	100%	100%
Priorizar em 100% o atendimento aos grupos de risco (hiperdia, gestante, pacientes especiais, idosos e crianças)	100%	100%	100%	100%



Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Média de ação coletiva e ação dental supervisionada; ✓ Produção da cobertura de ações coletivas de escovação; ✓ Produção da cobertura da primeira consulta odontologica; ✓ Produção da cobertura de exames clínico do Câncer Bucal.	R\$ 4.024.000,00  Fonte: MS/SMSP	José Carlos Stocco da Silva Coord. de Odontologia

**3ª Diretriz** – Promoção da Atenção à Saúde Mental, seguida da adesão à assistência em Redes de Atenção a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Objetivo da diretriz: SAÚDE MENTAL

**CONSOLIDAR A REDE DE SAÚDE MENTAL EM PIRAQUARA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS**

Ações Estratégicas:

- Fortalecimento do processo de “Matriciamento” com supervisão clínica junto à Atenção Básica e às equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, para proporcionar assistência adequada aos portadores de transtornos mentais e usuários de Crack, Álcool e outras Drogas;
- Consolidação dos CAPS na função de regular e organizar as demandas e fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção em saúde mental no Sistema de informações das RAAS, BPAi , BPAc e Gil;
- Educação em Saúde Mental para todos os profissionais da saúde e população, através de cartilha com conteúdo programático relacionado às dificuldades, problemas e dúvidas ao atendimento da população com sofrimento mental e usuários de Crack, álcool e outras drogas;
- Elaboração de protocolo em saúde mental para estudo, pesquisa e rotina do atendimento;



- Implantação do Comitê Municipal de Saúde Mental, conforme decreto nº 4.088/13, que possibilitará a Saúde Mental; organização de uma Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, prevista na portaria nº 3.088 de 23/12/11;
- Promoção de cuidados em saúde mental, especialmente, aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, moradores de rua e populações indígenas);
- Promoção da reabilitação e integração na sociedade, das pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Construção do CAPS II, CAPS AD e CAPS I para atendimento de crianças e adolescentes;
- Estabelecimento de parceria com a Promotoria Pública para que se disponibilize leitos em Hospital Geral para internamento de pacientes mentais em estado de emergência, conforme legislação em vigor;
- Prevenção dos agravos e sequelas à saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas;
- Promoção de Educação Permanente aos profissionais da Saúde Mental;
- Construção de uma Residência Terapêutica;
- Fortalecimento do COMUSP para fiscalizar a qualidade e gastos no atendimento à Saúde Mental;
- Realização da Conferência em Saúde Mental e eventos relacionados;



**Quadro 68 – METAS – SAÚDE MENTAL**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Construir uma Unidade de CAPS II/TM.	-	1 construído	-	-
Construir uma Unidade de Acolhimento	-	-	1 construído	-
Construir uma Unidade de CAPS AD.	-	1 construído	-	-
Construir uma Unidade de CAPS I (infante – juvenil).	-	1 construído	-	-
Realizar uma habilitação/requalificação e implantação do CAPS I (infante – juvenil).	-	1 habilitado	-	-
Estimular em 100% a participação da família em Saúde Mental.	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada
Implantar um comitê Municipal de Saúde Mental.	1 implantado	-	-	-
Implantar quatro leitos em Hospital Geral destinados a internamento de paciente para a Saúde Mental	4 Leitos implantados	-	-	-
Fortalecer em 100% a RAPS – rede de atenção Psicossocial	100% participação fortalecida	100% participação fortalecida	100% participação fortalecida	100% participação fortalecida
Fortalecer em 100% o Matriciamento na Atenção básica	100% participação fortalecida	100% participação fortalecida	100% participação fortalecida	100% Participação fortalecida
Promover em 100% o Matriciamento nas RAPS (secretarias de assistência social, educação, hospital Geral, Ministérios Público e demais órgãos afins)	100% Matriciamento promovido	100% matriciamento promovido	100% matriciamento promovido	100% Matriciamento promovido
Implantar uma equipe específica	1	-	-	-



para realizar o apoio matricial	Equipe implantada			
Implantar um serviço de Residência Terapêutica	-	-	1 Serviço implantado	-
Implantar um serviço de Unidade de acolhimento infanto-juvenil	-	-	1 Serviço implantado	-
Implantar uma cooperativa dos usuários de saúde mental	1 Cooperativa implantada	-	-	-
Implantar um serviço de Unidade de acolhimento adulto	-	-	1 serviço implantado	-
Realizar anualmente quatro capacitações para os profissionais de Saúde Mental e outros setores da saúde.	4 Capacitações realizadas	4 Capacitações realizadas	4 Capacitações realizadas	4 Capacitações realizadas
Realizar uma Conferência Municipal de Saúde Mental	-	1 Conferência Realizada	-	-
Adquirir equipamentos e material permanente para o CAPS AD, CESME, CAPS II, conforme lista nº 1 anexa.	-	-	-	-
Realizar o encontro municipal da saúde Mental em 8 de Outubro – Dia Mundial da Saúde Mental	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado
Realizar anualmente uma pesquisa de satisfação dos usuários de saúde mental.	1 Pesquisa realizada	1 Pesquisa realizada	1 Pesquisa realizada	1 Pesquisa realizada



Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Relatório final da Conferência de Saúde em Piraquara - 2011;</li><li>✓ Sistema Estadual de Informação em Saúde;</li><li>✓ Relatório de Gestão 2012 - SMSP;</li><li>✓ Sistema Municipal de Informação em Saúde;</li><li>✓ Sistema de Faturamento RAAS, BPAC e BPAI;</li><li>✓ Análise documental dos Serviços de Saúde Mental;</li><li>✓ Dados administrativos dos Serviços de Saúde Mental.</li></ul>	<p>R\$ 5.280.000,00 Fonte: MS/SESA/SMSP</p>	<p>Gerbas Custódio Gerente de Atenção em Saúde</p> <p>Jamile Ribas Bos Coord. de Saúde Mental</p> <p>Cristiane Body Toth Coord. do Cesme</p> <p>Fernanda Naiara Gans Coord. do Caps AD</p> <p>Leia Hidemi Noguti Coord. CAPS II</p>

**4ª. Diretriz** – Garantir o acesso da população aos medicamentos da Atenção Básica conforme RENAME (Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica) - Bloco da Assistência farmacêutica.

Objetivo da diretriz: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**FORTALECER A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM FOCO NA OFERTA DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA BÁSICA, COM REVISÃO SISTEMÁTICA DE SEUS ITENS.**

Ações Estratégicas:

Elaboração de normas e procedimentos nas diversas etapas da Assistência Farmacêutica para otimizar o processo de programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos; monitoramento das unidades para preservar e garantir a qualidade dos medicamentos e insumos;

- Implantação da assistência farmacêutica vinculada aos CAPS e residência terapêutica, utilizando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de forma pactuada entre a gestão;





- Adequação da Central de Abastecimento Farmacêutico para preservar a estocagem e distribuição;
- Garantia do recebimento das receitas médicas originadas de outros serviços conveniados à rede SUS municipal e hospitais de referência, com base na padronização do município e no elenco pactuado na portaria MS/GM 2.982 de 26/11/09;
- Implantação da Assistência Farmacêutica 24H na UPA 24H ;

**Quadro 69 – METAS – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Publicar a REMUME	1 REMUNE Publicada	-	-	-
Realizar oito capacitações para os recursos humanos da Farmácia e Dispensários.	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas
Implantar e manter um sistema informatizado integrando a farmácia com a rede de saúde	1 Sistema implantado	serviço mantido	serviço mantido	serviço mantido
Adequar a estrutura física de 100% dos locais de armazenamento de medicamentos e atendimento.	100% adequados	100% adequados	100% adequados	100% adequados
Elaborar normas e procedimentos para otimizar o processo de trabalho	Ação contínua	Ação contínua	Ação contínua	Ação contínua
Compor e manter a Comissão Farmacoterapêutica.	1 comissão composta	serviço mantido	serviço mantido	serviço mantido
Manter um funcionário fixo pelos dispensários em todas as unidades.	1 Funcionário mantido	1 Funcionário mantido	1 Funcionário mantido	1 Funcionário mantido
Elaborar o Protocolo de Atendimento e Armazenamento da Farmácia Central.	1 Protocolo elaborado	-	-	-
Vinculação de dois profissionais farmacêuticos no NASF.	1 profissional vinculado	1 profissional vinculado	-	-



Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Relatórios da Farmácia Central	R\$ 2.115.292,74	Juliana Okagima Coord. Farmácia
✓ Análise da Comissão farmacoterapêutica	MS/SESA/SMSP PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013.	
✓ Relatório das Demandas das UBS		

**5ª. Diretriz** – Assegurar a execução das ações de vigilância em saúde e a integração das equipes da Vigilância Epidemiológica e Sanitária com as equipes de Saúde da Família na atenção à vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, bem como às emergências; e que juntas fortaleçam a promoção da saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental e da Saúde do Trabalhador.

