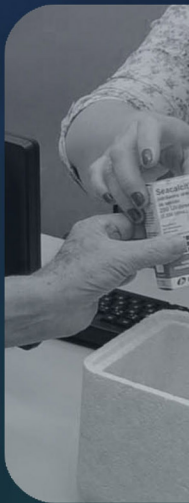
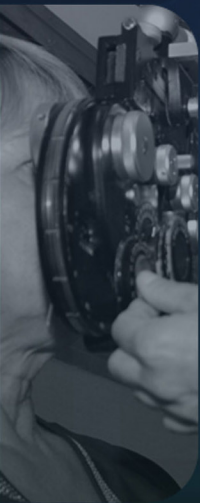


GOVERNO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE



PLANO ESTADUAL DE  
**SAÚDE**  
**PARANÁ**  
2012-2015



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE  
PARANÁ - 2012-2015**

**CURITIBA  
2013**

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

**Secretaria de Estado da Saúde**

Rua Piquiri, 170 – Rebouças

CEP: 80.230-140 (41)3330 - 4300

[www.saude.pr.gov](http://www.saude.pr.gov).

TIRAGEM: 1.500 exemplares

Catálogo na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

---

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015. – Curitiba:  
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013.  
220 p.

1. Plano Estadual de Saúde. 2. Saúde Pública – Paraná. 3. Gestão em saúde. 3. Políticas de saúde – Paraná. I. Título.

CDD: 614.98162

---

Beto Richa  
**Governador do Estado do Paraná**

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

René José Moreira dos Santos  
**Diretor-geral**

Charles London  
**Superintendente de Unidades Hospitalares Próprias**

Márcia Cecília Huçulak  
**Superintendente de Atenção à Saúde**

Paulo Almeida  
**Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde**

Pythagoras Schmidt Schroeder  
**Superintendente de Infraestrutura da Saúde**

Sezifredo Paz  
**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Olavo Gasparin  
**Diretor-executivo do Fundo Estadual de Saúde**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SESA

Célia Regina Rodrigues Gil

Deise Regina Sprada Pontaroli

Gabrielle Muller Grollmann

Ilsa Menegazzo

Isaias Cantoia Luiz

Ivana Maura Cuquel Kaminski

Juliano Schmidt Gevaerd

Márcia Beatriz Schneider Blanski

Márcia Cecília Huçulak

Márcia Lopes Siqueira

Maria Cristina Fernandes Ferreira

Maria da Graça Lima

Maria Leonor Fanini Paulini

Oliva de Fátima Pacheco Vasconcellos

Polliana Nascimento dos Santos Reinert

Romildo Ribeiro Sbrissia

Sandra Christiane Kloser Busnello

Sezifredo Paz

Sonia Maria Dotto Ampessan

Tatiana Gomara Neves

Vinicius Augusto Filipak

COLABORAÇÃO TÉCNICA:

Julio Takeshi Suzuki Júnior

Diretor do Centro de Pesquisa — IPARDES

## MESA DIRETORA DO CES-PR - GESTÃO 2012-2013.

### **Presidente:**

Joelma Aparecida de Souza Carvalho  
**Segmento dos Usuários**

### **1º Vice-presidente:**

Guilherme Fernandes Graziani  
**Segmento dos Trabalhadores**

### **2º Vice-presidente:**

Sezifredo Paulo Alves Paz  
**Segmento dos Gestores**

### **3º Vice-presidente:**

Ely de Campos  
**Segmento dos Prestadores**

### **1ª Secretária:**

Marcia Beghini Zambrim  
**Segmento dos Usuários**

### **2ª Secretária:**

Gisela Soares de Souza  
**Segmento dos Trabalhadores**

### **1ª Tesoureiro:**

Jonas Braz  
**Segmento dos Usuários**

### **2º Tesoureiro:**

Maria Marucha S. Vettorazzi  
**Segmento dos Usuários**

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ  
CONSELHEIROS MEMBROS - GESTÃO 2012-2015.**

| <b>NOME</b>                    | <b>CONDIÇÃO</b> | <b>ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES</b> |
|--------------------------------|-----------------|---|
| <b>USUÁRIOS</b>                |                 |   |
| Luciano Zanetti                | Titular         | SINDPETRO                               |
| Valton Witkowski               | Suplente        | SINDPETRO                               |
| Maria Marucha S. Vettorazzi    | Titular         | FETAEP                                  |
| Wilson de Souza Silva          | Suplente        | FETAEP                                  |
| Jonas Braz                     | Titular         | CUT                                     |
| Jefersson Leandro Gomes Palhão | Suplente        | CUT                                     |
| Ildemar Gorges                 | Titular         | Força Sindical                          |
| Junior Ribeiro da Silva        | Suplente        | Força Sindical                          |
| Evilasio Francisco Pinheiro    | Titular         | UGT                                     |
| Neusa Maria dos Santos         | Suplente        | UGT                                     |
| Manoel Rodrigues do Amaral     | Titular         | SINDNAPI                                |
| Edvirges de Oliveira           | Suplente        | SINDNAPI                                |
| Livaldo Bento                  | Titular         | MOPS                                    |
| Antonio Barrichello            | Suplente        | IMOPS                                   |
| Amauri Ferreira Lopes          | Titular         | ANEPS                                   |
| Maria Elvira de Araújo         | Suplente        | ANEPS                                   |
| Sandra Dolores de Paula Lima   | Titular         | Fórum ONG AIDS                          |
| Sirlene Aparecida Candido      | Suplente        | Fórum ONG AIDS                          |
| Juliana Bandeira Cordeiro      | Titular         | IBDA                                    |
| Rosania Boleta Mendonça        | Suplente        | IBDA                                    |
| Amaury César Alexandrino       | Titular         | DEFIPAR                                 |
| Tânia Roseli Minusculi         | Suplente        | DEFIPAR                                 |
| Luiz de Mauro                  | Titular         | FAMOPAR                                 |
| Lívia Diniz Sola               | Suplente        | FAMOPAR                                 |

| <b>NOME</b>                      | <b>CONDIÇÃO</b> | <b>ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES.</b> |
|----------------------------------|-----------------|--|
| <b>USUÁRIOS</b>                  |                 |  |
| Joelma de Souza Carvalho         | Titular         | CMP                                      |
| Elizabeth Bueno Candido          | Suplente        | CMP                                      |
| Genecilda Gotardo                | Titular         | MST                                      |
| Adaíze Citron da Silva           | Suplente        | MST                                      |
| Márcia Beghini Zambrim           | Titular         | Pastoral da Saúde                        |
| Antonio Pitol                    | Suplente        | Pastoral da Saúde                        |
| Clarice Siqueira dos Santos      | Titular         | Pastoral da Criança                      |
| Erica Ana Hobold                 | Suplente        | Pastoral da Criança                      |
| Maria Lucia Gomes                | Titular         | ASSEMPA                                  |
| Rosalina Batista                 | Suplente        | ASSEMPA                                  |
| Terezinha Pereira da Silva       | Titular         | Rede de Mulheres Negras                  |
| Heliana Neves Hemeterio Santos   | Suplente        | Rede de Mulheres Negras                  |
| <b>PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>    |                 |  |
| Leonardo Di Colli                | Titular         | CRF                                      |
| Nilson Hideki Nishida            | Suplente        | SINDIFAR-PR                              |
| Wanderli Machado                 | Titular         | CRESS                                    |
| Sirleide Ferreira de Mauro       | Suplente        | AATO                                     |
| Guilherme Bertassoni da Silva    | Titular         | CRP                                      |
| Regina Maria Ferreira Lang       | Suplente        | CRN                                      |
| Olga Laura Giraldi Peterlini     | Titular         | ABEN                                     |
| Nelson Mayrink Giansante         | Suplente        | CRM                                      |
| Gisela Soares de Souza           | Titular         | CREFITO                                  |
| Nana Momoi                       | Suplente        | CRMV                                     |
| Guilherme Fernandes Graziani     | Titular         | CRO                                      |
| Mariangela de Assis Gomes Fortes | Suplente        | ABO                                      |
| Soraia Reda Gilber               | Titular         | SINDSAÚDE-PR                             |
| Mari Elaine Rodella              | Suplente        | SINDSAÚDE-PR                             |



| <b>NOME</b>                       | <b>CONDIÇÃO</b> | <b>ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES</b> |
|-----------------------------------|-----------------|---|
| <b>PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>     |                 |   |
| Sebastião José de Oliveira        | Titular         | SINDPREVS                               |
| José Carlos Leite                 | Suplente        | SINDPREVS                               |
| Irene Rodrigues dos Santos        | Titular         | FESSMUC                                 |
| Solange Izabel Marega Batista     | Suplente        | FESSMUC                                 |
| <b>PRESTADORES DE SERVIÇO</b>     |                 |   |
| Rosita Márcia Wilner              | Titular         | FEMIPA                                  |
| Artemizia Bertolazzi              | Suplente        | FEMIPA                                  |
| Ana Carolina Hildebrand S. Kurtz  | Titular         | FEHOSPAR                                |
| Mauricio Duarte Barcos            | Suplente        | FEHOSPAR                                |
| Denise Akemi Mashima              | Titular         | UEL                                     |
| Jeremias Bequer Brizola           | Suplente        | UEL                                     |
| Zuleide Bezerra Dalla Costa       | Titular         | ACISPAR                                 |
| Gizeli Terezinha Portela          | Suplente        | ACISPAR                                 |
| Paulo Donadio                     | Titular         | UEM                                     |
| Ely de Campos                     | Suplente        | UEM                                     |
| <b>GESTORES</b>                   |                 |   |
| Luzia Tieme Oikawa                | Titular         | COSEMS                                  |
| Marcia Vicentina Ricardo          | Suplente        | COSEMS                                  |
| Jorge Luiz Bostelmann de Oliveira | Titular         | Ministério da Saúde                     |
| Gislane Mari França de Oliveira   | Suplente        | Ministério da Saúde                     |
| René Jose Moreira dos Santos      | Titular         | SESA                                    |
| Isaias Cantoia Luiz               | Suplente        | SESA                                    |
| Sezifredo Paulo Alvez Paz         | Titular         | Fundo Estadual de Saúde                 |
| Charles London                    | Suplente        | Fundo Estadual de Saúde                 |

# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

## 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

### 2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

|   |    |
|---|----|
| 2.1.1 População   | 16 |
| 2.1.2 Alfabetização e nível de instrução                    | 25 |
| 2.1.3 Saneamento  | 27 |
| 2.1.4 Rendimento domiciliar e salários dos ocupados formais | 28 |
| 2.1.5 Produto Interno Bruto per capita                      | 29 |

### 2.2 PERFIL DA MORBIMORTALIDADE

|   |    |
|---|----|
| 2.2.1 Mortalidade Infantil                            | 30 |
| 2.2.2 Mortalidade Materna                             | 33 |
| 2.2.3 Mortalidade por Grupo de Causas                 | 34 |
| 2.2.4 Morbimortalidade por Doenças Transmissíveis     | 38 |
| 2.2.5 Morbimortalidade por Doenças Não Transmissíveis | 54 |

## 3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

### 3.1 FINALIDADES DA SESA E ESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA

70

### 3.2 APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

72

### 3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

73

3.3.1 Assistência Farmacêutica no contexto do SUS e da SESA 73

3.3.2 Estrutura da Assistência Farmacêutica na SESA-PR 80

### 3.4 ATENÇÃO À SAÚDE

81

3.4.1 Atenção primária à saúde 82

3.4.2 Atenção às condições crônicas 87

3.4.3 Atenção à urgência e emergência 94

|  |     |
|--|-----|
| <b>3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>  | 96  |
| <b>3.6 GESTÃO DO TRABALHO</b>  | 98  |
| <b>3.7 HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS</b>  | 99  |
| <b>3.8 OUVIDORIA</b>   | 102 |
| <b>3.9 REDE DE SANGUE E HEMODERIVADOS</b>  | 103 |
| <b>3.10 CENTRAL DE TRANSPLANTES</b>  | 107 |
| <b>3.11 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>  | 114 |
| <b>3.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>  | 118 |
| 3.12.1 Rede de Laboratórios de Saúde Pública   | 119 |
| <b>3.13 CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO DEFICIENTE</b>                             | 124 |
| <b>3.14 CENTRO DE ATENDIMENTO AO FISSURADO LABIOPALATAL</b>                                    | 125 |
| <b>4. A ORGANIZAÇÃO DO SUS NO PARANÁ</b>   |     |
| <b>4.1 A REDE DE ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO PARANÁ</b>                            | 128 |
| <b>4.1.1 CAPACIDADE INSTALADA</b>  | 128 |
| <b>4.1.2 PRODUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR</b> | 137 |
| <b>4.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS - PARANÁ</b>   | 144 |
| 4.2.1 Atenção primária em saúde  | 144 |
| 4.2.2 Atenção às condições crônicas  | 150 |
| 4.2.3 Atenção à urgência e emergência  | 156 |
| <b>4.3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>  | 162 |
| <b>4.4 REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE</b>  | 164 |
| <b>4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>   | 166 |
| <b>5. OBJETIVO, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS</b>  |     |
| <b>5.1 OBJETIVO</b>  | 168 |
| <b>5.2 DIRETRIZES, AÇÕES E METAS</b>   | 169 |

## APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015 é um documento elaborado pelos gestores estaduais em parceria com o Conselho Estadual de Saúde. É o reflexo de um amplo processo de discussão que culminou num documento norteador da Política Estadual de Saúde.

Partindo do diagnóstico da situação de saúde do Estado, foram estabelecidas metas e diretrizes para a atuação da Secretaria Estadual com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais. Além de subsidiar os profissionais de saúde na condução do sistema público estadual o documento pode servir de apoio às prefeituras e aos conselhos de saúde para a construção dos planos municipais como determina a Lei federal 141/2012.

O Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015 deve ser consultado constantemente, como apoio às ações de todas as áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde. A aplicação deste plano conduzirá a um Paraná mais saudável.

Boa leitura.

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

Joelma Aparecida de Souza Carvalho  
**Presidente do Conselho Estadual de Saúde**



# INTRODUÇÃO

O presente “Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015” apresenta as intenções e resultados a serem buscados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, no período de 2012 a 2015, expressos em seus objetivos, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional e têm como referência o “Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015”. Assim, o Plano inicia com a Análise da Situação de Saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico e socioeconômico e perfil da morbimortalidade, seguida da descrição da Organização e Funcionamento da Gestão Estadual do SUS e Organização do Sistema Único de Saúde no Paraná. Com base nisso, são indicados seus objetivos, diretrizes, ações, metas e indicadores. Esta parte do Plano servirá de referencial para as Programações Anuais de Saúde.

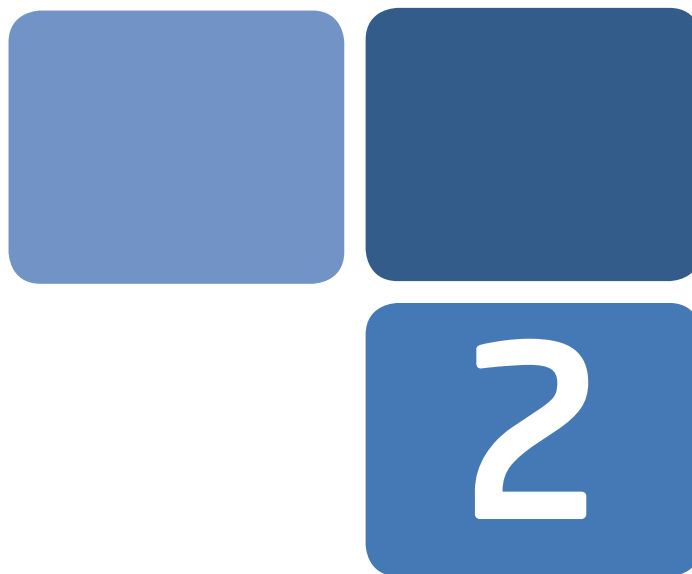
Durante o processo de elaboração e discussão do PES 2012-2015, a transparência e a visibilidade foram asseguradas mediante a participação do controle social, por meio da realização de reuniões ordinárias e extraordinárias da Plenária do Conselho Estadual de Saúde e suas Comissões Temáticas com tal finalidade.

O processo de formulação do PES iniciou com a apresentação pela SESA de proposta de metodologia para elaboração do Plano e discussão de definição de cronograma para detalhamento do documento, na 184ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 28/02/2012.

Aprovada a metodologia, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná concentrou os esforços para apresentação do diagnóstico da situação da saúde no Estado do Paraná, em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. Isso se deu na 3ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 29 de março de 2012. A partir dessa reunião, o Conselho Estadual de Saúde preparou contribuições ao Plano que foram enviadas, avaliadas e discutidas com a SESA.

Na 5ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, em 23 de maio de 2012, foi concluída a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Paraná, com sua aprovação formalizada por meio da Resolução CES/PR 006/12, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 8.735 de 18 de junho de 2012.





## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 - PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

2.2 - PERFIL DA MORBIMORTALIDADE



## 2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

### 2.1 PERFIL DEMOGRAFICO E SOCIOECONÔMICO

#### 2.1.1 População

##### DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E TAXA DE CRESCIMENTO

Segundo dados do último Censo Demográfico, a população do Paraná alcançou a marca de 10,44 milhões de habitantes em 2010, o que correspondeu a 5,48% do total do País e 38,14% do contingente da Região Sul. Com esse resultado, a taxa de crescimento médio geométrico da população local atingiu 0,89% ao ano no período 2000-2010, ficando abaixo da variação de 1,39% registrada no intervalo 1991-2000, o que aponta para um processo de desaceleração, observado também em âmbito nacional.

Em uma avaliação desagregada territorialmente, constata-se que Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu, Colombo, Guarapuava e Paranguá, integrantes do grupo dos dez maiores municípios em número de residentes, responderam por 40,7% da população estadual no ano retratado, acima das participações registradas pelas dez divisões político-administrativas mais representativas nos anos de 1991 (36,4%) e 2000 (39,4%).

Portanto, prossegue o movimento de concentração demográfica, o que é confirmado ainda pelo aumento do peso relativo das mesorregiões Norte-central, polarizada por Londrina e Maringá, e Região Metropolitana de Curitiba, que inclui também os municípios do litoral, no conjunto da população paranaense. No caso dessa última mesorregião, a participação no total do Estado saltou de 31,93% em 2000 para 33,45% em 2010 (Tabela 1), com influência da expansão média anual de 0,99% de Curitiba, superior ao resultado do Paraná, embora seja mais expressivo o impacto do crescimento de outros municípios do espaço metropolitano, como São José dos Pinhais, Araucária, Piraquara e Fazenda Rio Grande, todos com elevação média acima de 2% ao ano no período 2000-2010.

**TABELA 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO MESORREGIÕES  
E MUNICÍPIOS SELECIONADOS – PARANÁ – 2000-2010**

| MESORREGIÃO / MUNICÍPIO          | 2000             |           | 2010             |           | TAXA DE CRESCIMENTO MÉDIO GEOMÉTRICO ANUAL 2000-2010 (%) |
|----------------------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|--|
|                                  | População (hab.) | Part. (%) | População (hab.) | Part. (%) |  |
| <b>Noroeste</b>                  | 641 084          | 6,70      | 678 319          | 6,49      | 0,57   |
| Umuarama                         | 90 690           | 0,95      | 100 676          | 0,96      | 1,05   |
| Paranavaí                        | 75 750           | 0,79      | 81 590           | 0,78      | 0,75   |
| Outros municípios da mesorregião | 474 644          | 4,96      | 496 053          | 4,75      | 0,44   |
| <b>Centro-ocidental</b>          | 346 648          | 3,62      | 334 125          | 3,20      | -0,37  |
| Campo Mourão                     | 80 476           | 0,84      | 87 194           | 0,83      | 0,80   |
| Outros municípios da mesorregião | 266 172          | 2,78      | 246 931          | 2,36      | -0,75  |
| <b>Norte-central</b>             | 1 829 068        | 19,13     | 2 037 183        | 19,50     | 1,08   |
| Londrina                         | 447 065          | 4,67      | 506 701          | 4,85      | 1,26   |
| Maringá                          | 288 653          | 3,02      | 357 077          | 3,42      | 2,15   |
| Apucarana                        | 107 827          | 1,13      | 120 919          | 1,16      | 1,15   |
| Arapongas                        | 85 428           | 0,89      | 104 150          | 1,00      | 2,00   |
| Outros municípios da mesorregião | 900 095          | 9,41      | 948 336          | 9,08      | 0,52   |
| <b>Norte-pioneiro</b>            | 548 190          | 5,73      | 546 224          | 5,23      | -0,04  |
| Cornélio Procópio                | 46 861           | 0,49      | 46 928           | 0,45      | 0,01   |
| Santo Antônio da Platina         | 39 943           | 0,42      | 42 707           | 0,41      | 0,67   |
| Outros municípios da mesorregião | 461 386          | 4,82      | 456 589          | 4,37      | -0,10  |
| <b>Centro-oriental</b>           | 623 356          | 6,52      | 689 279          | 6,60      | 1,01   |
| Ponta Grossa                     | 273 616          | 2,86      | 311 611          | 2,98      | 1,31   |
| Telêmaco Borba                   | 61 238           | 0,64      | 69 872           | 0,67      | 1,33   |
| Outros municípios da mesorregião | 288 502          | 3,02      | 307 796          | 2,95      | 0,65   |
| <b>Oeste</b>                     | 1 138 582        | 11,91     | 1 219 558        | 11,68     | 0,69   |
| Cascavel                         | 245 369          | 2,57      | 286 205          | 2,74      | 1,55   |
| Foz do Iguaçu                    | 258 543          | 2,70      | 256 088          | 2,45      | -0,10  |
| Toledo                           | 98 200           | 1,03      | 119 313          | 1,14      | 1,97   |
| Outros municípios da mesorregião | 536 470          | 5,61      | 557 952          | 5,34      | 0,39   |
| <b>Sudoeste</b>                  | 472 626          | 4,94      | 497 127          | 4,76      | 0,51   |

| MESORREGIÃO / MUNICÍPIO                 | 2000             |               | 2010              |               | TAXA DE CRESCIMENTO MÉDIO GEOMÉTRICO ANUAL 2000-2010 (%) |
|---|------------------|---------------|-------------------|---------------|--|
|   | População (hab.) | Part. (%)     | População (hab.)  | Part. (%)     |  |
| Francisco Beltrão                       | 67 132           | 0,70          | 78 943            | 0,76          | 1,63   |
| Pato Branco                             | 62 234           | 0,65          | 72 370            | 0,69          | 1,52   |
| Outros municípios da mesorregião        | 343 260          | 3,59          | 345 814           | 3,31          | 0,07   |
| <b>Centro-sul</b>                       | <b>533 317</b>   | <b>5,58</b>   | <b>544 190</b>    | <b>5,21</b>   | <b>0,20</b>  |
| Guarapuava                              | 155 161          | 1,62          | 167 328           | 1,60          | 0,76   |
| Outros municípios da mesorregião        | 378 156          | 3,95          | 376 862           | 3,61          | -0,03  |
| <b>Sudeste</b>                          | <b>377 274</b>   | <b>3,94</b>   | <b>404 779</b>    | <b>3,88</b>   | <b>0,71</b>  |
| Irati                                   | 52 352           | 0,55          | 56 207            | 0,54          | 0,71   |
| União da Vitória                        | 48 522           | 0,51          | 52 735            | 0,50          | 0,84   |
| Outros municípios da mesorregião        | 276 400          | 2,89          | 295 837           | 2,83          | 0,68   |
| <b>Região Metropolitana de Curitiba</b> | <b>3 053 313</b> | <b>31,93</b>  | <b>3 493 742</b>  | <b>33,45</b>  | <b>1,36</b>  |
| Curitiba                                | 1 587 315        | 16,60         | 1 751 907         | 16,77         | 0,99   |
| São José dos Pinhais                    | 204 316          | 2,14          | 264 210           | 2,53          | 2,60   |
| Colombo                                 | 183 329          | 1,92          | 212 967           | 2,04          | 1,51   |
| Paranaguá                               | 127 339          | 1,33          | 140 469           | 1,34          | 0,99   |
| Araucária                               | 94 258           | 0,99          | 119 123           | 1,14          | 2,37   |
| Pinhais                                 | 102 985          | 1,08          | 117 008           | 1,12          | 1,28   |
| Campo Largo                             | 92 782           | 0,97          | 112 377           | 1,08          | 1,93   |
| Almirante Tamandaré                     | 88 277           | 0,92          | 103 204           | 0,99          | 1,57   |
| Piraquara                               | 72 886           | 0,76          | 93 207            | 0,89          | 2,49   |
| Fazenda Rio Grande                      | 62 877           | 0,66          | 81 675            | 0,78          | 2,65   |
| Outros municípios da mesorregião        | 436 949          | 4,57          | 497 595           | 4,76          | 1,31   |
| <b>PARANÁ</b>                           | <b>9 563 458</b> | <b>100,00</b> | <b>10 444 526</b> | <b>100,00</b> | <b>0,89</b>  |

FORNTE: IBGE-CENSOS DEMOGRÁFICOS.

Já no que se refere à mesorregião Norte-central, a importância relativa na população estadual ascendeu de 19,13% para 19,50%, destacando-se os municípios de Maringá e Arapongas, cujas taxas anuais de incremento demográfico atingiram 2,15% e 2,00%, respectivamente.

Por outro lado, podem ser observadas reduções das participações de sete mesorregiões paranaenses, de um total de dez áreas, sendo proeminentes as quedas dos pesos das espacialidades

Centro-ocidental (de 3,62% em 2000 para 3,20% em 2010), Norte Pioneiro (de 5,73% para 5,23%) e Centro-Sul (de 5,58% para 5,21%).

## TAXA DE URBANIZAÇÃO

A taxa de urbanização do Estado, entendida como a porcentagem dos residentes em área urbana em relação à população total, alcançou 85,33% em 2010, suplantando os resultados de 1991 e 2000, quando 73,36% e 81,41% dos paranaenses, respectivamente, estavam domiciliados em espaços não rurais (Tabela 2). Essa evolução, apesar de o movimento abranger todo o País, reverteu um quadro em que o Paraná apresentava uma população rural proporcionalmente maior que a do Brasil e Região Sul, passando a exibir, a partir de 2000, um grau de urbanização superior ao dessas duas divisões territoriais.

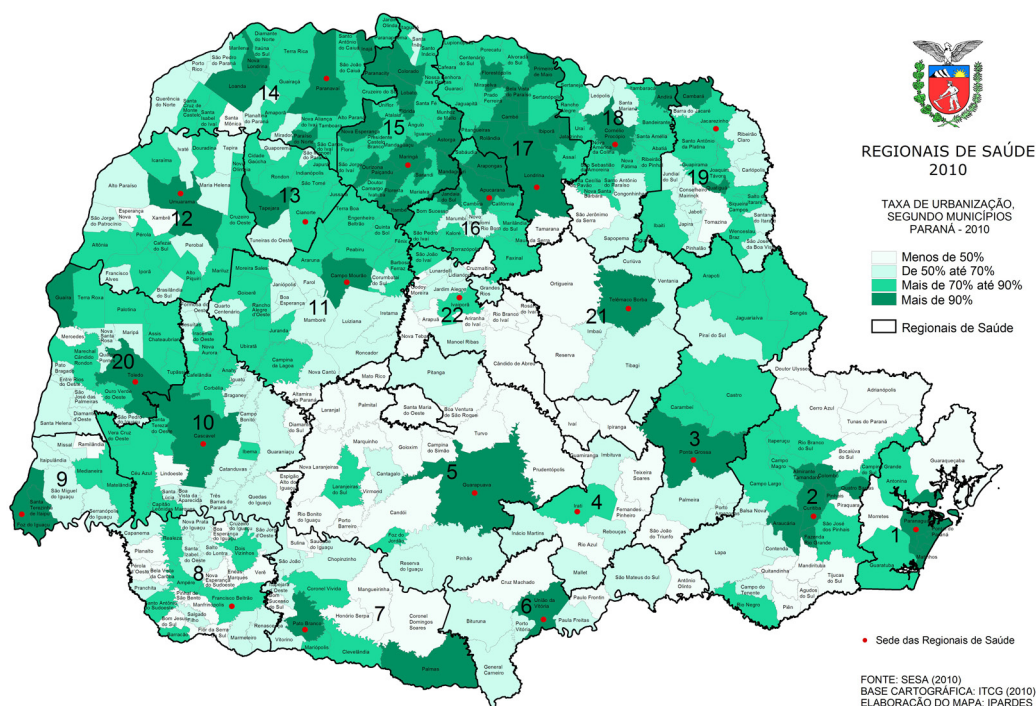
**TABELA 2 - TAXA DE URBANIZAÇÃO – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 1991-2010**

| NÍVEL TERRITORIAL | TAXA (%) |       |       |
|-------------------|----------|-------|-------|
|                   | 1991     | 2000  | 2010  |
| PARANÁ            | 73,36    | 81,41 | 85,33 |
| REGIÃO SUL        | 74,12    | 80,94 | 84,93 |
| BRASIL            | 75,59    | 81,25 | 84,36 |

FONTE: IBGE – CENSOS DEMOGRÁFICOS.

Em um exame mais detalhado do ponto de vista geográfico, é possível afirmar que, de um modo geral, os municípios da área polarizada pela capital paranaense e da porção setentrional do Estado registram as taxas de urbanização mais elevadas, sendo menores os percentuais anotados pelas circunscrições político-administrativas da Região Central (Mapa 1), não coincidentemente a que apresenta os indicadores de condição da população mais preocupantes, o que denota margem para avanço social no meio rural do referido espaço.

**MAPA 1 - TAXA DE URBANIZAÇÃO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – PARANÁ – 2010**



## ESTRUTURA ETÁRIA E RAZÃO DE SEXO

Os resultados do Censo Demográfico 2010 confirmaram a continuidade do processo de envelhecimento da população, tanto na esfera regional quanto no âmbito nacional. No caso específico do Paraná, verifica-se que os estratos demográficos que compõem a população de até 19 anos apresentaram variações negativas no período 2000-2010 (Tabela 3), no critério da taxa média geométrica anual, sobressaindo o decréscimo registrado pelo grupo de 0 a 4 anos (-2,14%).

Em contrapartida, os estratos superiores contabilizaram consideráveis taxas de crescimento no intervalo em questão, com destaque para as faixas de 55 a 59 anos, 75 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 a 99 anos, todas com variação média anual superior a 4%, o que não deixa dúvida quanto à necessidade de mudança de foco de determinadas políticas públicas, passando a privilegiar a população idosa.