Objetivo da diretriz: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**REDUZIR OS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, ATRAVÉS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE.**

Ações Estratégicas:

- Capacitação anual dos profissionais das UBS para ações da Vigilância Epidemiológica;
- Diminuição da mortalidade infantil e materna com o fortalecimento da atenção básica e Pré-natal de qualidade;
- Monitoramento dos nascidos vivos e óbitos infantis e maternos dos residentes em Piraquara;
- Análise e divulgação das informações referentes aos óbitos infantis e maternos;
- Incremento da busca de sintomáticos respiratórios (SR) visando o diagnóstico precoce da tuberculose;
- Promoção de ações educativas para alertar a população e os profissionais de saúde da importância da busca de SR e tratamento precoce da tuberculose;
- Manutenção do Centro de Especialidades Dr. Germano Traple como referência ao tratamento dos portadores de Hanseníase;



- Manutenção das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento preconizado efetivo, promoção do auto cuidado e prevenção de incapacidades físicas;
- Manutenção da atualização do SINAN;
- Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde;
- Manutenção da supervisão das salas de vacinação das Unidades de Saúde;
- Implementação das atividades de busca ativa dos faltosos;
- Coordenação de Campanhas de Vacinação;
- Capacitação das equipes da APS em sala de vacinação e rede de frio.

**Quadro 70 – METAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Identificar 100% dos recém-nascidos com risco de morbimortalidade infantil e indicar o acompanhamento prioritário para essa população.	100% identificados	100% identificados	100% identificados	100% identificados
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DN).	100% D.N Captadas	100% D.N Captadas	100% D.N Captadas	100% D.N Captadas
Captar 100% das Declarações de Óbito (DO), inserindo os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	100% D.O Inseridas no SIM	100% D.O Inseridas no SIM	100% D.O Inseridas no SIM	100% D.O Inseridas no SIM
Investigar 100% dos óbitos Maternos, Infantil < de 1 ano e Fetal.	100% dos óbitos investigados	100% dos óbitos investigados	100% dos óbitos investigados	100% dos óbitos investigados
Distribuir e controlar 100% das Declarações de Óbito (DO) nos estabelecimentos de saúde.	100% D.O distribuídas nas unidades de saúde	100% D.O distribuídas nas unidades de saúde	100% D.O distribuídas nas unidades de saúde	100% D.O distribuídas nas unidades de saúde
Realizar uma campanha anual de mobilização e sensibilização para busca de sintomático respiratório em todo município.	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada



Manter em 100% atualizado o livro registro de sintomáticos respiratórios nas Unidades de Saúde, com supervisões regulares.	100% do livro de registro atualizado	100% do livro de registro atualizado	100% do livro de registro atualizado	100% do livro de registro atualizado
Realizar uma capacitação anual de atualização em Tuberculose para os profissionais da APS.	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada
Manter em 100% o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 100% dos pacientes com Tuberculose.	100% TDO mantido	100% TDO mantido	100% TDO mantido	100% TDO mantido
Realizar busca ativa em 100% dos contatos dos pacientes com Tuberculose realizando exames clínicos, PT (prova tuberculínica) e raio X.	100% da busca ativa nos pacientes realizada	100% da busca ativa nos pacientes realizada	100% da busca ativa nos pacientes realizada	100% da busca ativa nos pacientes realizada
Manter um Centro de Especialidades Germano Traple como referência.	1 Centro Mantido	1 Centro Mantido	1 Centro Mantido	1 Centro Mantido
Realizar busca ativa e vigilância dos contatos, com realização de exame dermatoneurológico e imunização com BCG, em 100% dos casos novos.	100% da busca ativa realizada	100% da busca ativa realizada	100% da busca ativa realizada	100% da busca ativa realizada
Realizar anualmente uma capacitação de acompanhamento dos pacientes com Hanseníase para os profissionais da APS.	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada
Cadastrar e manter em 100% os pacientes no SINAN, atualizando-o mensalmente.	100% cadastrado e atualizado	100% cadastrado e atualizado	100% cadastrado e atualizado	100% cadastrado e atualizado
Realizar uma capacitação anual para os profissionais da APS e Vigilância Epidemiológica, com foco nos agravos de Notificação	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada



Compulsória.				
Realizar em 100% investigação nas incidências de surtos.	100% casos de surtos investigados	100% casos de surtos investigados	100% casos de surtos investigados	100% casos de surtos investigados
Vacinar, conforme pactuação, minimamente 95% das crianças < de 1 ano de idade com esquema básico do calendário vacinal.	95% crianças < 1 ano vacinadas	95% crianças < 1 ano vacinadas	95% crianças < 1 ano vacinadas	95% crianças < 1 ano vacinadas
Vacinar 80% da população prioritária com vacina antigripal.	80% vacinadas	80% vacinadas	80% vacinadas	80% vacinadas
Vacinar no mínimo 95% das crianças menores de cinco anos na Campanha Nacional contra Paralisia Infantil, com a vacina oral poliomielite.	95% vacinadas	95% vacinadas	95% vacinadas	95% vacinadas
Investigar, avaliar e orientar condutas em 100% dos casos de eventos adversos notificados.	100% investigado	100% investigado	100% investigado	100% investigado
Supervisionar 100% das salas de vacinação das Unidades de Saúde.	100% supervisionado	100% supervisionado	100% supervisionado	100% supervisionado
Realizar uma capacitação anual de atualização nas salas de vacinação e rede de frio para os profissionais da APS.	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada	1 Capacitação realizada

<b>Indicadores</b>	<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Responsável</b>
✓ SIM ✓ SINASC ✓ SINAN ✓ PNI	R\$ 1.340.000,00 Fonte: MS	Andrea Rech Coord. Vig Epidemiológica



Objetivo da diretriz: CENTRO DE ESPECIALIDADES GERMANO TRAPLE

**ESTRUTURAR E FORTALECER O CENTRO ESPECIALIZADO COM FOCO NA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DOS AGRAVOS DA SAÚDE POR HANSENIASE, PROPORCIONANDO AOS USUÁRIOS MELHOR QUALIDADE DE VIDA.**

Ações Estratégicas:

- Implantar política de capacitação e/ou treinamento das equipes de saúde do município sobre hanseníase, neuropatias periféricas e insuficiências vasculares;
- Mapear a situação epidemiológica da hanseníase, neuropatias periféricas e insuficiências vasculares no município;
- Efetivar o processo de trabalho no acompanhamento dos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase;
- Elaborar protocolo de tratamento das neuropatias periféricas e insuficiências vasculares;
- Alimentar o sistema de informação dos procedimentos/produção de média complexidade realizados no centro, junto ao faturamento do Ministério da Saúde;
- Readequar a estrutura física do prédio em conformidade com a legislação sanitária vigente;
- Ampliar a equipe técnica e formação continuada dos profissionais do serviço;
- Padronizar a aquisição de materiais para a realização curativos e técnicas de prevenção de incapacidade;
- Pactuar com as especialidades médicas para o tratamento de complicações da hanseníase;
- Elaborar e implantar o protocolo para atendimento do serviço;
- Implantar sistema informatizado na unidade;
- Elaborar e distribuir material de comunicação visual com informações sobre hanseníase e feridas;
- Levantar dados da história da hanseníase no município;
- Fortalecer as relações do serviço com entidades do terceiro setor.