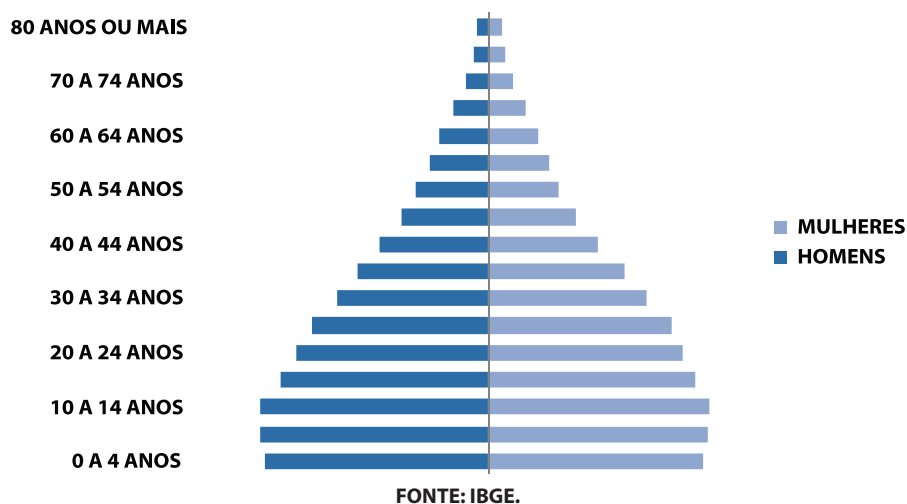
**TABELA 3 - POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE  
PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2000-2010**

| GRUPO DE IDADE          | PARANÁ           |                   |                          | REGIÃO SUL        |                   |                          | BRASIL             |                    |                          |
|-------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
|                         | População (hab.) |                   | Taxa de Cresc. Anual (%) | População (hab.)  |                   | Taxa de Cresc. Anual (%) | População (hab.)   |                    | Taxa de Cresc. Anual (%) |
|                         | 2000             | 2010              |                          | 2000              | 2010              |                          | 2000               | 2010               |                          |
| <b>0 A 4 ANOS</b>       | 886 273          | 714 037           | -2,14                    | 2 217 439         | 1 763 744         | -2,26                    | 16 375 728         | 13 796 158         | -1,70                    |
| <b>5 A 9 ANOS</b>       | 924 411          | 768 392           | -1,83                    | 2 319 114         | 1 928 936         | -1,83                    | 16 542 327         | 14 969 375         | -0,99                    |
| <b>10 A 14 ANOS</b>     | 936 446          | 909 071           | -0,30                    | 2 374 787         | 2 290 637         | -0,36                    | 17 348 067         | 17 166 761         | -0,11                    |
| <b>15 A 19 ANOS</b>     | 949 680          | 928 631           | -0,22                    | 2 451 895         | 2 349 554         | -0,43                    | 17 939 815         | 16 990 872         | -0,54                    |
| <b>20 A 24 ANOS</b>     | 871 046          | 901 332           | 0,34                     | 2 205 892         | 2 337 896         | 0,58                     | 16 141 515         | 17 245 192         | 0,66                     |
| <b>25 A 29 ANOS</b>     | 795 601          | 880 232           | 1,02                     | 2 004 534         | 2 340 714         | 1,56                     | 13 849 665         | 17 104 414         | 2,13                     |
| <b>30 A 34 ANOS</b>     | 779 980          | 836 377           | 0,70                     | 2 010 157         | 2 155 816         | 0,70                     | 13 028 944         | 15 744 512         | 1,91                     |
| <b>35 A 39 ANOS</b>     | 731 167          | 787 370           | 0,74                     | 1 982 807         | 2 003 578         | 0,10                     | 12 261 529         | 13 888 579         | 1,25                     |
| <b>40 A 44 ANOS</b>     | 619 958          | 766 648           | 2,15                     | 1 720 167         | 1 991 231         | 1,47                     | 10 546 694         | 13 009 364         | 2,12                     |
| <b>45 A 49 ANOS</b>     | 517 022          | 700 184           | 3,08                     | 1 445 966         | 1 914 467         | 2,85                     | 8 721 541          | 11 833 352         | 3,10                     |
| <b>50 A 54 ANOS</b>     | 415 988          | 592 618           | 3,60                     | 1 167 885         | 1 652 864         | 3,53                     | 7 062 601          | 10 140 402         | 3,68                     |
| <b>55 A 59 ANOS</b>     | 326 455          | 488 679           | 4,12                     | 901 625           | 1 369 989         | 4,27                     | 5 444 715          | 8 276 221          | 4,28                     |
| <b>60 A 64 ANOS</b>     | 268 837          | 382 127           | 3,58                     | 743 343           | 1 070 581         | 3,72                     | 4 600 929          | 6 509 120          | 3,53                     |
| <b>65 A 69 ANOS</b>     | 209 434          | 285 180           | 3,14                     | 588 041           | 786 116           | 2,95                     | 3 581 106          | 4 840 810          | 3,06                     |
| <b>70 A 74 ANOS</b>     | 151 859          | 213 656           | 3,47                     | 437 812           | 592 678           | 3,07                     | 2 742 302          | 3 741 636          | 3,16                     |
| <b>75 A 79 ANOS</b>     | 93 677           | 144 393           | 4,42                     | 276 033           | 409 853           | 4,03                     | 1 779 587          | 2 563 447          | 3,72                     |
| <b>80 A 89 ANOS</b>     | 74 640           | 126 912           | 5,45                     | 227 610           | 372 719           | 5,06                     | 1 570 905          | 2 486 455          | 4,70                     |
| <b>90 A 99 ANOS</b>     | 9 731            | 17 754            | 6,20                     | 29 286            | 53 141            | 6,14                     | 236 624            | 424 893            | 6,03                     |
| <b>100 ANOS OU MAIS</b> | 1 253            | 933               | -2,91                    | 3 223             | 2 377             | -3,00                    | 24 576             | 24 236             | -0,14                    |
| <b>TOTAL</b>            | <b>9 563 458</b> | <b>10 444 526</b> | <b>0,89</b>              | <b>25 107 616</b> | <b>27 386 891</b> | <b>0,87</b>              | <b>169 799 170</b> | <b>190 755 799</b> | <b>1,17</b>              |

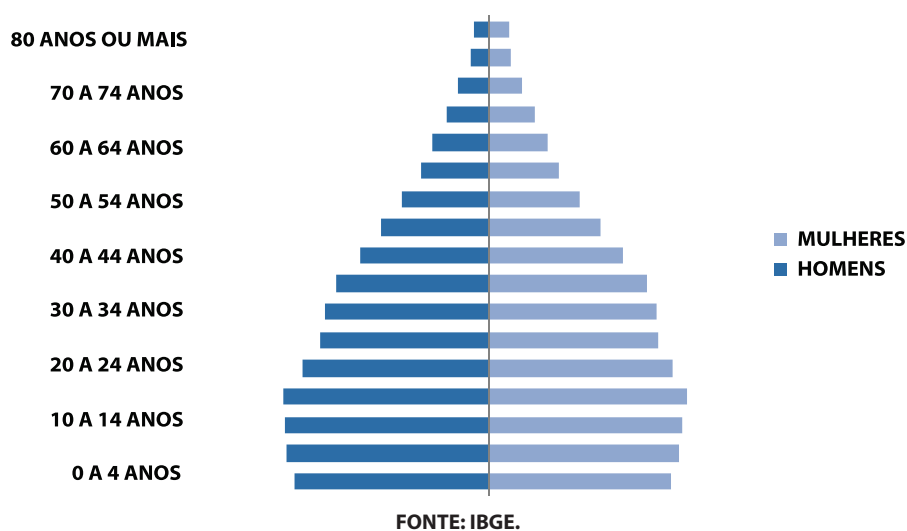
FONTE: IBGE - CENSOS DEMOGRÁFICOS

Diante desses resultados, não são surpreendentes as alterações na pirâmide etária paranaense (Gráficos 1, 2 e 3), com o estreitamento da base e a ampliação do ápice, em um movimento que futuramente redundará, mantidas as atuais condições, no declínio da população total do Estado.

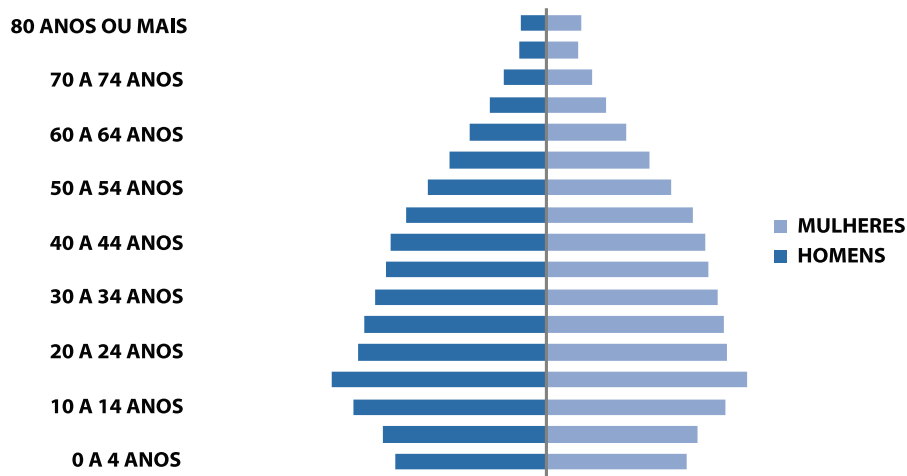
**GRÁFICO 1 - PIRÂMIDE ETÁRIA PARANÁ – 1991**



**GRÁFICO 2 - PIRÂMIDE ETÁRIA – PARANÁ – 2000**



**GRÁFICO 3 - PIRÂMIDE ETÁRIA – PARANÁ – 2010**



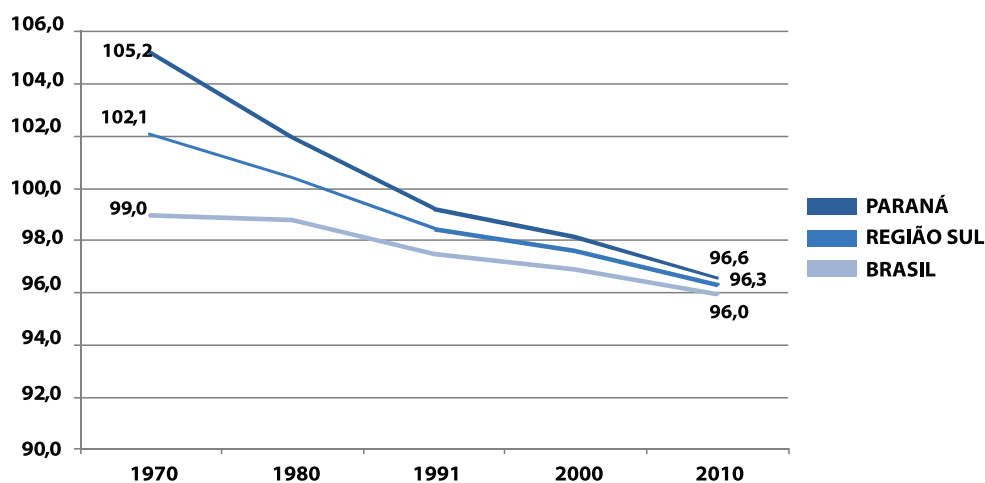
FONTE: IBGE.

Além disso, as mudanças no formato da pirâmide etária estadual são decorrentes da trajetória da razão de sexo, representada pelo quociente entre o número de homens e o quantitativo de mulheres. Nas últimas décadas, mais especificamente a partir de 1970, a população do Paraná passou de um contexto de preponderância masculina, com o contingente de homens superando em 5,2% o número de mulheres, para um quadro de predomínio feminino, com o total de homens representando apenas 96,6% do conjunto de mulheres.

É interessante colocar que, não obstante a abrangência nacional desse fenômeno, o comportamento da razão de sexo favoravelmente à população feminina vem sendo mais acentuado no Paraná, em comparação à Região Sul e ao Brasil, levando à convergência dos índices registrados pelas três instâncias territoriais citadas (Gráfico 4), uma vez que o Estado apresentava, há cerca de quatro décadas, uma população masculina proporcionalmente maior.



GRÁFICO 4 - RAZÃO DE SEXO – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 1970-2010



FONTE: IBGE.

## TAXA DE FECUNDIDADE

A taxa de fecundidade da população paranaense, que exprime o número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva, atingiu 1,67 no ano de 2008, de acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Com esse número, a taxa de fecundidade local permanece abaixo do nível de reposição de 2 filhos por mulher, podendo determinar, juntamente com outros fatores condicionantes, a queda da população do Estado em um horizonte de poucas décadas, conforme colocado anteriormente.

O resultado do Paraná é intermediário em relação às taxas da Região Sul e do Brasil (Tabela 4), ficando acima do patamar referente ao agregado das três unidades da Federação da porção meridional do país, fortemente influenciado pela reduzida taxa de fecundidade da população do Rio Grande do Sul, e abaixo do número nacional, ampliado principalmente pelas regiões Norte e Nordeste.

**TABELA 4 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2000-2008**

| ANO  | TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL |            |        |
|------|---------------------------|------------|--------|
|      | PARANÁ                    | REGIÃO SUL | BRASIL |
| 2000 | 2,09                      | 2,09       | 2,36   |
| 2001 | 1,93                      | 1,91       | 2,22   |
| 2002 | 1,90                      | 1,85       | 2,15   |
| 2003 | 1,80                      | 1,77       | 2,08   |
| 2004 | 1,82                      | 1,80       | 2,05   |
| 2005 | 1,82                      | 1,76       | 2,01   |
| 2006 | 1,73                      | 1,69       | 1,95   |
| 2007 | 1,66                      | 1,62       | 1,90   |
| 2008 | 1,67                      | 1,62       | 1,84   |

FONTE: RIPSA.

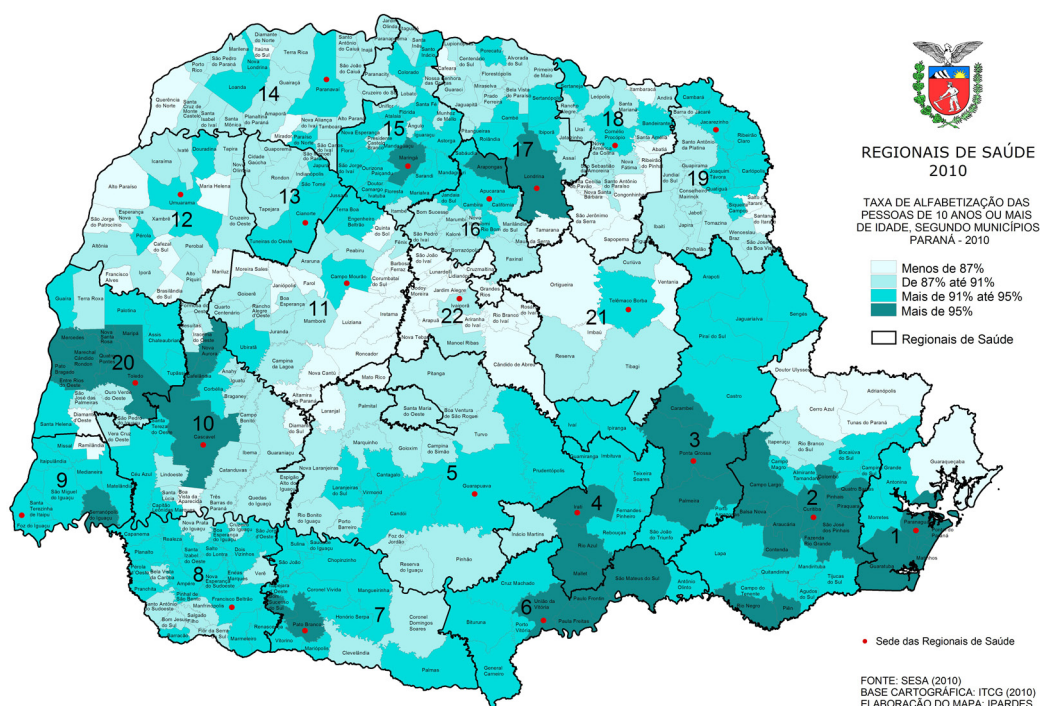
NOTA: A TAXA CORRESPONDE AO NÚMERO MÉDIO DE FILHOS QUE UMA MULHER TERIA AO FINAL DE SUA IDADE REPRODUTIVA.

### 2.1.2 Alfabetização e nível de instrução

O Estado do Paraná, segundo o último Censo Demográfico, apresenta uma taxa de alfabetização de 94,2%, considerando as pessoas de 10 anos ou mais de idade, posicionando-se entre os resultados do Brasil (91,0%) e da Região Sul (95,3%). De posse dos resultados municipais, observa-se que Corumbataí do Sul, Rosário do Ivaí e Itaúna do Sul registram os piores resultados, inferiores a 83%, em oposição às altas taxas de Curitiba, Bom Sucesso do Sul e Quatro Pontes, iguais ou superiores a 98%.

A despeito da pulverização espacial dos resultados menos favoráveis (Mapa 2), pode-se declarar que as regiões mais precárias em termos de alfabetização da população são as polarizadas por Ivaiporã, Campo Mourão, Cornélio Procópio, Umuarama e Telêmaco Borba, sendo preocupante também a condição do Vale do Ribeira, apesar da proximidade em relação à capital do Estado.

## MAPA 2 - TAXA DE ALFABETIZAÇÃO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – PARANÁ – 2010



O amplo espaço existente para a melhoria da educação é ressaltado ainda pela elevada participação na população local dos indivíduos sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto. No ano de 2010, 48,8% dos paranaenses enquadravam-se nessa categoria (Tabela 5), acima da proporção observada na Região Sul (47,8%), embora abaixo da média nacional (50,2%). Como destaque do Paraná, podem ser citados os 870 mil residentes com Ensino Superior completo, equivalentes a 9,7% do total estadual de pessoas de 10 anos ou mais de idade, superando as participações anotadas na Região Sul e Brasil, que alcançaram 9,3% e 8,3%, respectivamente.