**Quadro 71 – METAS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES GERMANO TRAPLE**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Treinar 100% das dezessete equipes de saúde do município	50% Treinados	60% Treinados	80% Treinados	100% Treinados
Realizar sete Campanhas Educativas.	1 Campanha realizada	2 Campanha realizada	2 Campanha realizada	2 Campanha realizada
Mapear 100% dos agravos de hanseníase, neuropatias periféricas e insuficiências vasculares.	50% mapeado	60% mapeado	80% mapeado	100% mapeado
Efetivar 100% de acompanhamento nos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase.	100% Efetivado	100% Efetivado	100% Efetivado	100% Efetivado
Construir uma nova sede do centro especializado, com aquisição de mobiliário e equipamento permanente.	-	1 Sede construída	-	-
Adquirir um veículo tipo utilitário 16 lugares.	-	-	1 Veículo adquirido	-
Coletar, formatar e tabular as informações para construção da história da hanseníase do município de Piraquara.	-	100% Realizado	100% Realizado	100% Realizado
Registrar 100% dos procedimentos/produção de média complexidade realizados no centro, no sistema de informação da SMSP e Ministério da Saúde.	100% Realizado	100% Realizado	100% Realizado	100% Realizado
Elaborar um protocolo de tratamento das neuropatias periféricas e insuficiências vasculares.	-	1 Protocolo elaborado	-	-
Completar e capacitar uma equipe de saúde	100% completa	100% completa	100% completa	100% completa
Adquirir e padronizar materiais para realização de curativos e técnicas de prevenção de incapacidade.	100% material adquiridos	100% material adquiridos	100% material adquiridos	100% material adquiridos
Pactuar em 100% os serviços de referências especializados para garantir a continuidade	100% Pactuado	100% Pactuado	100% Pactuado	100% Pactuado



do tratamento de complicações da hanseníase.				
Elaborar e implantar um protocolo de atendimento do serviço.	1 Elaborado E implantado	-	-	-
Equipar e informatizar a unidade de saúde, para gerenciamento interno.	100% equipado e informatizado	-	-	-
Elaborar e distribuir em 100% de material de comunicação visual com informações sobre hanseníase e feridas.	100% elaborado distribuído	100% elaborado distribuído	100% elaborado distribuído	100% elaborado distribuído
Fortalecer em 100% a comunicação do serviço com entidades do terceiro setor.	100% fortalecidos	100% fortalecidos	100% fortalecidos	100% fortalecidos

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ SINAN ✓ VEM ✓ GIL ✓ Sistema de informação da SMSP	R\$ 500.000,00 Fonte: MS/SMSP	Josiane Choré Ferreira Coord. do Serviço

Objetivo da diretriz: SAE – Serviço Ambulatorial Especializado / CTA – Centro de Testagem e Acompanhamento.

**CONSOLIDAÇÃO DO SERVIÇO COM A PROMOÇÃO DO ACESSO UNIVERSAL AO DIAGNÓSTICO E À PREVENÇÃO DO HIV E DAS DEMAIS DST COM ÊNFASE NA INTEGRALIDADE E NO CUIDADO.**

Ações estratégicas:

- Confeção de materiais educativos (folders, cartazes) relacionados à temática;
- Descentralização da testagem rápida para as UBS – Rede Cegonha/Mãe Paranaense;
- Divulgação das ações realizadas pela equipe do SAE/CTA;
- Aquisição de insumos: preservativos masculinos e femininos;
- Disponibilização dos insumos nas UBS, CAPS, CESME e demais órgãos públicos;
- Participação da equipe do SAE/CTA em eventos de capacitação (seminários, congressos, cursos, reuniões) sobre a temática;





- Ampliação da testagem rápida para populações mais vulneráveis: profissionais do sexo, usuários de drogas, estudantes e profissionais de saúde;
- Aquisição de mobiliários necessários ao funcionamento adequado do SAE/CTA;
- Obtenção de insumos/equipamentos de laboratório para melhorar a estrutura de testagem e análise para as pessoas atendidas no SAE/CTA;
- Melhoras as instalações físicas do SAE/CTA.
- Descentralização das ações de testagem rápida para gestantes e parceiros;
- Aperfeiçoamento das ações de prevenção para a população em geral – Campanhas;
- Ampliação e distribuição de insumos de prevenção: preservativos masculinos, femininos, gel de relação, folderes informativos;
- Capacitação da equipe do SAE/CTA nos assuntos relacionados à temática e às diretrizes do SUS;
- Priorização no atendimento às gestantes com sorologias reagentes – HIV, Sífilis, Hepatites B e C;
- Implantação do serviço de dispensação de medicamentos para tratamento das PVHIV+;
- Viabilização do atendimento em horários ampliados e/ou alternativos – aumento da acessibilidade.

**Quadro 72 – METAS DO SAE – SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO / CTA – CENTRO DE TESTAGEM E ACOMPANHAMENTO.**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Confeccionar e distribuir 20.000 folderes educativos a cada ano.	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas
Adquirir e distribuir por ano 20.000 unidades de preservativos masculino 52 mm.	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas	20.000 Unidades distribuidas
Adquirir e distribuir durante o ano 5.000 unidades de preservativos feminino.	5.000 Unidades distribuidas	5.000 Unidades distribuidas	5.000 Unidades distribuidas	5.000 Unidades distribuidas
Descentralizar a testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatites B e C nas 09 UBS,	02 UBS descentralizada	05 UBS descentralizada	02 UBS descentralizada	-



com priorização as gestantes.				
Adquirir 100% dos medicamentos para tratamento dos portadores de DST.	100% medicamentos adquiridos	100% medicamentos adquiridos	100% medicamentos adquiridos	100% medicamentos adquiridos
Disponibilizar insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e gel de relação) nas nove unidades de saúde.	09 UBS atendidas	09 UBS atendidas	09 UBS atendidas	09 UBS atendidas
Participar por ano em 4 congressos, seminários, eventos, reuniões e afins.	04 Congressos frequentados	04 Congressos frequentados	04 Congressos frequentados	04 Congressos frequentados
Implementar nove atividades de testagem rápida para as populações mais vulneráveis: estudantes, profissionais do sexo, terceira idade, usuários de drogas, com ações extramuros e com horários alternativos.	-	03 Atividades Implementadas	03 Atividades Implementadas	03 Atividades Implementadas
Alugar um novo local de instalações do SAE/CTA para melhor atender a população.	01 alugado	-	-	-
Adquirir 100% dos mobiliários necessário ao bom funcionamento do SAE/CTA.	20% adquirido	80% adquirido	-	-
Adquirir 100% dos equipamentos de laboratório para ampliação da testagem das PVHIV+.	-	100% Adquiridos	-	-
Divulgar 100% das ações do CTA nos veículos de comunicação.	100% Das ações divulgadas	100% Das ações divulgadas	100% Das ações divulgadas	100% Das ações divulgadas
Realizar oito campanhas educativas.	2 Campanhas realizadas	2 Campanhas realizadas	2 Campanhas realizadas	2 Campanhas realizadas



Realizar oito cursos de capacitação para equipe multiprofissional e outros trabalhadores de saúde.	2 capacitações	2 capacitações	2 capacitações	2 capacitações
Atender anualmente 100% das gestantes com sorologias reagentes.	100% das gestantes atendidas	100% das gestantes atendidas	100% das gestantes atendidas	100% das gestantes atendidas

<b>Indicadores</b>	<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Responsável</b>
✓ Relatórios SAE/CTA	R\$ 400.000,00 Fonte: MS/SMSP	Celma Gonçalves Coord. SAE/CTA

Objetivo da diretriz: NUPREVI

**CONTRIBUIR DE FORMA INTEGRADA E INTERSETORIAL PARA A REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA/ADOLESCENTE, MULHER, HOMEM E PESSOA IDOSA; PROMOVENDO AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Ações estratégicas:

- Promover treinamentos com cursos, palestras, oficinas e capacitações permanentes dos profissionais de toda a Rede de proteção, com temáticas específicas a prevenção da violência e a promoção da cultura de paz;
- Planejar e organizar as Redes locais em parceria com as Secretarias de Assistência Social, Educação, Cultura e Esporte, Conselho Tutelar e demais Instituições;
- Oferecer às vítimas e agressores o atendimento necessário para a superação das condições geradoras de violência, bem como as sequelas dela resultantes;
- Realizar anualmente o encontro Municipal da Rede de Proteção para avaliação das ações provenientes durante o ano;
- Elaborar e distribuir materiais didáticos específicos sobre violência.