**TABELA 5 - PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, SEGUNDO NÍVEL DE INSTRUÇÃO – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2010**

| NÍVEL DE INSTRUÇÃO                      | PARANÁ           |              | REGIÃO SUL        |              | BRASIL             |              |
|---|------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------|--------------|
|   | Nº de Pessoas    | Part. (%)    | Nº de Pessoas     | Part. (%)    | Nº de Pessoas      | Part. (%)    |
| Sem instrução e fundamental incompleto  | 4 370 823        | 48,8         | 11 328 790        | 47,8         | 81 355 342         | 50,2         |
| Fundamental completo e médio incompleto | 1 621 540        | 18,1         | 4 441 871         | 18,7         | 28 148 324         | 17,4         |
| Médio completo e superior incompleto    | 2 056 830        | 22,9         | 5 610 963         | 23,7         | 38 035 501         | 23,5         |
| Superior completo                       | 869 935          | 9,7          | 2 202 862         | 9,3          | 13 455 172         | 8,3          |
| Não determinado                         | 43 868           | 0,5          | 109 222           | 0,5          | 939 445            | 0,6          |
| Sem declaração                          | 607              | 0,0          | 1 760             | 0,0          | 43 870             | 0,0          |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>8 963 603</b> | <b>100,0</b> | <b>23 695 468</b> | <b>100,0</b> | <b>161 977 654</b> | <b>100,0</b> |

FONTE: IBGE – CENSO DEMOGRÁFICO 2010.

### 2.1.3 Saneamento

No Paraná, 0,36% dos domicílios particulares permanentes não dispõem de banheiro ou sanitário. Essa taxa é inferior à observada na Região Sul e Brasil (Tabela 6), o que indica melhor condição de adequação das unidades domiciliares no Estado.

**TABELA 6 - TAXA DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES SEM BANHEIRO OU SANITÁRIO – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2010**

| NÍVEL TERRITORIAL | TAXA (%) |
|-------------------|----------|
| <b>PARANÁ</b>     | 0,36     |
| <b>REGIÃO SUL</b> | 0,47     |
| <b>BRASIL</b>     | 2,64     |

FONTE: IBGE – CENSO DEMOGRÁFICO 2010.

NOTA: A TAXA CORRESPONDE AO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS SEM BANHEIRO OU SANITÁRIO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE DOMICÍLIOS.

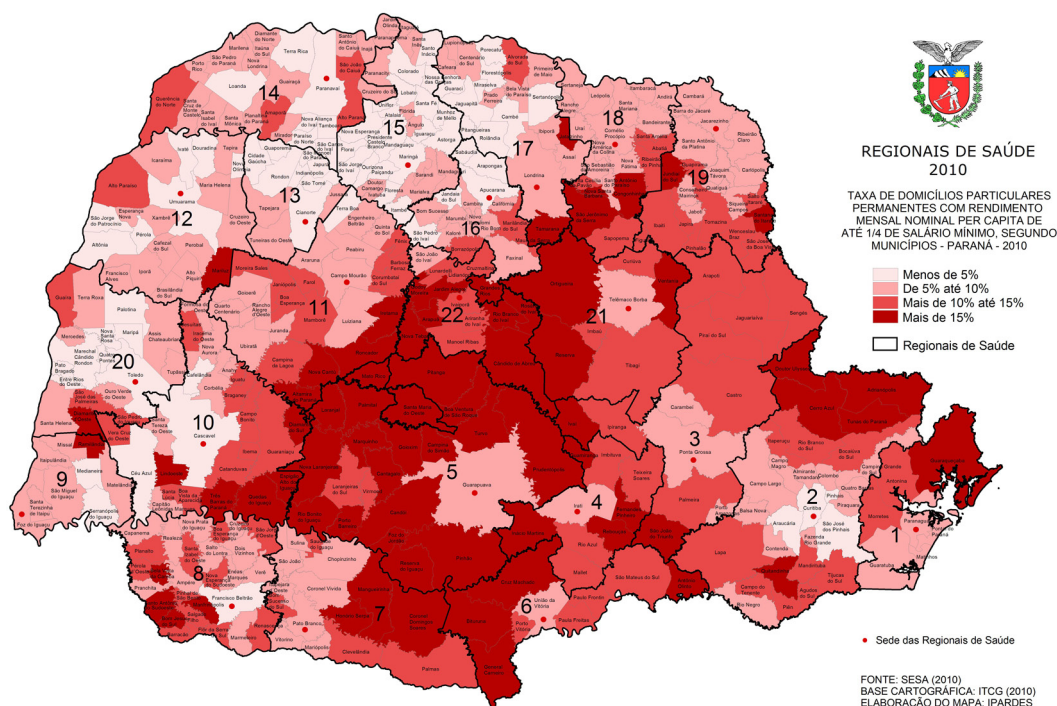
Apesar disso, 32 municípios paranaenses apresentam taxa de domicílios sem banheiro/sanitário superior a 2%, sendo mais graves os casos de Altamira do Paraná, Mato Rico, Laranjal e Doutor Ulysses, municípios cujas taxas suplantam a marca de 5%.

## 2.1.4 Rendimento Domiciliar e Salários dos Ocupados Formais

A taxa de pobreza domiciliar, neste caso entendida como a proporção de domicílios com rendimento per capita de até  $\frac{1}{4}$  de salário-mínimo em relação ao total de unidades, atingiu 7,2% no Paraná em 2010, ficando um pouco acima dos 6,4% relativos à Região Sul, mas muito abaixo da média nacional (14,7%).

Em uma visão mais desagregada, nota-se que a pobreza domiciliar concentra-se na região central do Estado (Mapa 3), com os melhores resultados sendo registrados, de um modo geral, pelos municípios localizados no espaço setentrional, no Oeste e na área polarizada por Curitiba.

**MAPA 3 - TAXA DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM RENDIMENTO MENSAL NOMINAL PER CAPITA DE ATÉ  $\frac{1}{4}$  DE SALÁRIO-MÍNIMO, SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ - 2010**

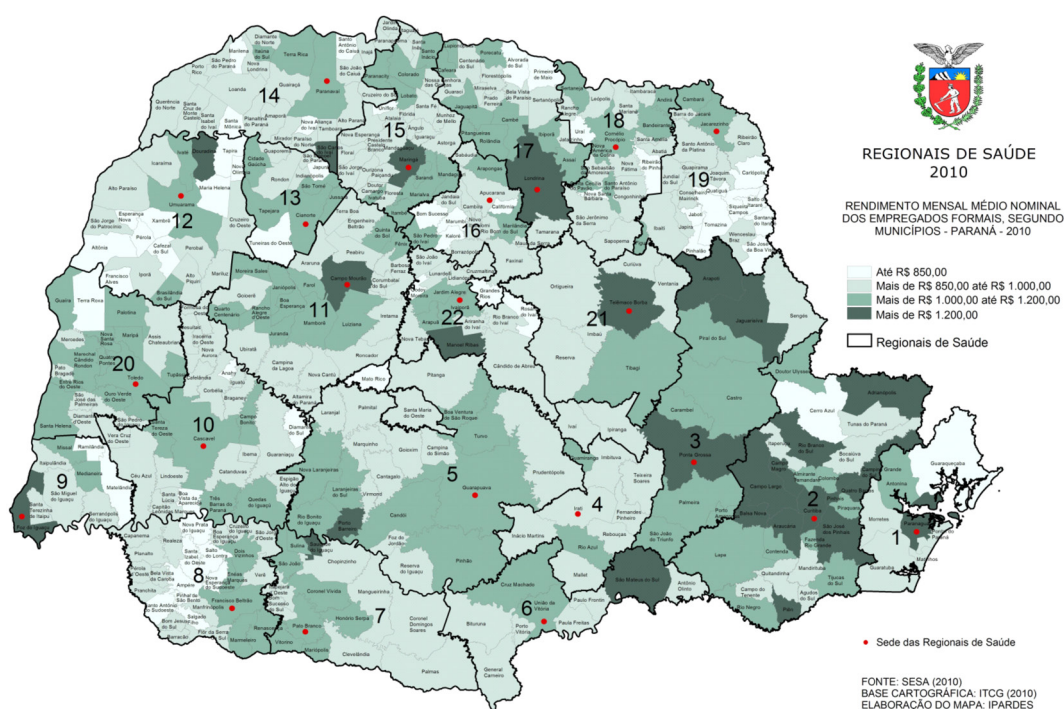


Já no que tange os rendimentos gerados pelas ocupações formais, constata-se que os salários médios mais elevados estão concentrados nos grandes e médios centros urbanos, como Curitiba, Araucária, São José dos Pinhais, Paranaguá, Londrina e Foz do Iguaçu, não obstante alguns

municípios de menor porte, como Douradina, Quatro Barras, São Mateus do Sul, Campo Magro e Piên, integrem a relação das maiores remunerações médias (Mapa 4).

Por outro lado, as áreas de influência de Francisco Beltrão, Jacarezinho e Umuarama apresentam vários municípios no grupo dos menores salários, com rendimentos médios mensais inferiores a R\$ 850,00.

**MAPA 4 - RENDIMENTO MENSAL MÉDIO NOMINAL DOS EMPREGADOS FORMAIS, SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ - 2010**

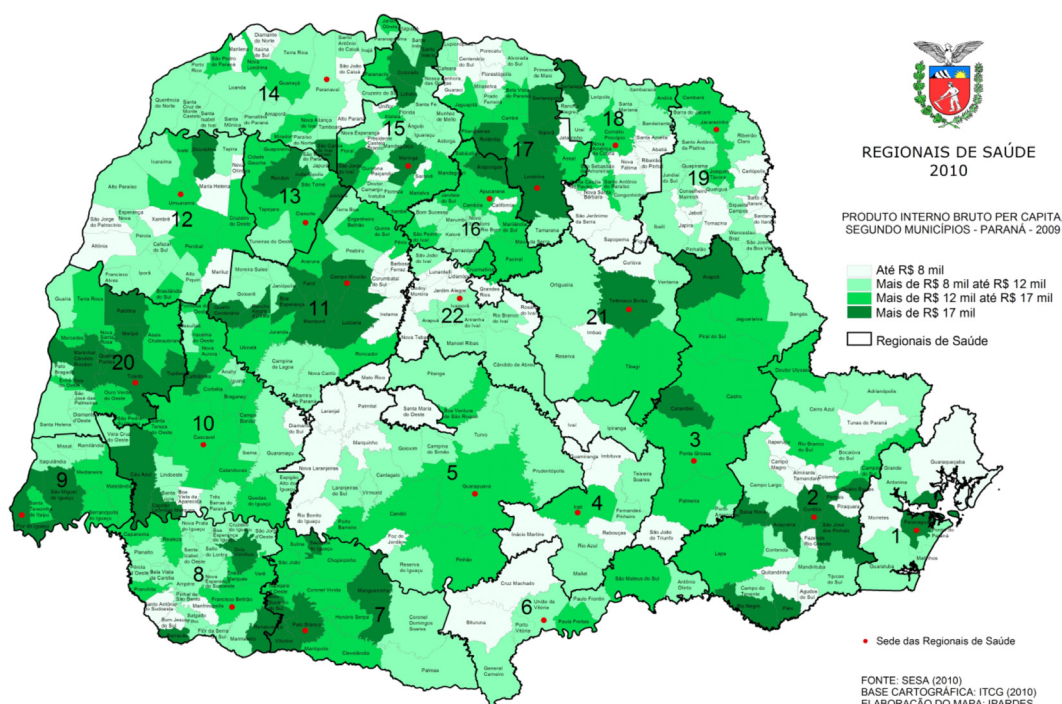


### 2.1.5 Produto Interno Bruto per capita

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Estado do Paraná atingiu a cifra de R\$ 17,8 mil no ano de 2009, último dado disponível, ante um valor de R\$ 16,9 mil referente ao Brasil. Em âmbito municipal, os valores oscilam de R\$ 5,5 mil (Imbaú) a R\$ 101,4 mil (Araucária), evidenciando a heterogeneidade dos resultados dessa variável econômica.

Em linha com a representatividade demográfica, as maiores cifras do PIB per capita vêm sendo anotadas por alguns municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) e das mesorregiões Oeste e Norte-central do Estado. Em contrapartida, as mesorregiões Sudeste, Centro-sul e Norte Pioneiro concentram os piores resultados (Mapa 5).

**MAPA 5 - PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA, SEGUNDO MUNICÍPIOS – PARANÁ – 2009**



## 2.2 PERFIL DA MORBIMORTALIDADE

### 2.2.1 Mortalidade Infantil

No Brasil, assim como na maioria dos outros países, a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil (número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos/NV) está reduzindo a cada ano. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio: em uma década (1998 a 2010) passou de 33,5

crianças mortas por mil nascidas vivas para 22,0. Apesar da redução da taxa de mortalidade, o Brasil está distante de atingir a média estipulada para as Metas de Desenvolvimento do Milênio, desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com estimativas, em 2015 – ano de divulgação dos resultados do documento, a taxa de mortalidade infantil brasileira será de 18 crianças mortas por mil nascidas vivas, sendo que a meta a ser atingida é de 15 crianças.

No Paraná, analisando a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil, gráfico 5, observamos linha de tendência decrescente desse indicador no período entre 2001 e 2011. No ano de 2010, o coeficiente de mortalidade infantil no Paraná foi de 12,15 e em 2011, foi de 11,65 óbitos para cada 1.000 NV, contudo esta distribuição não é uniforme no Estado do Paraná, tabela 7. Permanece a maior concentração de óbitos em menores de 01 ano no período perinatal (22 semanas completas de gestação até seis dias após o nascimento), revelando a estreita relação desses eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido.

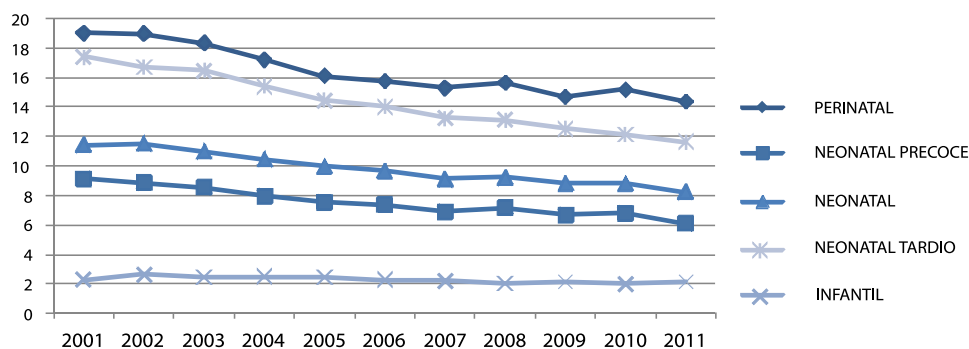
As principais causas dos óbitos infantis registrados e investigados no ano de 2011 foram: as afecções do período perinatal (57,77%); as más-formações congênitas (25,66%); as causas externas (4,43%); as doenças do aparelho respiratório (3,82%) e os sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório, ou sejam, causas mal definidas (3,08%). Não se evidencia distinção classificatória desses agravos relacionados ao sexo, segundo se observa nas tabelas das 8 e 9.

No que se refere à variação na ocorrência de óbitos em < de 01 ano, de 2010 para 2011 houve uma diminuição geral de 4,11%. Na classificação das causas de óbito, de 2010 para 2011 houve redução de 1,04% na ocorrência de mortes por afecções do período perinatal, de 1,84% nas mortes por malformações, de 0,10% nas causas externas e de 0,16% nas causas mal definidas. Foi observado aumento de 7,87% nas mortes por afecções do aparelho respiratório.

Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, o banco de dados do Paraná, do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, aponta que 60,53% dos óbitos ocorridos em 2011 foram considerados evitáveis.



**GRÁFICO 5 - SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE INFANTIL PERINATAL, NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA, PÓS-NEONATAL, PARANÁ, 2001 A 2011**



FORNTE:SIM/SINASC/CEPI/DEVIEP/SVS /SESA-PR.  
NOTA: DADOS ATUALIZADOS EM 07/03/2013 .