**Quadro 73 – METAS DO NUPREVI – NUCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Divulgar no site da prefeitura e em outros veículos de comunicação 100% das ações realizadas pelo Nuprevi.	100% das ações divulgadas	100% das ações divulgadas	100% das ações divulgadas	100% das ações divulgadas
Estimular a participação dos pais/comunidades e demais Instituições nas atividades propostas pelo Nuprevi.	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada
Elaborar e distribuir material educativo sobre as várias formas de violência e os órgãos competentes para encaminhamento das mesmas.	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído
Realizar mensalmente reunião com as 09 Redes Locais, para discussão e encaminhamentos de casos notificados.	100% realizado	100% realizado	100% realizado	100% realizado
Realizar anualmente um Encontro Municipal da Rede de Proteção.	1 realizado	1 realizado	1 realizado	1 realizado
Adquirir equipamento e material permanente para desenvolver as ações do Nuprevi.	1 Veículo; 1 Notebook; 1 Tela de projeção; 1 máquina fotográfica;	1 Notebook; 1 arquivo; 1 Data show;	2 armário	



Notificar 100% dos casos de suspeita das várias formas de violência em todas as Instituições ligadas a Rede de Proteção.	100% dos casos notificados	100% dos casos notificados	100% dos casos notificados	100% dos casos notificados
Manter fluxo de notificações conforme Protocolo de Atendimento às pessoas em Situação de Violência do Município de Piraquara.	100% da demanda notificada	100% da demanda notificada	100% da demanda notificada	100% da demanda notificada

<b>Indicadores</b>	<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Responsável</b>
✓ Dados da Rede de Proteção ✓ Relatório da Infância, Adolescência e Direitos – Livros de Dados do Paraná. ✓ SINAN ✓ Sistema de informação município. ✓ IBGE	R\$ 180.000,00 Fonte: MS	Rosangela Isolina Scremin Coord. NUPREVI

Objetivo da diretriz: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**REDUZIR OS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, ATRAVÉS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE.**

Ações estratégicas:

- Criação de equipe específica para a função fiscalizadora;
- Definição das ações a serem executadas pela equipe específica de fiscalização, com publicação oficial e emissão de carteira funcional;
- Implementação das ações de rotinas;



- Inspeção semestral das unidades de saúde do município, com elaboração de laudo ergonômico;
- Realização anual de inspeções em unidades comerciais;
- Manutenção das inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- Monitoramento da qualidade da água consumida nas escolas e creches do município, realizando inspeção sanitária e coletando amostras de água mensalmente, ou quando houver necessidade;
- Atualização permanente dos cadastros dos estabelecimentos acompanhados pela VISA;
- Adequação da estrutura física e logística da VISA, compatível com as atividades e o quantitativo de técnicos, otimizando as ações;
- Fortalecimento da presença da VISA em estabelecimentos que funcionam apenas em horário noturno, a fim de promover ambientes livre do fumo, entre outras atividades.

**Quadro 74 – METAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Definir uma equipe com a função fiscalizatória e abertura de processo.	01 Equipe definida	-	-	-
Atualizar em 100% a Legislação Municipal em VISA.	100% da legislação atualizada	100% da legislação atualizada	100% da legislação atualizada	100% da legislação atualizada
Elaborar um Código Sanitário ou instrumento legal similar.	1 código elaborado	-	-	-
Estruturar o serviço de atendimento a denúncias e reclamação.	1 serviço estruturado	-	-	-
Instalar a VISA em espaço físico adequado.	1 espaço adequado	-	-	-
Manter um cadastro 100% atualizado da vigilância sanitária com	100% cadastros atualizados	100% cadastros atualizados	100% cadastros atualizados	100% cadastros atualizados



informação do universo de Empresas e estabelecimentos de Saúde.				
Disponibilizar canais de comunicação para a Vigilância Sanitária.	100% dos canais disponibilizados	100% dos canais disponibilizados	100% dos canais disponibilizados	100% dos canais disponibilizados
Manter 100% dos sistemas de informação alimentados e atualizados.	100% dos sistemas alimentados e atualizados	100% dos sistemas alimentados e atualizados	100% dos sistemas alimentados e atualizados	100% dos sistemas alimentados e atualizados
Elaborar e revisar em 100% as normas de padronização de procedimentos administrativos e fiscais.	80% de normas elaboradas e revisadas	100% de normas elaboradas e revisadas	100% de normas elaboradas e revisadas	100% de normas elaboradas e revisadas
Realizar oito cursos de capacitação.	2 capacitações realizadas	2 capacitações realizadas	2 capacitações realizadas	2 capacitações realizadas
Realizar 100% das inspeções sanitária em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária, em caráter suplementar ou complementar em conjunto com a Regional de Saúde.	100% de inspeções das ações em conjuntos	100% de inspeções das ações em conjuntos	100% de inspeções das ações em conjuntos	100% de inspeções das ações em conjuntos
Implementar um plano de amostragem da VISA.	1 plano implementado	-	-	-

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ SIMVISA	R\$ 2.800.000,00 Fonte: MS/SMSP	Jairo Queiroz Coord. VISA



Objetivo da diretriz: VIGILÂNCIA AMBIENTAL

**REDUZIR OS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, ATRAVÉS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE COM INTERAÇÃO DO MEIO AMBIENTE.**

Ações estratégicas:

- Manter cadastro atualizado dos estabelecimentos que possam interferir no meio ambiente, monitorando através dos Programas do VIGIAGUA e VIGISOLO;
- Enviar amostras para análise no Laboratório Central do Estado de animais causadores ou não de agressões e que foram mortos ou encontrados mortos ou morreram com sintomatologia neurológica (cabeça de cães/gatos e corpo inteiro de animais silvestres e morcegos);
- Monitorar os resíduos de serviços de saúde;
- Implantar o Programa de Geoprocessamento em Saúde;
- Implantar ações conjuntas com outros setores e secretarias;
- Reduzir os casos de acidentes de animais peçonhentos;
- Adequar os locais de trabalho dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias nas unidades de saúde;
- Estimular a posse responsável de animais;
- Controlar a população de cães e gatos, através do cadastro de animais para castração e divulgar o serviço;
- Aquisição de material didático para os profissionais que promovem palestras educativas em escolas, centros de saúde, etc.;
- Promover ações intersetoriais para o controle de roedores em áreas de maior risco de contrair a leptospirose;
- Intensificar as ações de educação ambiental, em conjunto com outras secretarias, para as comunidades em áreas de risco;
- Garantir a vacinação animal fora das campanhas, estabelecendo unidade de referência nas localidades de maior vulnerabilidade;
- Garantir um quantitativo mínimo de Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias.