**TABELA 7 - TAXA OU COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, NAS REGIONAIS DE SAÚDE, PARANÁ, 2011**

| REGIONAIS DE SAÚDE - PARANÁ      | 2011         |
|----------------------------------|--------------|
| 1. Reg. Saúde Paranaguá          | 12,95        |
| 2. Reg. Saúde Metropolitana      | 10,68        |
| 3. Reg. Saúde Ponta Grossa       | 11,46        |
| 4. Reg. Saúde Irati              | 11,32        |
| 5. Reg. Saúde Guarapuava         | 17,98        |
| 6. Reg. Saúde União da Vitória   | 11,31        |
| 7. Reg. Saúde Pato Branco        | 9,14         |
| 8. Reg. Saúde Francisco Beltrão  | 14,60        |
| 9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu      | 10,99        |
| 10. Reg. Saúde Cascavel          | 10,26        |
| 11. Reg. Saúde Campo Mourão      | 13,99        |
| 12. Reg. Saúde Umuarama          | 14,38        |
| 13. Reg. Saúde Cianorte          | 14,42        |
| 14. Reg. Saúde Paranavaí         | 11,28        |
| 15. Reg. Saúde Maringá           | 9,81         |
| 16. Reg. Saúde Apucarana         | 9,40         |
| 17. Reg. Saúde Londrina          | 11,19        |
| 18. Reg. Saúde Cornélio Procópio | 16,86        |
| 19. Reg. Saúde Jacarezinho       | 11,59        |
| 20. Reg. Saúde Toledo            | 13,72        |
| 21. Reg. Saúde Telêmaco Borba    | 8,47         |
| 22. Reg. Saúde Ivaiporã          | 14,88        |
| <b>Paraná</b>                    | <b>11,65</b> |

FORNTE: SIM/SINASC/CEPI/DEVIEP/SVS/SESA-PR.  
NOTA: DADOS ATUALIZADOS EM 04/02/2013 .

## 2.2.2 Mortalidade Materna

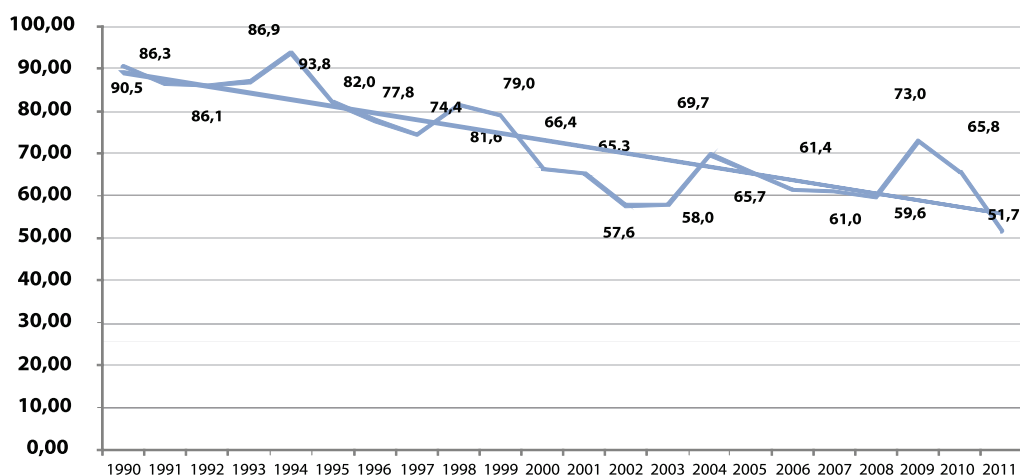
O governo brasileiro assumiu o compromisso com a Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 (140 para 100 mil nascidos vivos) e 2015. Até 2009, os índices caíram em 46% (75 para 100 mil nascidos vivos). A OPAS/OMS considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV. A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério.

A RMM no Paraná, historicamente, mostra tendência decrescente, gráfico 6. No período de 1991 a 1993, a média da RMM foi de 86,41/100.000 NV; no período de 2004 a 2008, a média da RMM foi de 63,5/100.000 NV, já no período de 2009 a 2011 (contabilizando os casos de H1N1) a média da RMM manteve-se estável em 63,5/100.000 NV. Quando comparados os períodos de 1991 a 1993 e 2009 a 2011, observa-se redução de 26,51% na RMM. Em relação à mortalidade materna, em média 85% dos casos são considerados evitáveis e 71% desses óbitos são atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros. No que se refere às causas de morte materna, as obstétricas diretas representaram, em média, 67,8% das mortes entre 2000 e 2008; 49,59% em 2009; 71,3% em 2010 e 60% em 2011. Essas causas dizem respeito aos óbitos decorrentes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e as hemorragias pós-parto são as causas mais frequentes de óbito materno, representando 27,5% das mortes registradas no ano de 2011. Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos existentes.

As taxas de cesarianas, segundo dados do SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos, têm variado de 52% (2006), 58,4% (2010) a 61% em 2011. O percentual de pré-natal com 7 ou mais consultas aumentou de 74,7% em 2006, para 80,35% em 2010 e 82% em 2011. Para o Brasil, esse índice era de 68,7% em 2008, de acordo com dados do DATASUS.

**GRÁFICO 6 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA, PARANÁ, 1990 A 2011**



FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR. | DADOS ATUALIZADOS EM 1º/11/2012

No Paraná, apesar de uma tendência de redução da mortalidade materna e infantil, precisa-se de um trabalho integrado entre as equipes técnicas multidisciplinares e interinstitucionais das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde com os Comitês de Morte Materna; bem como de investimentos na rede de atenção à saúde para vencer as fragilidades na qualidade da atenção à saúde no pré-natal, parto e puerpério, e na atenção ao recém-nascido. Conforme série histórica de 2006 a 2011, observa-se uma média de 8,45% do total de óbitos relacionados ao baixo peso ao nascer, apontando para a necessidade de intervenções voltadas para prevenção dessas ocorrências, diretamente relacionadas com índices importantes da mortalidade infantil.

### 2.2.3 Mortalidade por grupo de causas

Quanto à composição da mortalidade por grupo de causas, o que se observa é a ascensão das doenças não transmissíveis e de causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal. A primeira causa de morte no Paraná são as doenças do aparelho cardiocirculatório (IAM e AVC), que representam 29,3% dos óbitos, sendo seguida pelas neoplasias com 17,8% dos óbitos, tendo em terceiro lugar as causas externas com 13,8% dos óbitos.

A violência do trânsito juntamente com a violência interpessoal têm aumentado significativamente em todas as regiões do Estado, alternando-se como principais causas externas de mortalidade no Estado, conforme série histórica de 2001 a 2011. Quanto às violências doméstica,

sexual ou outra violência interpessoal, o perfil da principal vítima dessa violência é da mulher adolescente e/ou adulta jovem, ocorrendo também em homens mais vitimizados na infância e na adolescência. Destaque para o alto número de casos de violências sexuais em menores de um ano de idade.

Em relação à mortalidade, as principais causas de morte se diferenciam em função da faixa etária e do sexo. Conforme se percebe nas Tabelas 8 e 9, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte tanto em homens (com 26,8% das mortes masculinas) como em mulheres (32,8% entre as mulheres), mas não é a principal responsável em todas as faixas etárias em 2011.

As causas externas são as principais causas de morte nas faixas etárias mais jovens (infância, adolescência e jovens adultos), havendo mais vítimas entre os homens. Entre eles, os acidentes e as violências constituem a segunda causa de morte com cerca de 20%, enquanto entre as mulheres estão em quinto lugar (com 6,2%). As neoplasias/câncer se constituem doenças significativas para ambos os sexos, praticamente em todas as faixas etárias, com destaque para o fato de ser a principal causa de morte de mulheres de 40 a 59 anos em 2011 no Paraná.

As doenças do aparelho respiratório atingem homens e mulheres, sem distinção, e estão entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias, assim como as doenças do aparelho digestivo, com a diferença que esta última ganha mais importância a partir da fase adulta. Na análise de gênero, outra característica que surge é a morte por transtornos mentais e comportamentais, estando entre as 10 principais causas de óbito entre os homens a partir de 20 anos; e a mortalidade na gravidez e puerpério aparecendo como a 3ª causa de óbito entre mulheres de 15 a 19 anos.

Outro ponto a destacar é a presença das causas mal definidas, que representam quase 5% das causas de mortalidade no Paraná, tanto em homens como em mulheres, porém quando se verifica município a município do Estado nota-se grandes variações neste percentual. Na média dos anos 2007 a 2011, observou-se variação de 0 a 37,2%. Na análise das causas de morte no Estado, verifica-se que 74% das mortes são por condições crônicas, 14% por causas externas e 10% por condições agudas.

**TABELA 8 - PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE EM HOMENS POR FAIXA ETÁRIA – PARANÁ, 2011**

| FAIXA ETÁRIA ANOS – HOMENS |                               |                              |                              |                                |                              |                                |                              |                                |                                |                              |                              |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|                            | < 1 ANO                       | 1 A 4 ANOS                   | 5 A 9 ANOS                   | 10 A 14 ANOS                   | 15 A 19 ANOS                 | 20 A 29 ANOS                   | 30 A 39 ANOS                 | 40 A 49 ANOS                   | 50 A 59 ANOS                   | 60 E MAIS                    | TOTAL                        |
| 1                          | ALG. AFEC. PER. PERINATAL     | CAUSAS EXTERNAS              | CAUSAS EXTERNAS              | CAUSAS EXTERNAS                | CAUSAS EXTERNAS              | CAUSAS EXTERNAS                | CAUSAS EXTERNAS              | CAUSAS EXTERNAS                | DAC                            | DAC                          | DAC                          |
| 2                          | MALF. CONG.                   | MALF. CONG.                  | NEOPLASIAS                   | NEOPLASIAS                     | DSN                          | NEOPLASIAS                     | DAC                          | DAC                            | NEOPLASIAS                     | NEOPLASIAS                   | CAUSAS EXTERNAS              |
| 3                          | CAUSAS EXTERNAS               | NEOPLASIAS                   | DSN                          | DSN                            | NEOPLASIAS                   | DAC                            | DIP                          | NEOPLASIAS                     | CAUSAS EXTERNAS                | DAR                          | NEOPLASIAS                   |
| 4                          | DAR                           | DSN                          | MALF. CONFIG                 | DIP<br>DAC                     | MAL<br>DEFINIDAS             | DSN                            | NEOPLASIAS                   | DAD                            | DAD                            | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | DAR                          |
| 5                          | MAL.<br>DEFINIDAS             | DIP                          | DIP                          | DAR                            | DAC                          | DIP                            | DAD                          | DIP                            | DAR                            | DAD                          | DAR                          |
| 6                          | DIP                           | DAR                          | DAD                          | MALF. CONG.                    | DIP                          | DAR                            | MAL<br>DEFINIDAS             | MAL<br>DEFINIDAS               | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB.   | MAL<br>DEFINIDAS             | MAL<br>DEFINIDAS             |
| 7                          | DSN                           | MAL<br>DEFINIDAS             | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | DAG                            | MALF. CONG.                  | DAD                            | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | TRANST.<br>MENTAIS.<br>E COMP. | MAL<br>DEFINIDAS               | CAUSAS<br>EXTERNAS           | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. |
| 8                          | .D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | TRANST.<br>MENTAIS.<br>DAC   | TRANST.<br>MENTAIS.<br>E COMP. | DAD                          | TRANST.<br>MENTAIS.<br>E COMP. | DAR                          | DAR                            | DIP                            | DAG                          | DIP                          |
| 9                          | DAC                           | DOENÇAS SANGUE               | DOENÇAS SANGUE               | DAC                            | DAR                          | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB.   | DSN                          | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB.   | TRANST.<br>MENTAIS.<br>E COMP. | DSN                          | DSN                          |
| 10                         | NEOPLASIAS                    | DAC                          |                              |                                | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | DOENÇAS SANGUE                 | D. END.<br>NUTR. E<br>METAB. | DSN                            | DSN                            | DIP                          | DAG                          |

**DDAG – DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO | DIP – DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS | DAR – DOENÇAS DO AP. RESPIRATÓRIO  
DAD – DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO | DSN – DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO | DAC – DOENÇAS DO AP. CIRCULATÓRIO  
FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR**

**TABELA 9 - PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE EM MULHERES POR FAIXA ETÁRIA – PARANÁ, 2011**

| FAIXA ETÁRIA ANOS - MULHERES |                           |                        |                        |                           |                               |                         |   |                         |                         |                         |                         |
|------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                              | < 1 ano                   | 1 a 4 anos             | 5 a 9 anos             | 10 a 14 anos              | 15 a 19 anos                  | 20 a 29 anos            | 30 a 39 anos                            | 40 a 49 anos            | 50 a 59 anos            | 60 e mais               | Total                   |
| 1                            | ALG. AFEC. PER. PERINATAL | MALF. CONG.            | CAUSAS EXTERNAS        | CAUSAS EXTERNAS           | CAUSAS EXTERNAS               | CAUSAS EXTERNAS         | CAUSAS EXTERNAS                         | NEOPLASIAS              | NEOPLASIAS              | DAC                     | DAC                     |
| 2                            | MALF. CONG.               | CAUSAS EXTERNAS        | NEOPLASIAS             | NEOPLASIAS                | NEOPLASIAS                    | NEOPLASIAS              | NEOPLASIA                               | DAC                     | DAC                     | NEOPLASIAS              | NEOPLASIAS              |
| 3                            | CAUSAS EXTERNAS           | DSN                    | MALF. CONG.            | DSN                       | DSN E GRAV. PARTO E PUERPERIO | DAC                     | DAC                                     | CAUSAS EXTERNAS         | D. END. NUTRI. E METAB. | DAR                     | DAR                     |
| 4                            | DAR                       | DAR                    | DSN<br>DIP             | DAR                       | DAC                           | DIP                     | DIP                                     | DIP                     | DAR                     | D. END. NUTRI. E METAB. | D. END. NUTRI. E METAB. |
| 5                            | MAL DEFINIDAS             | DIP                    | DAR                    | DIP                       | MALF. CONG.                   | GRAV. PARTO E PUERPERIO | DAD                                     | D. END. NUTRI. E METAB. | DAD                     | MAL DEFINIDAS           | CAUSAS EXTERNAS         |
| 6                            | DIP                       | DOENÇAS SANGUE         | D. END. NUTR. E METAB. | DAD                       | DAR                           | DSN                     | D. END. NUTR. E METAB. E DAR            | DAD                     | CAUSAS EXTERNAS         | DAD                     | MAL DEFINIDAS           |
| 7                            | D. END. NUTR. E METAB.    | D. END. NUTR. E METAB. | DAD                    | DAC E D. SIST. OSTEOMUSC. | D. END. NUTR. E METAB.        | D. END. NUTR. E METAB.  | GRAV. PARTO E PUERPERIO E MAL DEFINIDAS | DAR                     | MAL DEFINIDAS           | DSN                     | DAD                     |
| 8                            | DSN                       | DAD E DAC              | MAL DEFINIDAS E DAC    | TRANSTORNOS MENTAIS       | DIP E MAL DEFINIDAS           | DAD                     | DSN                                     | MAL DEFINIDAS           | DIP                     | CAUSAS EXTERNAS         | DSN                     |
| 9                            | DAC                       | D. AP. GENITURINÁRIO   |                        |                           | DOENÇAS SANGUE                | MAL DEFINIDAS           |   | DSN                     | D. AP. GENITURINÁRIO    | D. AP. GENITURINÁRIO    | DIP                     |
| 10                           | NEOPLASIAS E DAD          |                        |                        |                           | D. AP. GENITURINÁRIO          | DAR                     | D. END. NUTR. E METAB.                  | D. AP. GENITURINÁRIO    | DSN                     | DIP                     | D. AP. GENITURINÁRIO    |

**DAR – DOENÇAS DO AP. RESPIRATÓRIO | DIP – DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS | DSN – DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO**

**DAC – DOENÇAS DO AP. CIRCULATÓRIO | DAD – DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO**

**FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR**

#### 2.2.4 Morbimortalidade por doenças transmissíveis

Como se observa, o Paraná apresenta um quadro de tripla carga de doenças, com predomínio das condições crônicas e o forte incremento da violência em todas as regiões do estado, o que impõe a necessidade de mudar o modelo de organização das redes de atenção a saúde. Além disso, persistem outras situações de enfrentamento, como a emergência (ou reemergência) de agravos à saúde: hepatites, dengue, bactérias multirresistentes, zoonoses e epizootias de interesse à saúde pública, entre outras. Por outro lado, antigos problemas de saúde pública persistem, como a tuberculose, a hanseníase, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis/DST e Aids.