**Quadro 75 – METAS DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Atingir 100% de cobertura do Programa de Saúde Ambiental – PSA.	30% do programa ampliado	50% do programa ampliado	80% do programa ampliado	100% do programa ampliado
Manter 100% de ações intersetoriais.	100% das ações mantidas	100% das ações mantidas	100% das ações mantidas	100% das ações mantidas
Adquirir um espaço físico adequado para atividades de Vigilância Ambiental.	1 espaço físico Adquirido	-	-	-
Implantar um Comitê de Controle da Dengue no município e efetivar as ações do Plano de Ação de Controle da Dengue.	1 comitê implantado			
Disponibilizar um profissional habilitado para realizar análise de água e atendimento de reclamações de esgoto.	1 profissional disponibilizado	-	-	-
Adquirir um sistema de informação.	1 sistema adquirido			
Implantar 100% das ações do Plano Municipal de Contingência de combate a Dengue	100% das ações implantadas	-	-	-
Enviar 100% das Amostras para análise Laboratorial.	100% das amostras enviadas	100% das amostras enviadas	100% das amostras enviadas	100% das amostras enviadas
Estruturar um setor de atendimento às denúncias e reclamações.	1 Setor estruturado			
Implantar um Programa de Posse Responsável de animais.	-	1 programa implantado	-	-



Realizar oito capacitações e educação permanente da equipe de vigilância Ambiental.	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas
---	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Relatórios VIGIÁGUA ✓ Relatórios Dengue ✓ Relatórios Saúde Ambiental	R\$ 180.000,00 Fonte: MS	Cleonice Machado Coord .Saúde Ambiental

Objetivo da diretriz: SAÚDE DO TRABALHADOR

**REDUZIR OS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR, ATRAVÉS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE.**

Ações estratégicas:

- Definir fluxo de encaminhamento de documentos;
- Cadastrar e mapear as empresas existentes no Município;
- Promover discussões sobre a saúde do trabalhador no COMUSP;
- Articular e fortalecer as relações intersetoriais;
- Capacitar profissionais de Saúde da rede de APS para notificar as intercorrências no trabalho da população adscrita na UBS com o correto uso da ficha de CAT;
- Investigar os casos notificados de acidentes e doenças profissionais;
- Definir as Unidades de Notificação Sentinela;
- Realização de um estudo do perfil epidemiológico e construção do mapa de risco da saúde do trabalhador do município;
- Monitoramento da rede de referência e contra-referência para diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção social dos trabalhadores vítimas de agravos relacionados ao trabalho;
- Implantar CEREST;
- Realizar ações conjuntas com a Secretaria de Meio Ambiente sobre as condições de trabalho dos catadores;



- Capacitação dos trabalhadores de saúde, visando a sensibilização dos profissionais para a qualidade de vida no ambiente de trabalho, valorizando a humanização das relações interpessoais nas Unidades de Saúde;
- Realizar ações de prevenção de acidentes com motociclistas profissionais;
- Implantar nas UBS a notificações do SINAN-NET;
- Melhorar o ambiente de trabalho dos servidores municipais, com garantia de uniformes e uso de EPIs.

#### Quadro 76 – METAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Efetivar a implantação de uma Seção de Saúde do Trabalhador.	1 seção efetivada e implantada	-	-	-
Realizar quatro capacitações para os servidores da rede de APS.	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada
Adquirir 100% dos equipamentos para avaliação do ambiente de trabalho.	100% equipamentos adquiridos	-	-	-
Inspecionar anualmente 100% dos estabelecimentos de médio e alto risco de acidentes no trabalho.	100% estabelecimentos inspecionados	100% estabelecimentos inspecionados	100% estabelecimentos inspecionados	100% estabelecimentos inspecionados
Instituir como Unidade Sentinela as UBS do Caiçara, Macedo e Central; Saúde Mental, e os Serviços de Fisioterapia.	50% das unidades instituídas	70% das unidades instituídas	100% das unidades instituídas	100% das unidades instituídas
Implantar a NR 32 – Segurança e Saúde no	100% dos	-	-	-



Trabalho em Serviços de Saúde.	serviços de saúde implantados			
Investigar 100% dos casos de óbitos e acidentes graves relacionados ao trabalho.	100% investigados	100% investigados	100% investigados	100% investigados
Instituir uma CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador junto ao COMUSP.	1 CIST instituída	-	-	-
Ampliar em 50% o Projeto Saúde dos Catadores.	20% do projeto ampliado	30% do projeto ampliado	50% do projeto ampliado	50% do projeto ampliado
Realizar anualmente 100% das ações conjuntas com a Secretaria de Meio Ambiente sobre as condições de trabalho dos catadores.	100% das ações conjuntas realizadas	100% das ações conjuntas realizadas	100% das ações conjuntas realizadas	100% das ações conjuntas realizadas
Implantar um Programa Saúde do Servidor.	1 programa implantado	-	-	-
Realizar duas ações por ano intersetoriais que visem afastar do ambiente de trabalho crianças ou adolescentes em situações consideradas ilegais e/ou de risco, implementando a rede social de apoio àqueles em situação de	2 ações realizadas	2 ações realizadas	2 ações realizadas	2 ações realizadas



vulnerabilidade social.				
Capacitar e implantar uma equipe de Ginástica laboral na Secretaria Municipal de Saúde.	1 equipe implantada			
Aumentar em 100% a Notificação/investigação de Acidentes e Doenças do Trabalho,	30% notificações investigadas	50% notificações investigadas	80% notificações investigadas	100% notificações investigadas
Implantar uma Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador.	-	1 rede implantada	1 rede mantida	1 rede mantida

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Número de casos notificados;		Ariela Kawakami Borja
✓ Dados da equipe de saúde setorial.	R\$ 480.000,00 Fonte: MS	Coord. Saúde do Trabalhador

**2º. Objetivo Estratégico:** Relacionado à média e alta complexidade – MAC e Rede de Urgência e Emergência.

**6ª. Diretriz** – Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade (atenção especializada) e implantar o processo de monitoramento e avaliação dos encaminhamentos conforme classificação de risco dos pacientes (Bloco da MAC)



Objetivo da diretriz: CESP

**GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.**

Ações Estratégicas:

- Contratação de profissionais para administração e área de enfermagem do Centro de Especialidades, bem como médicos especialistas em diferentes áreas;
- Construção de um Centro com estrutura física adequada para diversas especialidades, em conformidade com legislação sanitária vigente, e que atenda aos anseios dos profissionais de saúde e da população;

**Quadro 77 – METAS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DE PIRAQUARA**

Metas	2014	2015	2016	2017
Contratar dois profissionais médicos	-	1 Neurologista 1 Cardiologista	-	-
Contratar um profissional de nível superior	1 Fonoaudióloga	-	-	-
Contratar dois profissionais de nível médio	1 Tec Enfermagem 1 Tec Administrativo	-	-	-
Construção de um Centro de Especialidades	-	-	1 CESP Construído	-

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ Demanda reprimida do setor de marcação de consultas	R\$ 880.000,00	Maria Sabino Alves
✓ GIL	Fonte: MS/SMSP	Coord. CESP



**7ª. Diretriz** – Garantir o acesso da população aos serviços de Urgência e Emergência, articulando-os com a Rede de Urgência e Emergência que está sendo estruturada em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.

Objetivo da diretriz: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**IMPLANTAR E CONSOLIDAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE QUALIDADE NO MUNICÍPIO, COM FOCO NA BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, CONTRIBUINDO COM A RESOLUTIVIDADE E QUALIFICAÇÃO DA REDE NA PRODUÇÃO DE SAÚDE.**

Ações estratégicas:

- Garantir o acesso da população a serviços de qualidade;
- Implantar e garantir o funcionamento da UPA e SAMU nas 24 horas;
- Atender 100% das urgências e emergências do município;
- Implantar contra referência para acolhimento e classificação de risco na UPA24H;
- Garantir o atendimento das urgências clínicas, cirúrgicas adulta e pediátrica e odontológicas;
- Pactuação das ações junto ao Estado, principalmente no que se refere aos hospitais de referência, bem como seus leitos e a regulação;
- Implantação de comitê de urgência e emergência;
- Elaboração de material educativo sobre as funções da UPA e SAMU, bem como o serviço de remoção;
- Elaboração e implantação do protocolo do serviço de remoção;
- Aquisição de novos veículos para suprir as necessidades do serviço de remoção;
- Garantia de priorização nos consertos e manutenção dos veículos de remoção;
- Capacitação permanente dos profissionais vinculados aos serviços de remoção;
- Implantação de Base para ambulância no Bairro Guarituba;
- Aquisição de veículos e implantação de linha de ônibus inter-hospitais;
- Ampliação do quadro funcional na urgência e emergência, incluindo serviço de remoção;
- Aquisição de material e equipamentos permanentes para o bom desempenho dos serviços de urgência e emergência;
- Destinação de técnicos de enfermagem para o serviço de remoção.