Outro desafio para o SUS no Estado é o de controlar riscos e agravos relacionados aos novos tempos, de globalização, como os derivados do aumento vertiginoso da circulação de pessoas e mercadorias de outros países e a introdução de novos produtos e tecnologias, em um mercado aberto e sem fronteiras. Há também a preocupação com as pandemias, como a da influenza em 2009, com a relação meio ambiente e saúde; com o abuso na utilização de medicamentos, agrotóxicos e drogas veterinárias; com os agravos à saúde do trabalhador e com os direitos dos consumidores e usuários do sistema, muito mais ativos e organizados.

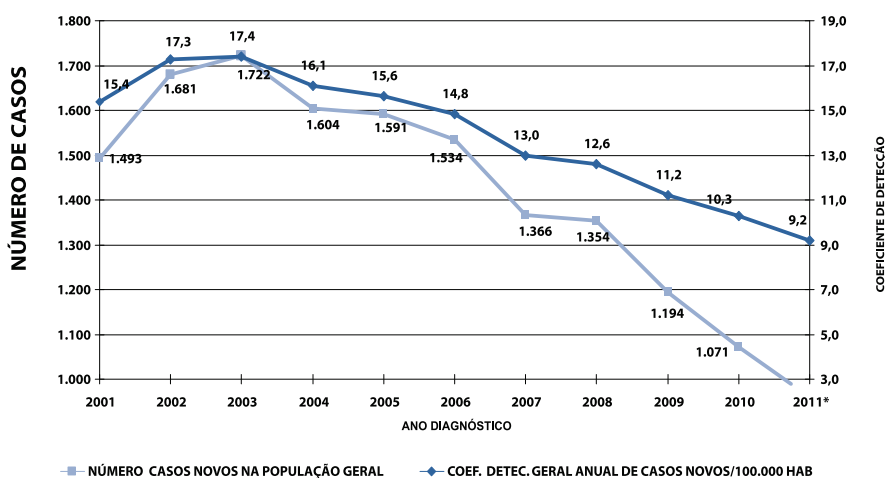
Nas três últimas décadas, a situação epidemiológica das doenças transmissíveis apresenta um quadro complexo, que se resume nas seguintes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante, doenças transmissíveis com quadro persistente e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Entre as transmissíveis com quadro declinante inserem-se as doenças que dispõem de medidas eficazes de prevenção e controle, especialmente as doenças imunopreveníveis, cuja tendência de redução tem persistido, sendo que as mesmas encontram-se em franco declínio, com reduções drásticas nas taxas de incidências, alcançadas por meio de ações da Vigilância Epidemiológica para sua erradicação, eliminação e controle. No Paraná, o último caso de poliomielite foi em 1986; o sarampo encontra-se com a transmissão interrompida desde 1999 e a rubéola, desde 2000, ressurgindo em 2007 com 37 casos autóctones. O Estado não apresenta casos de tétano neonatal desde 2008. Ainda, no âmbito das doenças transmissíveis com tendência declinante, estão a difteria (último caso em 2011), a coqueluche (174 casos em 2011) e o tétano acidental (18 casos em 2011), que têm em comum o fato de serem imunopreveníveis. Exemplificando o impacto da redução produzida nessas incidências (sarampo, poliomielite, tétano acidental e neonatal, coqueluche, difteria), foram registrados 28.967 casos para o conjunto dessas doenças em 1980; número

esse que se reduziu para 18 casos de tétano acidental e 174 casos de coqueluche 32 anos depois. Mais significativo ainda foi a redução na mortalidade e na ocorrência de sequelas, com impactos relevantes na qualidade de vida.

A hanseníase, a Doença de Chagas e a raiva humana também se caracterizam como doenças em declínio. No Paraná, os primeiros casos de hanseníase datam de 1816, vindos da Região Norte do país que passaram a residir no Estado. O controle da endemia é fundamentado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares, ações que devem ser executadas em toda rede de atenção. Pela incidência declinante da doença, mesmo com todas as capacitações sobre as ações de controle, treinamentos em serviço, da institucionalização do Dia Estadual de Conscientização sobre a Hanseníase, para dar maior visibilidade sobre a doença à população geral, os profissionais de saúde não estão totalmente sensíveis para o diagnóstico precoce nas Unidades de Saúde.

**GRÁFICO 7 - COEFICIENTE DE DETECÇÃO GERAL DE HANSENÍASE, PARANÁ, 2001 A 2011**

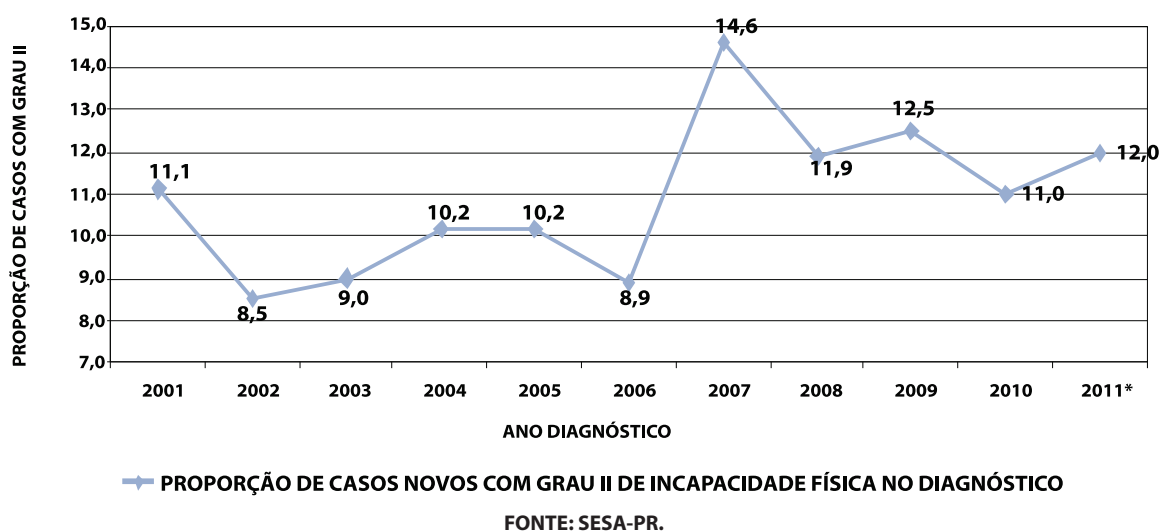


FONTE: SINANNET/SVS/CEPI/DVVTR/14/02/2013.

O Gráfico 7 mostra que o Coeficiente de Detecção de casos novos de hanseníase ao longo de 10 anos tem diminuído de forma lenta, mas significativa para se controlar a doença. Entre os anos de 2008 e 2011 houve diminuição gradativa da doença maior que 10% ao ano.



**GRÁFICO 8 - PROPORÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE COM GRAU II DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO. PARANÁ, 2001 A 2011**



O Paraná nos últimos cinco anos vem apresentando um alto grau II de Incapacidade Física, gráfico 8, demonstrando que o diagnóstico é tardio. Analisando-se os municípios individualmente, observou-se que 56 municípios possuem uma proporção de grau II de incapacidade física entre 20% a 80%, o que aumenta significativamente esse indicador no Paraná, tendo em vista que o parâmetro usado para avaliação é: bom < 5%, médio 5 a 9% e alto > 10%. Para o fortalecimento da prevenção da incapacidade, há 13 grupos de autocuidado nas regionais de Saúde de Maringá, Paranavaí, Londrina, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, União da Vitória, Pato Branco e Curitiba, que têm como objetivo estimular a formação de consciência de riscos para a integridade física, fortalecer autonomia, mudar hábitos de vida, promover atitudes de realização do autocuidado e a prevenção das incapacidades físicas.

Quanto à Doença de Chagas, a prevalência da doença no Estado é de 0,05%, identificada no Inquérito Nacional de Soroprevalência da Infecção Chagásica (INSIC\_2005). Identificaram-se duas amostras reagentes em menores de 5 anos de idade, entre as 3.869 coletadas, uma com infecção comprovadamente por transmissão congênita e a outra, ainda a ser confirmada. O INSIC foi concluído e envolveu 160 municípios sorteados no Paraná. Em 2010, foram registrados 231 óbitos tendo como causa base a Doença de Chagas, com faixa etária a partir dos 30 anos, com maior concentração dos óbitos acima dos 50 anos. A gravidade da doença se dá pela possibilidade de retorno do agravo ao Estado, pois o problema continua ocorrendo em diversas divisas.

Em relação à raiva humana, não são registrados casos no Paraná desde 1987, quando foi confirmado um caso por critério clínico-epidemiológico, transmitido por morcego. O último caso de raiva humana transmitida por cão no Paraná ocorreu em 1977. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) registra anualmente uma média de 35.000 notificações de pessoas expostas ao risco de contrair a raiva, na maioria, agressões por cães e gatos; porém é elevado o número de contatos com morcegos, animais silvestres ou mesmo animais de produção (bovinos, equinos, suínos, etc.) com confirmação laboratorial de raiva.

Segundo dados do Centro de Diagnóstico Marcos Enrietti/SEAB, em 2011, a maior concentração de raiva animal está entre os bovinos, com 99 casos; seguida pelos morcegos não hematófagos com 14 casos, 06 casos em equinos, 02 casos em morcegos hematófagos e 01 caso em outros animais, de um total de 122 casos detectados. Esses dados reforçam a necessidade de uma vigilância atenta para evitar a ocorrência de casos humanos.

Entre as doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência ou de redução recente, destacam-se: as meningites, em especial as causadas pelos meningococos B e C, que apresentam níveis importantes de transmissão; as hepatites virais; a tuberculose, a Aids e as DSTs; as doenças diarreicas agudas; e, entre as zoonoses e as doenças transmitidas por vetores, a esquistossomose, a febre amarela, a leishmaniose, a leptospirose, a malária, o tracoma e os acidentes por animais peçonhentos.

Quanto às meningites, ocorrem anualmente uma média de 1.986 casos de diversas etiologias no Paraná, desde 2007. Dentre eles, 126 são de meningite meningocócica, 70 causadas por pneumococos, 19 de meningites tuberculosa e 351 de outras etiologias (considerando de 2007 a 2011). Por outro lado, são observados níveis de redução na ocorrência da meningite causada por *Haemophilus influenzae* do tipo B (166 casos em 1992, para atualmente uma média anual de 7 casos, considerando de 2007 a 2011), ou seja, redução atribuída à vacinação de menores de 5 anos desde 1999.

As hepatites virais, principalmente as de etiologia B e C, são consideradas um problema de grande relevância em saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da Hepatite B (HBV). A infecção pelo vírus da Hepatite B é endêmica em muitas partes do mundo, estimando-se que existam aproximadamente 325 milhões de portadores crônicos desse vírus, cerca de 5% da população mundial.

Atualmente, a infecção pelo vírus da Hepatite C (HCV) é considerada a doença infecciosa mais importante em todo o mundo, estimando-se cerca de 170 milhões de portadores. A Hepatite

C é a principal indicação de transplante hepático. Além disso, a forma crônica tem alto potencial evolutivo para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC) com alto custo diagnóstico.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que pelo menos 70% da população já teve contato com o vírus da Hepatite A e 15% com o vírus da Hepatite B. Os casos crônicos de Hepatite B e C devem corresponder a cerca de 1,0% da população brasileira, agravando ainda mais a cadeia de transmissão do HBV e HCV. O comportamento da doença por agente etiológico, de 2007 a 2011, pode ser observada na tabela 10. Estes dados, no entanto, não retratam a realidade da situação epidemiológica, pois existem ainda muitos casos de subnotificação e dificuldade de diagnóstico por ser uma doença de evolução silenciosa

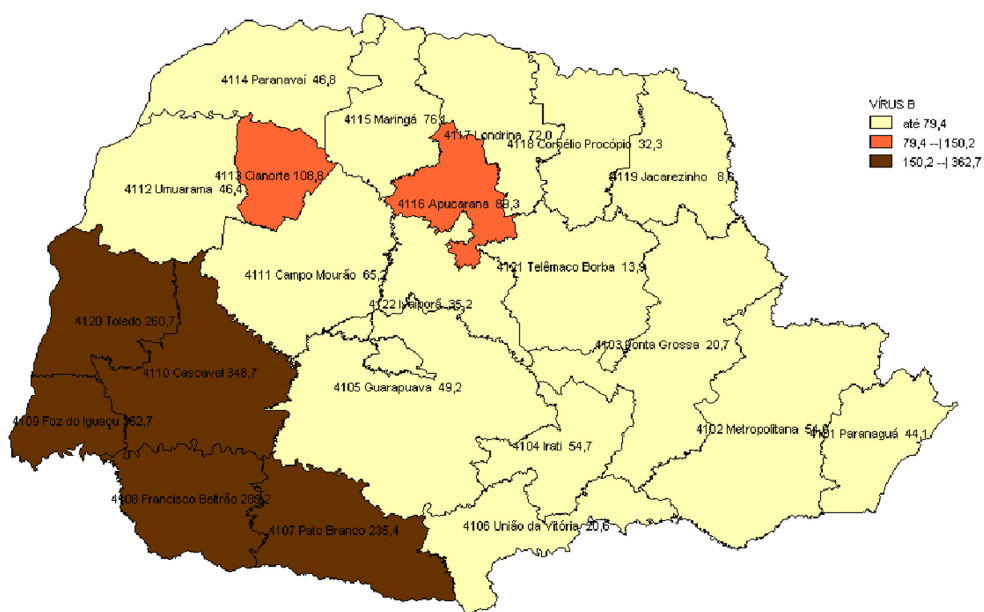
**TABELA 10 - NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES VIRAIS, PARANÁ, 2007 A 2012**

| <b>ANO</b>   | <b>Vírus A</b> | <b>Vírus B</b> | <b>Vírus C</b> | <b>TOTAL</b>  |
|--------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| <b>2007</b>  | 1.408          | 1.458          | 775            | 3.641         |
| <b>2008</b>  | 773            | 1.319          | 791            | 2.883         |
| <b>2009</b>  | 515            | 1.358          | 807            | 2.680         |
| <b>2010</b>  | 126            | 1.483          | 896            | 2.505         |
| <b>2011</b>  | 72             | 1.328          | 796            | 2.196         |
| <b>TOTAL</b> | <b>2.894</b>   | <b>6.946</b>   | <b>4.065</b>   | <b>13.905</b> |

FONTE: SESA-PR -19/01/2012.

Nos mapas 6 e 7 a seguir pode-se observar o comportamento das hepatites B e C em todas as regiões do Estado. A Hepatite C possui maior número de casos nos grandes Centros, enquanto a Hepatite B é mais endêmica na Região Oeste do Estado.

**MAPA 6 - TAXA DE DETECÇÃO ACUMULADA DE HEPATITE B POR 100.000 HAB, REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, 2003 A 2011**



FONTE: SESA-PR.

**MAPA 7 - TAXA DE DETECÇÃO ACUMULADA DE HEPATITE C POR 100.000 HAB, REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, 2003 A 2011**



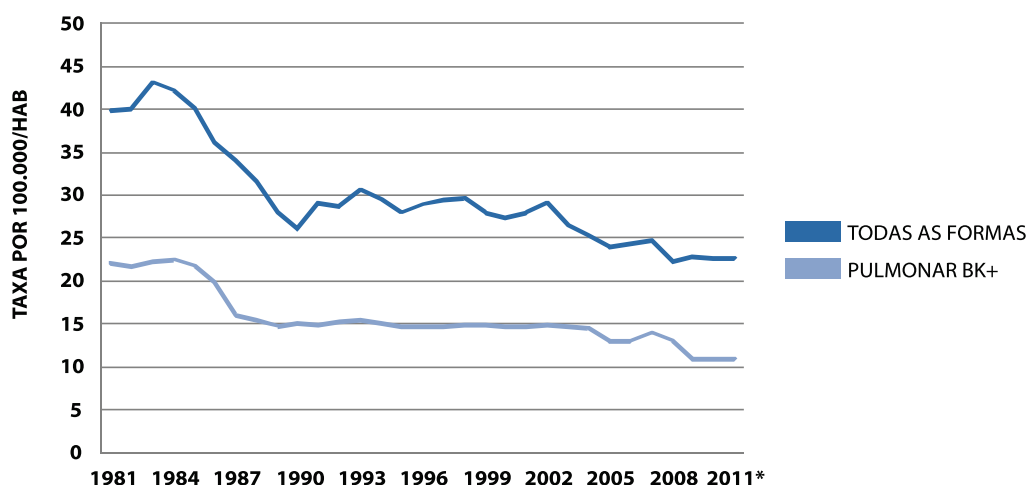
FONTE: SESA-PR.

Ao se analisar os casos de Hepatite B em gestantes no Paraná nos últimos cinco anos, observa-se um número elevado em algumas Regionais de Saúde, sobretudo naquelas com maiores índices de detecção de casos crônicos. Como medida de prevenção da transmissão vertical do vírus da Hepatite B, preconiza-se a testagem de todas as gestantes nas unidades de saúde, no primeiro trimestre de gravidez, o que possibilita a adoção de medidas preventivas no momento do parto (Imunoglobulina contra Hepatite B e vacinação nas primeiras 12 horas de vida). Recomenda-se, ainda, para as gestantes suscetíveis à Hepatite B, vacinação após o primeiro trimestre de gravidez, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) tem buscado cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) implementando e fortalecendo a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) da Organização Mundial da Saúde implantada no Brasil em 1998. Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Primária, ampliando o acesso da população em geral e populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, indígenas, dependentes químicos. Os resultados que o Paraná apresenta atualmente para controle da tuberculose, porém, estão aquém do desejado. Há anos se mantém encontrando apenas 30% dos casos esperados, enquanto o ideal seria diagnosticar 70% dos casos pulmonares bacilíferos e curar 85% deles.

A mortalidade por tuberculose no Paraná em 2010 ocupa o 6.º lugar, quando comparada a outras doenças infecciosas e parasitárias, tendo à sua frente a mortalidade por HIV, septicemia, Doença de Chagas, doença infecciosa intestinal e hepatites virais. Essa posição é incômoda, por se tratar de uma doença prevenível e curável. A meta da Organização Mundial da Saúde é de atingir no ano de 2015 a metade da taxa em relação ao de 1990 que foi 1,8 por 100 mil hab. Em 2011, estávamos com uma taxa de 1,2 por 100 mil hab. e a meta é atingir a taxa de 0,9 por 100 mil habitantes até 2015. Quanto à taxa de incidência por 100 mil hab., a mesma mantém-se estável, com uma queda quase que imperceptível nas últimas décadas para todas as formas e para as formas pulmonares bacilíferas, que apresentou leve elevação em 2011 em relação a 2010.

**GRÁFICO 9 - INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE, PARANÁ 1981 À 2011**



FONTE : SESA/SVS/DECA/DVSDE/PECT/SIN EM 24.01.2012 \*DADOS PRELIMINARES

A tuberculose resistente tem sido alvo de grande preocupação no Estado. Nos dois últimos anos, o PECT tem investido no controle das solicitações de cultura, identificação do bacilo e teste de sensibilidade nos casos indicados pelo protocolo em todas as oportunidades de capacitação e monitoramento. Em parceria com o LACEN-PR e com a implantação do meio de cultura Ogawa-Kudoh, tem-se colhido bons resultados. Esses casos não estavam sendo diagnosticados, possibilitando a transmissão primária de casos resistentes. O resultado desse trabalho foi o aumento do número da incidência de tuberculose multirresistente (TBMR) nos dois últimos anos e também da tuberculose monorresistente, especialmente nas Regionais de Saúde de Curitiba, Foz do Iguaçu e Paranaguá.

Em 2006, a taxa de incidência da tuberculose no Paraná foi de 23,2/100.000 hab., gráfico 9, sendo 50,0% desses casos bacilíferos. Essa incidência não é considerada elevada, mas há concentração de casos em determinadas regiões: Paranaguá (litoral e área portuária) e Foz de Iguaçu (região de fronteira), com 62,0 e 35,3 casos novos/100.000 hab., respectivamente.

Os indicadores de percentual de cura e de abandono do tratamento (71,9% e 6,7%, respectivamente) do ano de 2006 encontram-se abaixo do preconizado (cura maior ou igual a 85% e abandono inferior a 5%), se comparados aos parâmetros do Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Em 2007, o Paraná pactuou a meta de 72,6% de cura dos casos novos de bacilíferos e redução de abandono para taxas inferiores a 7%.

A partir de 2010, o PECT entendeu a necessidade de se implantar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) a todos os pacientes, independente da forma de tuberculose, para que essa estratégia melhore os resultados de cura e acompanhamento do paciente. Por meio do vínculo criado no contato direto com o paciente, a equipe elimina o abandono; acompanha as baciloscopias de controle; diagnostica precocemente efeitos adversos e elimina a probabilidade do aparecimento de resistência adquirida.

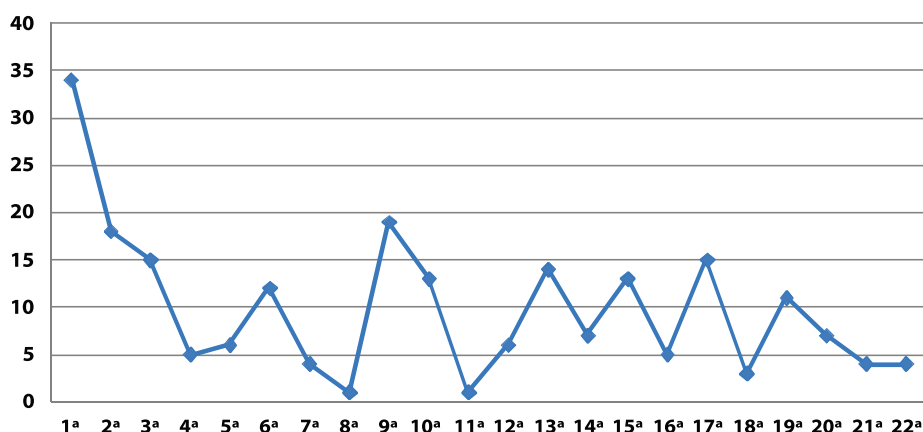
A coinfeção por tuberculose e HIV no Paraná é elevada e vem aumentando todos os anos. Para diminuir a tuberculose entre os pacientes portadores HIV, tem-se investido em treinamentos de aplicação e leitura da prova tuberculínica, visando ao diagnóstico da infecção antes do aparecimento da doença e assim introduzir o tratamento para a infecção latente da tuberculose. Em dezembro de 2010, a SESA/Paraná implantou o sistema informatizado de notificação do tratamento da infecção latente (SILTB), tornando-se o segundo estado brasileiro a criar esse sistema depois de São Paulo.

A Aids no Paraná conta com 26.350 casos acumulados do ano de 1984 até 2011, ocupando o 8º lugar em número absoluto de casos no Brasil. Desse total, 25.437 (96,5%) são em adultos e 913 (3,5%) em menores de 13 anos. O estudo dos casos ao longo dos 27 anos de epidemia aponta em torno de 1.300 casos novos por ano, mostrando uma tendência de estabilização no seu número absoluto. Em relação à mortalidade, foram notificados 8.338 óbitos (31,64%) por Aids no Estado de 1984 a 2011.

Os últimos dados epidemiológicos apontam ainda para o aumento do número de casos em heterossexuais (63,19% dos casos estão associados à forma de contato heterossexual) e em mulheres (principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos que concentra 49,13% dos casos). Outra observação importante, refere-se à razão entre o número de casos entre homens e mulheres, que já foi de 7,6 para 1 em 1988 e registrou 1,8 homem para 1 mulher em 2011. O crescimento do número de casos em mulheres repercute na transmissão vertical da doença.

As Regionais de Saúde que apresentam maior número absoluto de casos de Aids acumulados são: a 2ª com 12.400 casos (47%), a 17ª com 2.487 (9,4%) e a 15ª com 1.756 (6,7%); somando 63,1% dos casos notificados no Estado. A taxa de incidência em adultos foi 12,37 casos por 100.000 habitantes, no ano de 2010, no Paraná; e as regionais com maior risco de ocorrência de casos novos são: Paranaguá, Foz do Iguaçu, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Londrina e Cascavel, gráfico 10. Essas informações mostram um cenário de heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia no Estado.

**GRÁFICO 10 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE AIDS POR RS, PARANÁ – 2010**



FONTE: SESA-PR.

No Estado, foram notificadas 242 gestantes portadoras de infecção por HIV em 2011. O maior número ocorreu na 2ª RS com 128 casos (53%), seguido da 1ª RS com 23 casos (9,0%). Deste total, 219 (90,5%) gestantes realizaram pré-natal, 15 (6,2%) não realizaram e em 08 (3,3%) casos não há informação sobre o acompanhamento. Com relação ao momento do diagnóstico, 96 tiveram o diagnóstico antes do pré-natal, 129 durante o pré-natal, 13 durante o parto e 04 após o parto.

A redução do número de casos de transmissão vertical ocorre devido ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e da gravidez e pelo uso da medicação antirretroviral (ARV) nos períodos recomendados. Das 242 gestantes notificadas, 166 (68,6%) fizeram o uso da medicação, sendo que dos recém-nascidos 138 fizeram uso da ARV nas primeiras 24 horas. Em Curitiba, a taxa de transmissão vertical das crianças acompanhadas foi de 5,3% no período de 1999 a 2003 e de 4,2% de 2004 a 2006.

O cálculo da taxa de transmissão vertical no Estado depende de vários fatores, cabendo citar a necessidade de: vinculação precoce de gestantes na atenção primária à saúde e outros serviços; implantação e rastreamento do HIV em gestante; notificação, monitoramento, gestão da clínica e de caso, bem como de uma linha de cuidados da gestante e da criança.

Em 2011, notificaram-se 277 casos da sífilis congênita em recém-natos no Paraná. Dentre o conjunto de mães das crianças diagnosticadas, 235 realizaram pré-natal, 190 (69%) obtiveram diagnóstico durante o pré-natal, 61 (22%) tiveram diagnóstico no momento do parto, 21 (8%) casos após o parto e 03 (1%) não realizaram o pré-natal. Quanto ao esquema de tratamento, 84 crianças foram tratadas adequadamente, 115 tiveram tratamento diverso do preconizado, 64 não realizaram esquema de tratamento e em 12 casos, não há informação de tratamento na ficha epidemiológica.



No ano de 2011, foram diagnosticados 494 casos de sífilis em gestantes, sendo que o maior número foi na 2ª RS com 249 (51%) casos. No que se refere à classificação, 213 (43%) casos foram de sífilis primária; 29 (6%) de sífilis secundária; 17 (4%) de sífilis terciária; 137 (28%) de sífilis em latente e 99 (19%) casos não tiveram esta informação registrada na notificação.

As diarreias agudas passaram a ser monitoradas no Paraná a partir de outubro de 2010 pelo Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (CIEVS). Tal monitoramento foi pactuado com os municípios, mas muitos ainda não o fazem. Como medida para melhoria do evento citado foram ofertadas capacitações aos profissionais de saúde das regionais e municípios. Embora a taxa de mortalidade por doenças diarreicas venha reduzindo ao longo dos anos no Paraná, a taxa média se manteve em 1,9 por 100 mil habitantes no período de 2005 a 2009. No último ano, as Regionais de Irati, Ivaiporã e Francisco Beltrão contribuíram com os índices mais altos. Em relação a 1998, a região de Guarapuava foi aquela que apresentou a maior queda (10,7 para 1,96 por 100 mil habitantes).

O monitoramento sistemático das doenças diarreicas agudas, com a coleta de amostras, tem permitido o conhecimento precoce da ocorrência de surtos de gastroenterites e intoxicação alimentar, bem como o diagnóstico do agente etiológico. O LACEN-PR disponibiliza kits para diagnóstico dos seguintes vírus: Adenovírus, Norovírus e Rotavírus, e também para 7 bactérias.

A esquistossomose requer a realização de exames de fezes nas populações sob risco, mapeadas mediante a atualização da Carta Planorbídica. Este trabalho já pesquisou todas as áreas mais críticas para o agravo no Estado e se encontra em fase de finalização, para que o controle da esquistossomose se torne efetivo.

O Estado não registra casos de febre amarela silvestre há mais de 40 anos, contudo o trabalho de prevenção deve ser constante para evitar que a doença volte ao Estado. Uma das ações para a prevenção da doença é o trabalho da equipe da vigilância epidemiológica, especialmente em regiões de fronteira do Estado e próximas às matas, que apresentam maior possibilidade de abrigar o mosquito transmissor da forma silvestre da doença (*Aedes Aegypti*). No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, foram investigadas 256 ocorrências de epizootias, sendo 52 na espécie alouattas, com 04 casos confirmados pelo critério laboratorial. Por recomendação do Ministério da Saúde, a vacina contra febre amarela deve ser administrada para residentes ou pessoas que irão se deslocar para áreas com risco de transmissão da doença e está disponível nas salas de vacina.

A leishmaniose tegumentar americana é endêmica no Paraná. Ela é transmitida por flebotom-

míneos, com uma prevalência importante nas regiões Norte, Noroeste, Oeste e no Vale do Ribeira. A média anual é de aproximadamente 700 casos e tem grande importância como doença relacionada ao trabalho e outras atividades em áreas de transmissão. Na evolução tardia do agravo ocorrem casos de leishmaniose cutâneo mucosa, com graves sequelas e complicações, principalmente por diagnóstico tardio devido ao desconhecimento de algumas equipes de atenção à saúde. O índice de cura é o principal dado no acompanhamento da doença.

A leishmaniose visceral constitui também uma importante doença transmitida por vetor e tem no cão doméstico o reservatório animal mais importante. A maior incidência se dá em crianças e a letalidade é alta e dependente da precocidade e precisão do diagnóstico. No Paraná, ainda não foi observada a ocorrência do principal vetor, a *Lutzomyia longipalpis*, porém há o risco de instalação do ciclo de transmissão, que tem registros nos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, além do Paraguai e Argentina. Há necessidade de pesquisas entomológicas constantes para observar a possível presença do vetor e em reservatórios animais para reconhecer o mais precocemente possível a entrada deste agravo no Estado.

A leptospirose (chamada de doença de Weil) é notificada por todas as Regionais de Saúde do Estado. Em 2011, a 2ª RS (Capital e Região Metropolitana) registrou 285 casos (70% do total), a 1ª RS (Paranaguá) 47 casos e a 10ª RS (Cascavel) 15 casos, todos confirmados. A letalidade no Estado variou de 8 a 17,5% no período de 2000 a 2011 (Dados preliminares/Sinan Net de 30/12/2011).

A malária continua sendo um importante problema de saúde pública, sendo que mais de 60% do território brasileiro está em franca fase de transmissão da doença ou possui condições para que ela ocorra. O número de casos importados no Paraná tem se mantido constante nos últimos anos, próximo de 200 casos novos confirmados ao ano. No Paraná, a transmissão da malária ocorre na 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu, principalmente nas localidades situadas na região da tríplice fronteira, mas está documentada a presença do principal vetor da malária, o mosquito *Anopheles darlingi*, em toda a região oeste do Estado, desde Foz do Iguaçu até a região de Paranaíba, que faz divisa com o Paraguai e Mato Grosso do Sul. Há também a presença dos mosquitos *Anopheles cruzii* e *A. bellator* no litoral do Estado. Por ser um agravo de transmissão não habitual no Paraná, por vezes ocorre demora no diagnóstico da malária pela rede assistencial assim como falhas de tratamento.