**Quadro 78 – METAS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Implantar o dispositivo, bem como o fortalecimento da contra referência para acompanhamento de acolhimento com classificação de risco em 100% das unidades de atenção básica.	100% das unidades implantadas	100% das unidades com dispositivo fortalecido	100% das unidades com dispositivo fortalecido	100% das unidades com dispositivo fortalecido
<b>Monitoramento de 100% dos atendimentos de pacientes com quadros agudos de doença, assistidos em sua unidade de saúde.</b>	100% dos atendimentos monitorados	100% dos atendimentos monitorados	100% dos atendimentos monitorados	100% dos atendimentos monitorados
Garantir a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas adulta e pediátrica e odontológicas.	100% do atendimento garantido	100% do atendimento garantido	100% do atendimento garantido	100% do atendimento garantido
Pactuar com a SESA sobre a integração da regulação de leitos e SAMU.	1 pactuação realizada	-	-	-
Elaborar um Protocolo sobre urgência e emergência.	1 Protocolo elaborado	-	-	-
Implantar um Comitê de Urgência e Emergência em Piraquara.	1 Comitê implantado	-	-	-
Realizar quatro campanhas educativas sobre a função do SAMU e da UPA.	1 campanha realizada	1 campanha realizada	1 campanha realizada	1 campanha realizada
Realizar quatro campanhas de conscientização da população para uso adequado do serviço de remoção.	1 campanha realizada	1 campanha realizada	1 campanha realizada	1 campanha realizada
Elaborar um protocolo do serviço de remoção	1 protocolo realizado	-	-	-
Adquirir quinze veículos para o	1 van	1 ambulância	1 van	1 ambulância





serviço de remoção.	ambulância 1 van 16 lugares 2 Vans 1 van com elevador	1 veículo convencional 1 van	ambulância 1 veículo convencional 1 van	1 van 16 lugares 2 vans
Contratar uma oficina mecânica com priorização do serviço de remoção.	1 oficina contratada	1 oficina contratada	1 oficina contratada	1 oficina contratada
Realizar quatro capacitações aos motoristas e demais funcionários, sobre a temática em urgência e emergência.	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada	1 capacitação realizada
Implantar uma Base do serviço de remoção no Bairro Guarituba.	1 base implantada	-	-	-
Adquirir um ônibus e implantar uma linha Inter hospitais para Curitiba e regiões metropolitanas.	-	1 ônibus adquirido	-	-
Contratar um servidor para o serviço de remoção.	1 Servidor contratado	-	-	-
Adquirir material permanente e equipamentos para o SAMU e Central de Ambulâncias, conforme lista nº.2 anexa.		-	-	-
Contratar três técnicos de enfermagem para as ambulâncias.	3 técnicos de enfermagem contratados	-	-	-

<b>Indicadores</b>		<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Responsável</b>
✓	Relatório do Serviço de Remoção	R\$ 6.280.000,00 Fonte: MS/SESA/SMSP	Susane Sanchez Coord. Urgência e Emergência
✓	Relatório da 11ª Conferência Municipal De Saúde		
✓	Nº de atendimentos dia no PS		
✓	FAE – SIA/SUS		



**3º. Objetivo Estratégico** : Relacionado à Gestão em Saúde.

**8ª. Diretriz** - Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão descentralizada e regionalizada, Gestão do Planejamento e da informação em saúde, Gestão do trabalho e da educação na saúde, e aperfeiçoamento e fortalecimento da Gestão Participativa e do Controle Social (Bloco Gestão do SUS).

Objetivo da diretriz: GESTÃO EM SAÚDE

**ESTIMULAR O GERENCIAMENTO PARTICIPATIVO, A COMUNICAÇÃO INTERNA E A RELAÇÃO INTERPESSOAL ENTRE OS QUADROS INSTITUCIONAIS; FORTALECER AS ATIVIDADES DE GESTÃO ESTRATÉGICA E DE PLANEJAMENTO DAS METAS E AÇÕES; ESTIMULAR O FATOR MOTIVACIONAL COMO CANALIZADOR DOS PROCESSOS DE EFICIÊNCIA E QUALIDADE; ESTABELEECER MELHOR CONTROLE DOS EQUIPAMENTOS TECNOLÓGICOS E MATERIAIS; VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS; DESENVOLVER E MODERNIZAR A ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DA SECRETARIA.**

Ações Estratégicas:

- Aprimorar a Central de Regulação para garantir os fluxos do Sistema Único de Saúde, consolidando a Unidade de Saúde como porta de entrada do sistema;
- Manter recursos financeiros disponibilizados no Fundo Municipal de Saúde;
- Manter estruturas das unidades de saúde com equipes multiprofissionais, equipamentos e insumos que garantam seu funcionamento;
- Apoiar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais;
- Participar das reuniões do CRESEMS, COSEMS Bipartite Regional e Estadual, bem como dos fóruns de discussão do Consórcio Metropolitano de Saúde;
- Atualizar, monitorar e cumprir as metas do pacto pela saúde e plano municipal de saúde;
- Manter e atualizar parcerias que visem a consolidação das diretrizes do SUS;
- Manter a estrutura e o funcionamento da rede municipal de saúde;
- Remunerar a rede credenciada ao Sistema Único de Saúde, conforme normativas legais;
- Estimular e participar do aperfeiçoamento de ações intersetoriais que visem a melhoria da qualidade de vida da população;



- Aprimorar a Gestão do Sistema Municipal de Saúde, visando melhor acesso e qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência voltadas para a população;
- Incorporar práticas do planejamento no cotidiano das ações desenvolvidas em todos os âmbitos da Secretaria de Saúde;
- Garantir o transporte social dentro do município para pacientes com necessidade de deslocamento aos serviços de saúde, conforme critérios estabelecidos;

#### Quadro 79 – METAS DA GESTÃO EM SAÚDE

Metas	2014	2015	2016	2017
Manter 100% da central de Regulação em funcionamento	100% mantido	100% mantido	100% mantido	100% mantido
Aplicar anualmente no mínimo 15% dos recursos municipais em saúde, conforme EC 29.	15% aplicado	15% aplicado	15% aplicado	15% aplicado
Manter atualizados 100% dos dados disponibilizados no SIOPS, conforme cronograma do Ministério da Saúde.	100% atualizados	100% atualizados	100% atualizados	100% atualizados
Realizar, a cada quatro meses, audiência pública para prestação de contas para o Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores e Sociedade Civil.	3 Audiências realizadas	3 Audiências realizadas	3 Audiências realizadas	3 Audiências realizadas
Adquirir, implantar e manter um sistema de informações.	1 Sistema implantado	1 Sistema mantido	1 Sistema mantido	1 Sistema mantido
Manter e aprimorar o sistema municipal de saúde.	Sistema mantido	Sistema mantido	Sistema mantido	Sistema mantido
Participar em 100% das reuniões com gestores Estaduais e Federais de interesse do município.	100% participação	100% participação	100% participação	100% participação
Manter 100% das pactuações estabelecidas com a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, aprovadas pelo Conselho	100% pactuado	100% pactuado	100% pactuado	100% pactuado



Municipal de Saúde.				
Manter e implantar 100% das parcerias e convênios encaminhados pelo Gestor e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.	100% implantado	100% implantado	100% implantado	100% implantado
Apresentar para aprovação do Conselho Municipal de Saúde 100% dos projetos encaminhados para o Ministério da Saúde.	100% Projetos encaminhados	100% Projetos encaminhados	100% Projetos encaminhados	100% Projetos encaminhados
Construção de uma nova sede para Secretaria Municipal de Saúde.	-	-	-	1 Sede Construída
Realizar duas oficinas por ano de capacitação em planejamento e programação.	2 Oficinas realizadas	2 Oficinas realizadas	2 Oficinas realizadas	2 Oficinas realizadas
Aquisição de dois veículos para transporte social de pacientes.	-	1 Veículo adquirido	1 Veículo adquirido	-
Realizar uma Licitação para prestador de Urgência/emergência	1 Licitação realizada	-	-	-
Controlar em 100% a qualidade dos serviços realizados pelos prestadores	100% Controlado	100% Controlado	100% Controlado	100% Controlado
Aumentar em 300% a oferta de exames de ultrassonografia para Obstetrícia.	100% Ofertado	100% Ofertado	100% Ofertado	-
Constituir uma equipe especializada para elaboração de Protocolos Clínicos.	1 Equipe constituída	-	-	-
Contratar cinco servidores para	5	-	-	-



melhor controlar e avaliar os serviços realizados pelos prestadores.	Servidores contratados			
--	------------------------	--	--	--

Indicadores	Recursos Financeiros	Responsável
✓ SIOPS ✓ Planilhas ✓ Contratos ✓ Convênios ✓ Central de regulação ✓ Relatórios ✓ Atas ✓ Contrato com prestadores ✓ Ouvidoria ✓ Auditoria ✓ Fila de espera para exames especializados ✓ Normas legais do SUS	R\$ 70.160.000,00 Fonte: MS/SESA/SMSP	Maristela Zanella Sec. Mun. Saúde

Objetivo da diretriz: APOIO INTEGRAL AO CONTROLE SOCIAL

**FORTALECIMENTO DAS INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Ações estratégicas:

- Fortalecer e equipar o Conselho Municipal de Saúde para exercer o controle social na fiscalização, deliberação e acompanhamento dos gastos públicos e na qualidade dos serviços de saúde prestados no município.
- Ampliar a participação popular através dos conselhos locais e comissões temáticas.
- Promover a educação popular na saúde, levando informações às entidades e munícipes a respeito dos serviços prestados pela SMS e pelas ações do Conselho com objetivo de construir uma consciência crítica.



- Reavaliar o orçamento com o viés de proporcionar maior autonomia ao Conselho para que ele acompanhe, junto ao gestor, os gastos em saúde.
- Implementar e manter a produção e divulgação de materiais instrucionais, educativos e de apoio ao controle social e gestão participativa no SUS.
- Estabelecer uma política de treinamento, incluindo cursos, palestras, oficinas e capacitações permanentes dos conselhos municipais e conselhos locais, com temáticas específicas da saúde e do controle social e suas determinantes e condicionantes.
- Planejar e organizar a conferência municipal e conferências locais, em parceria com o gestor, mas com total autonomia, inclusive orçamentária.
- Acompanhar as ações da Ouvidoria, dos indicadores, da resolutividade, do acesso e de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde implantado.
- Realizar anualmente o encontro municipal dos trabalhadores, conselheiros e gestores da saúde.
- Capacitar conselheiros municipais, locais, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de saúde para o exercício do controle social e da gestão participativa no SUS.

**Quadro 80 – METAS DE APOIO AO CONTROLE SOCIAL**

<b>Metas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Disponibilizar 100% as ações do Conselho Municipal de Saúde no site da prefeitura e em outros veículos de comunicação.	100% das ações disponibilizadas	100% das ações disponibilizadas	100% das ações disponibilizadas	100% das ações disponibilizadas
Estimular a participação da comunidade nas reuniões e atividades do Conselho.	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada	100% participação estimulada
Elaborar e distribuir material educativo sobre o papel do conselho e do controle social	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído	100% de material distribuído
Realizar duas capacitações por ano para os conselhos locais, municipal, e outros setores da saúde.	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas	2 Capacitações realizadas



Realizar uma Conferência Municipal de Saúde	-	1 Conferência realizada	-	-
Adquirir equipamento e material permanente para desenvolver as ações do conselho.	1 Mesa de reuniões; 25 Cadeiras; 1 Datashow; 1 Notebook; 1 Tela de projeção; 1 máquina fotográfica;	1 computador; 1 ar-condicionado; 2 mesas para computadores; 2 cadeiras; 1 arquivo;	1 carro; 1 armário;	-
Realizar anualmente um Encontro Municipal da Saúde	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado	1 Encontro realizado
Analisar e deliberar sobre as ações da Ouvidoria, e a satisfação dos usuários.	100% da demanda analisada	100% da demanda analisada	100% da demanda analisada	100% da demanda analisada
Indicadores		Recursos Financeiros		Responsável
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Relatório final da Conferência Municipal de Saúde 2011;</li> <li>✓ Relatório da Ouvidoria 2012 SMSP;</li> <li>✓ Relatório de gestão 2012 SMSP;</li> <li>✓ Sistema de Informação Municipal</li> </ul>		R\$ 60.000,00 Fonte: SMSP		Francisca B. da Silva Pres. do COMUSP

Cronograma	Recursos Financeiros	Fonte
Total quadriênio	<b>R\$ 130.799.292,70</b>	MS/SESA/SMSP
Média anual	<b>R\$ 32.699.823,17</b>	MS/SESA/SMSP
Média mensal	<b>R\$ 2.724,985,26</b>	MS/SESA/SMSP



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PLANO DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA –PR 2014 / 2017.

**Furtado**, J.P. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Barata**, R.B. Desigualdades Sociais e Saúde. In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, pp. 478-480, 2006.

**Andrade**, Barreto & Bezerra. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. . In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Carvalho**, S. R. & Cunha, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. . In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Campos**, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. . In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Rouquayrol**, M. Z. Contribuição da Epidemiologia. . In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Conill**, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Conill**, E. M. Ensaio histórico - conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. CSP-Cadernos de Saúde Pública, v 24 supl 1, 2008.

**Sobieray**, N. L. C. Mortalidade Materno-Infantil: Causas e Soluções. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 25(100), pp. 185-186 191-192, 2008.

**Paim**, J. S. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In: Campos, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fio Cruz, 2006.

**Mendes**, E. V. O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

**Silva**, G. F. B. e Silva. M. L. A Lei Complementar nº. 141/2012 e o Gestor Público da Saúde. Rio de Janeiro: Publicações Cosems, 2012.





**Brasil.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigos 196 a 200 e 227. São Paulo: Saraiva 2002.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção, nº. 32. Atenção do Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012..

\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e AIDS. Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita. Série Manuais nº. 62. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. -2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria nº 12006 do Município de Piraquara. Curitiba: Sead/Pr, 2012.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS Orientações Básicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS - Anexos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.



- \_. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças: A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Ministério da Saúde. PT/GM nº. 2.488/2011 de 21/10/2011.
- Ministério da Saúde. NOB/SUS/1996.
- Ministério da Saúde. PT/GM nº. 104/2011 de 25/01/2011.
- Ministério da Saúde. PT/MS/GM nº. 3.125/2010 de 07/10/2011.
- Ministério da Saúde. PT/MS/GM nº. 1.823/2012 de 23/08/2012, artigo 2º.
- Ministério da Saúde. PT/MS/GM nº. 336/2002 de 19/02/2002.
- Ministério da Saúde. PT/MS/GM nº. 3.088/2011 de 23/12/2011.
- Ministério da Saúde. PT/MS/GM nº. 204/2007 de 29/01/2007.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 6.437/1977 de 20/08/1977.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 8.080/1990 de 19/09/1990.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 10.216/2001 de 06/04/2001.
- Presidência da Republica, Decreto Lei nº. 7.508/2011 de 28/06/2011.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 8.142/1990 de 28/12/1990.
- Presidência da Republica, Decreto Lei nº. 4.726/2003 de 09/06/2003, artigo 28 incisos II e III.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 3.029/1999, de 16/04/1999, artigo 5.
- Conselho Nacional de Saúde, 12ª Conferência de Saúde de 07 a 11/12/2003: Criar ou fortalecer as Ouvidorias Públicas, Brasília 2003.
- Congresso Nacional, Projeto Legislativo nº. 3.086/2004 código do Consumidor, artigo 2º. Inciso VI.
- , Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Portaria nº. 8 de 25/05/2007.
- Presidência da Republica, Congresso Nacional, Lei nº. 9.782/1999 de 26/01/1999.
- , Presidência da Republica, Decreto Lei nº. 6.286/2007 de 05/12/2007.



- **Paraná**, Palácio do Governo do Paraná, Secretaria Estadual da Saúde, Lei nº. 13.331 de 23/11/2001.
- **Piraquara**, Prefeitura Municipal, Lei nº. 315/1997 de 04/07/1997.
- **Piraquara**, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde, Portaria nº. 7.704/2013.
- **Piraquara**. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Regulação e Auditoria. Auditoria nas UBS. Piraquara: SMS, 2013.
- **Piraquara**. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Contrato nº. 128/2010.
- **Marechal C. Rondon**. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Marechal Cândido Rondon-Pr 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

**Ipardes**. Caderno Estatístico Município de Piraquara Dezembro 2012. [www.ipardes.gov.pr](http://www.ipardes.gov.pr)

**Cosems** - PR. Instrumentos para a Gestão do SUS nos municípios: Plano Municipal de Saúde – PMS. Programação Anual de Saúde – PAS. Relatório Anual de Gestão – RAG. Curitiba: Cosems-PR, 2013.

**Rosa**. A. O Bairro Guarituba. Curitiba: Gazeta do Povo, 25/04/2013.

**Sites:**

[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

[www.ops.org.br](http://www.ops.org.br)

[www.ibege.gov.br](http://www.ibege.gov.br)

[www.ipardes.gov.br](http://www.ipardes.gov.br)

[www.ripsa.or.br](http://www.ripsa.or.br)

[www.saude.gov.br/saladesituracao](http://www.saude.gov.br/saladesituracao)

[www.imantunes.or.br](http://www.imantunes.or.br)

[www.fjp.gov.br](http://www.fjp.gov.br)

[www.inep.gov.br](http://www.inep.gov.br)

[http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final\\_12-12-20112.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf) acesso em 04/09/2013

<http://www.cpisp.org.br/indios/upload/editor/files/IndiosnaCidade.pdf>



Na reunião do Conselho Municipal de Saúde de Piraquara – COMUSP, em 20 de novembro de 2013, a equipe organizadora apresentou aos Conselheiros e usuários o Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017, houve debate com participação de todos os Conselheiros presentes, após a discussão foi colocado em votação, tendo sido aprovado por unanimidade, conforme ATA na pagina 256.



## **ANEXOS**

### **LISTA Nº 1 – MATERIAL PERMANENTE PARA A SAÚDE MENTAL**

#### **EM 2014**

- 1 Notebook
- 2 computadores
- 1 mesa para refeitório
- 1 capa impermeável para carro
- 1 Televisão
- 1 aparelho de DVD
- 1 rádio com Cd
- 1 Armário com chave p/ medicação
- 1 microondas
- 5 balcão com 2 portas
- 5 armários com 2 portas
- 3 computadores
- 3 ventiladores
- 1 telefone
- 30 colchonetes de corino
- 3 aquecedores
- 2 ventiladores
- 2 aquecedores
- 2 cadeiras giratórias
- 1 mesa com seis lugares
- 1 impressora
- 1 suporte para galão de água
- 1 telão para data show
- 1 radio MP3 com CD
- 1 televisão
- 1 antena para televisão
- 1 toldo para área externa
- 1 sofá 2 e 3 lugares
- 2 estantes para prontuário
- 1 mesa para impressora
- 1 armário com chave
- Material para jardinagem
- 2 capachos
- 10 cavaletes para pintura



2 jarra de suco 5 litros  
1 mesa média para cozinha  
1 chaleira  
2 panelas com tampa  
1 mesa escritório  
3 T – tomada  
2 extensões  
2 relógio de parede  
1 computador  
1 Notebook  
1 mesa de escritório  
3 cadeiras  
1 telefone  
1 armário com chave

**EM 2015**

1 carro 4 portas –

LISTA Nº 2 – MATERIAL PERMANENTE PARA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

**EM 2014**

2 computadores  
4 escrivaninhas  
6 cadeiras com rodízios e braços;  
1 impressora;  
1 geladeira;  
1 fogão;  
1 armário de pia com cuba inox;  
3 armários aéreos;  
1 microondas;  
1 bebedouro;  
1 mesa com dez cadeiras;  
3 poltronas de três lugares;  
4 camas;  
4 colchões;  
1 TV 42”;



- 1 mesa de centro;
- 2 armários;
- 2 arquivos;
- 4 criados mudos;
- 2 roupeiros;
- 1 lavadora de alta pressão;
- 4 prateleiras em aço, com seis divisórias
- 1 aspirador de pó com 800 w;
- 1 desfibrilador.



ATA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAQUARA DO DIA 20/11/2013

e aprovação da mesma.

Ata da Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde realizada dia treze de novembro de dois mil e treze na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde com primeira chamada às quatorze horas sem quorum, nova chamada às quatorze horas e vinte minutos, sem quorum a reunião foi encerrada às quatorze horas e vinte e um minutos.

Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Piraquara, realizada dia vinte de novembro de dois mil e treze, na Sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde. Presidente do Conselho Senhora Francisca inicia esta reunião às quatorze horas e sete minutos, dando boas vindas à todos os presentes e prepara todos para a ordem de apresentações. Secretário de Saúde Sra. Maísetela, apresenta os novos médicos do programa mais médicos, faz orientações de que é o Ministério da Saúde que determina qual unidade de Saúde estes médicos deverão atuar e que o município de Piraquara está seguindo os padrões estabelecidos por este. Representante do Conselho local do Elfrida Miguel Sr. Osmar, queixa-se da falta da população nas reuniões do conselho local e solicita suporte do Conselho municipal. Presidente Sra. Francisca orienta como organizar e realizar a convocação da população para participar de reuniões do conselho local. Conselheiro Élio propõe fazer reuniões com esta população para eleger





a mesa diretora, decidindo que esta reunião será realizada dia treze de dezembro. Secretário do Conselho, Gra. Teó realiza a leitura do ato da reunião ordinária anterior e Gra. Francisco solicita correção e informa que no ponto da apresentação SISPACTO 2013, retifico a parte que cita a senhora Nivera do Secretário de Saúde do Estado, que foi determinação do Ministério da Saúde não pactuar a Hanseníase pois este não considera mais a Hanseníase como problema de Saúde Pública e não determinação de Gra. Nivera. Após correção, o ato foi à votação e aprovada por unanimidade. Gra. Francisco passa a palavra para o Diretor de Gestão em Saúde Sr. Marcelo Moirini, que apresenta o Plano Municipal de Saúde, inicia sua exposição apresentando as diretrizes, objetivos e metas do plano 2014 à 2017, tendo como base Dados do IBGE 2010, dados municipais do ano de 2012 e do Ministério da Saúde, faz comparações com apresentações de análise situacional e finaliza com as conclusões, sendo elas, existência de baixo crescimento populacional, pouca qualidade em atendimentos de urgência/emergência, morosidade do nível secundário para atendimentos especializados, deficiência de recursos humanos assim como pouca capacitação destes, estrutura física das unidades de Saúde insatisfatória para a demanda, Fundo Municipal de Saúde que não é gerido pelo gestor de Saúde, facilidade do SUS para estabelecimento diagnósticos e massificação em replanejar o SUS municipal através de aumentar o número de unidades



das básicas de Saúde com o programa de Estratégia da família, implantar e inaugurar a unidade de pronto atendimento 24 horas ter um laboratório de Análise Clínica e o vídeo para exames de maior complexidade reforçam que o plano é dinâmico pois deve estar de acordo com a demanda populacional, informam ainda sobre melhorar o mecanismo de comunicação efetiva nos três níveis de complexidade, melhorar o programa de educação permanente, implantar o plano de Cargos Carreira e Salários para todos os servidores de Saúde dar eficiência de recursos humanos, técnicos e apoio logístico, com investimento financeiro compatível para a rede à se desenvolver. Esta apresentação foi realizada pelo Diretor Marcelo Morini, auditor Dr. Augusto Col e Coordenadora de regulação e auditoria Gra. Rosângela Valentin, estes informam que disponibilizarão o plano municipal de Saúde, por meio de via impressa e digitalizada, agradecem a atenção de todos. Gra. Francisca propõe pausa na reunião para o momento de confraternização. A reunião foi retomada às dezessis horas e vinte minutos com a presidente Gra. Francisca colocando para votação, que foi aprovada por unanimidade. Gra. Francisca propõe a data para aprovação do regimento interno para dia 08 de dezembro das quatorze horas às dezessis horas. Esta reunião finalizou-se às dezessete horas e vinte minutos, sem mais para o momento em Luís Nogueira lamo esta ata que será



46

assinada por mim e pelo presidente do conselho, após aprovação de plenária.