Os acidentes por animais peçonhentos são causados por animais vertebrados (serpentes, peixes) e invertebrados (abelhas, lagartas, aranhas, escorpiões, animais aquáticos) e podem causar envenenamento pela inoculação de substâncias tóxicas em seres humanos. O Paraná registra

o maior número de acidentes por aranhas no Brasil, com mais de 4.000 casos/ano. As taxas de incidência vêm crescendo principalmente em pequenos municípios. Observa-se, também, o crescimento do número de acidentes por escorpiões da espécie *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo), com distribuição cada vez mais ampla nos municípios do estado, sendo que a espécie causadora de óbitos também está em outros estados do país. Já os acidentes por serpentes apresentam variação na incidência, no entanto os casos de acidentes pelo gênero da cascavel vêm aumentando gradativamente em relação aos causados pelas jararacas. A vigilância da distribuição de lagartas *Lonomia sp* bem como a qualidade do diagnóstico e tratamento, são fatores incondicionais para reduzir a morbimortalidade por esses acidentes, quadro 1.

**QUADRO 1 - ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS, DISTRIBUIÇÃO POR ESPÉCIE, REGIONAIS DE SAÚDE – PARANÁ, 2007 A 2011**

| REGIONAL OCORRÊNCIA               | IGN/BRANCO | SERPENTE | ARANHA | ESCORPIÃO | LAGARTA | ABELHA | OUTROS | TOTAL  |
|-----------------------------------|------------|----------|--------|-----------|---------|--------|--------|--------|
| <b>1ª RS</b><br>Paranaguá         | 124        | 390      | 533    | 1         | 59      | 77     | 727    | 1.911  |
| <b>2ª RS</b><br>Metropolitana     | 1.422      | 641      | 22.603 | 171       | 1.158   | 963    | 292    | 27.250 |
| <b>3ª RS</b><br>Ponta Grossa      | 26         | 283      | 3.469  | 964       | 419     | 75     | 28     | 5.264  |
| <b>4ª RS</b><br>Iratí             | 55         | 247      | 3.326  | 32        | 70      | 194    | 86     | 5.264  |
| <b>5ª RS</b><br>Guarapuava        | 32         | 584      | 2.551  | 177       | 179     | 84     | 35     | 3.642  |
| <b>6ª RS</b><br>União da Vitória  | 5          | 278      | 2.062  | 80        | 93      | 96     | 32     | 2.646  |
| <b>7ª RS</b><br>Pato Branco       | 214        | 238      | 3.570  | 207       | 592     | 279    | 64     | 5.164  |
| <b>8ª RS</b><br>Francisco Beltrão | 55         | 217      | 1.863  | 38        | 142     | 59     | 32     | 2.406  |
| <b>9ª RS</b><br>Foz do Iguaçu     | 414        | 141      | 835    | 39        | 70      | 241    | 98     | 1.838  |
| <b>10ª RS</b><br>Cascavel         | 60         | 293      | 1.592  | 21        | 312     | 186    | 84     | 2.548  |
| <b>11ª RS</b><br>Campo Mourão     | 48         | 192      | 584    | 66        | 89      | 155    | 28     | 1.162  |
| <b>12ª RS</b><br>Umuarama         | 3          | 51       | 78     | 23        | 6       | 11     | 3      | 175    |
| <b>13ª RS</b><br>Cianorte         | 8          | 43       | 165    | 114       | 35      | 56     | 10     | 431    |

| REGIONAL OCORRÊNCIA                | IGN/BRANCO   | SERPENTE     | ARANHA        | ESCORPIÃO    | LAGARTA      | ABELHA       | OUTROS       | TOTAL         |
|------------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>14ª RS</b><br>Paranavaí         | 21           | 93           | 131           | 687          | 35           | 179          | 34           | 1.180         |
| <b>15ª RS</b><br>Maringá           | 71           | 92           | 627           | 372          | 202          | 120          | 50           | 1.534         |
| <b>16ª RS</b><br>Apucarana         | 107          | 189          | 674           | 70           | 658          | 523          | 116          | 2.337         |
| <b>17ª RS</b><br>Londrina          | 230          | 264          | 965           | 300          | 885          | 313          | 326          | 3.283         |
| <b>18ª RS</b><br>Cornélio Procópio | 15           | 109          | 262           | 149          | 80           | 88           | 9            | 172           |
| <b>19ª RS</b><br>Jacarezinho       | 34           | 123          | 584           | 147          | 265          | 78           | 2            | 1.233         |
| <b>20ª RS</b><br>Toledo            | 17           | 142          | 402           | 6            | 98           | 31           | 12           | 708           |
| <b>21ª RS</b><br>Telêmaco Borba    | 27           | 188          | 406           | 13           | 37           | 37           | 91           | 1.132         |
| <b>22ª RS</b><br>Ivaiporã          | 27           | 188          | 406           | 13           | 37           | 31           | 8            | 710           |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>3.038</b> | <b>4.978</b> | <b>47.946</b> | <b>3.832</b> | <b>5.521</b> | <b>3.876</b> | <b>2.085</b> | <b>71.276</b> |

FONTE: SINAN NET 16/01/2012 DVIEP/DV E/SVS – SESA.

Apesar de o Brasil ter experimentado uma mudança no seu perfil de mortalidade, as patologias infecciosas continuam a representar um importante fator de morbidade, sobretudo, pela emergência e reemergência de doenças. Doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas, causadas por vírus ou bactéria nunca descritos ou por mutação de um vírus já existente. É possível ainda que sejam causadas por um agente que só atingia animais e que passa a afetar também seres humanos, alcançando regiões onde antes não havia casos da doença. Considerando este conceito, tem-se como exemplo: a hantavirose, e a influenza causada pelo vírus influenza A (H1N1) 2009. Já as doenças reemergentes são doenças conhecidas que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana como: dengue e cólera.

Uma doença emergente de importância no Estado é a hantavirose, que foi inicialmente diagnosticada laboratorialmente no Brasil em 1995 e no Paraná em 1998. É transmitida por um vírus presente nas fezes e urina dos roedores silvestres contaminados, por meio da inalação de aerossóis. De 1998 até 2011, foram confirmados 218 casos em dez Regionais de Saúde (50 municípios), com predominância do agravo nos municípios da Região Centro-Sul. Desses casos, 77 evoluíram para óbito (35% de letalidade). No Brasil, a letalidade média é de 39%.

A febre maculosa no Paraná teve seu primeiro caso notificado e confirmado em 2005. De 2005 a 2011, foram notificados 103 casos, com confirmação de 10 (dados parciais sujeitos à alteração) e ocorrência de 2 óbitos, ou seja, uma taxa de letalidade de 20%. A maior parte dos casos ocorre nas Regiões Oeste, no Litoral e no Norte do Estado, que totalizaram 80% dos casos. Os óbitos aconteceram em municípios da 18ª RS (Cornélio Procópio) nos anos de 2009 e 2010. Observa-se tendência de aumento do número de casos notificados, confirmados e óbitos nos últimos anos, assim como na taxa de letalidade. Deve ser considerada também a existência de provável subnotificação, determinada pela dificuldade diagnóstica, pois a vigilância e o controle da doença estão centrados nos casos humanos.

Os arbovírus são definidos como vírus com transmissão por meio de artrópodes vetores. Atualmente, mais de uma centena desses vírus das famílias *Orthomoxiviridae*, *Habdiviridae*, *Reoviridae*, *Bunyaviridae*, *Flaviridae* e *Togaviridae* foram identificados como agentes etiológicos de doenças em humanos; três dezenas deles ocorrendo na América Latina, principalmente na Região Amazônica. Os EUA vêm registrando sistematicamente casos da Febre do Nilo e, na Argentina, este vírus já foi identificado. As Encefalites Equinas são habitualmente notificadas em equídeos, mas não há investigação dos casos humanos que cursam como meningoencefalites virais, patologias cujas frequências estão aumentando no nosso meio, sem identificação do agente etiológico.

Visando à prevenção da angiostrongilíase meningoencefálica, transmitida por um verme nematoide que pode estar presente em caramujos, em especial o caramujo africano *Achatina fulica*, são realizadas pelo SUS orientações técnicas sobre medidas de controle e monitoramento da dispersão deste molusco no Paraná. Sendo classificado como fauna exótica invasora, o primeiro registro no Paraná foi em janeiro de 2000, no município de Paranaguá, e desde então já foi identificado em 135 municípios do Estado. Até o momento não foi registrado nenhum caso desta doença.

A influenza A, causada pelo vírus H1N1, tornou-se uma pandemia em 2009 nos Estados Unidos e Canadá; entretanto, pelo sistema de monitoramento destes locais foi possível identificar o vírus circulante. No Paraná, nesse mesmo ano, foram monitorados quase oitenta mil casos confirmados da doença por critério laboratorial e clínico epidemiológico. Os meses de junho e agosto apontaram maior frequência de casos e óbitos, sendo confirmados um total de 338 óbitos; com o

maior registro de casos e óbitos na 2ª. Regional – Metropolitana. Destaca-se que entre os óbitos registrados, 21 eram de gestantes, impactando na mortalidade materna.

Desde 2011, o Paraná conta com sistema rotineiro de Monitoramento de Doenças Respiratórias para determinar os vírus respiratórios que afetam a população, o que possibilita a identificação de outros vírus respiratórios, além do vírus da influenza, mediante método mais sensível e específico executado no LACEN-PR e pesquisa de 12 agentes etiológicos. Salienta-se que a mortalidade por doenças respiratórias figura entre as dez primeiras causas de óbito no Estado e os vírus respiratórios propiciam infecções pelas bactérias que geram óbitos em crianças, imunodeprimidos.

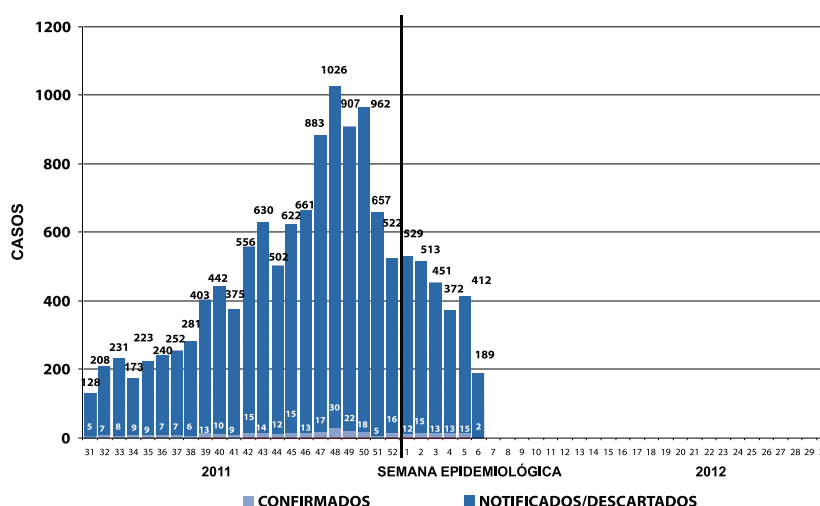
A dengue foi considerada erradicada até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967. A doença vem apresentando variações cíclicas no Estado, com períodos irregulares e incidências importantes em anos epidêmicos. Atualmente, o vetor está adaptado a diversas situações ambientais anteriormente consideradas desfavoráveis à sua sobrevivência, como resistência a amplas variações climáticas, água suja e salgada, além de inseticidas. A doença vem avançando para mais municípios e Regionais de Saúde a cada ano. O lixo urbano se transformou em um grande aliado do mosquito, daí a importância do gerenciamento de resíduos sólidos.

Em 2011, foram notificados 68.831 casos suspeitos de dengue no Paraná, dos quais 28.956 já confirmados, por exame laboratorial ou critério clínico-epidemiológico. Destes casos, 28.224 eram autóctones, ou seja, adquiridos no próprio Estado. Houve 106 casos de febre hemorrágica de dengue, 129 casos de dengue com complicação e 15 óbitos. Das 22 Regionais de Saúde, apenas 04 não possuem municípios infestados por *Aedes aegypti*: 1ª RS (Paranaguá) 5ª RS (Guarapuava), 6ª RS (União da Vitória) 21ª RS (Telêmaco Borba) O Estado totaliza 263 municípios infestados e 136 não infestados. De acordo com os últimos levantamentos de índices realizados em 2011 (LIA e LIRA), há 76 municípios em situação de alerta para epidemias de dengue e 08 em situação de risco. A taxa de incidência de dengue no Estado foi em média de 270,36 casos/100.000 hab. O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para efetiva vigilância do agravo.

No Brasil, já foram encontrados variações da dengue tipo 1, 2, 3 e 4. O vírus tipo 4 (DEN-4) não era registrado no país há 28 anos, mas foi notificado em alguns estados, como o Amazonas e Roraima, em 2010. O Ministério da Saúde alerta que a população brasileira não tem imunidade

contra o DEN-4, aumentando o risco de epidemia, caso ocorra dispersão para outros estados. A dengue tipo 4 apresenta risco a pessoas já contaminadas com os vírus 1, 2 ou 3, que são vulneráveis à manifestação alternativa da doença. A presença do DEN-4 aumenta a possibilidade de uma pessoa ser infectada novamente, evoluindo para a dengue hemorrágica, a forma mais grave da doença. No Paraná, em 2011, foi registrado um caso de DEN-4 importado e nenhum caso de replicação local. Contudo, o Estado deve permanecer em alerta para realizar o diagnóstico precoce do DEN-4 em caso de introdução deste tipo de variação do vírus da dengue, gráfico 11.

**GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS (AUTÓCTONES E IMPORTADOS) DE DENGUE NO PARANÁ, 2011 e 2012**



FONTE: SALA DE SITUAÇÃO DA DENGUE/SVS/SESA.

### 2.2.5 Morbimortabilidade por doenças não transmissíveis

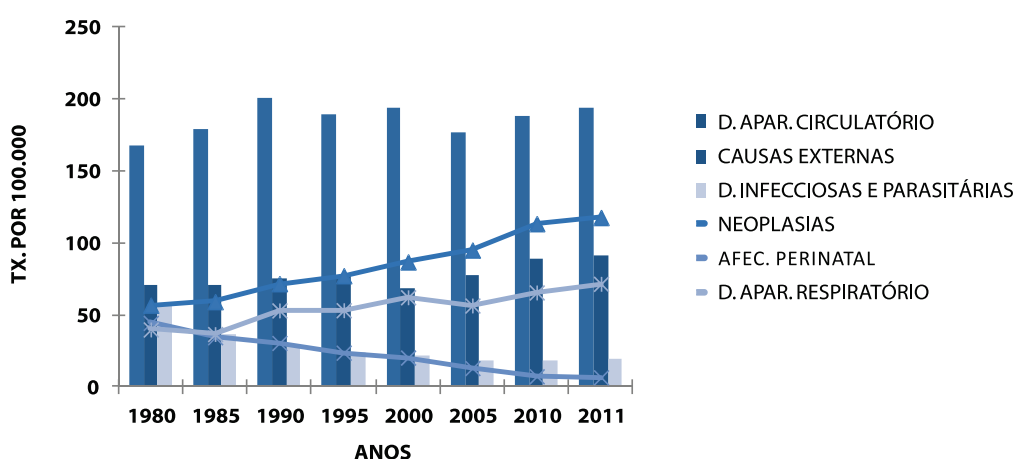
O perfil de saúde e doença de uma população é um processo dinâmico que pode se transformar por mudanças nos estilos de vida. É o que se observa no Paraná nos últimos anos, com a coexistência das doenças transmissíveis, com importante papel no cenário de morbimortalidade e crescimento acelerado das doenças não transmissíveis, associado aos agravos por causas externas. A composição da mortalidade por grupo de causas mostra a ascensão das doenças não transmissíveis e das causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal.

De modo semelhante às transições epidemiológica e demográfica, a transição nutricional corresponde às mudanças negativas verificadas nos padrões alimentares, caracterizada por aumento do consumo de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares refinados, alimentos industrializados e relativamente reduzida quantidade de carboidratos complexos e fibras.

O padrão alimentar atual associa-se a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade e alguns tipos de cânceres. De outro lado, não foram erradicadas as doenças decorrentes da carência calórica e de micronutrientes, como: a desnutrição, hipovitaminose A, anemia por carência de ferro e os distúrbios de iodo; que frequentemente têm início ainda na vida intrauterina e nos primeiros 02 anos de vida e estão também relacionados à situação econômica da família, conhecimentos precários sobre os cuidados em saúde com a criança pequena e o fraco vínculo entre mãe e filho.

Quanto à composição da mortalidade por grupo de causas, o que se observa é a ascensão das doenças não transmissíveis e de causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal. Em 2011, a primeira causa de morte no Paraná continuou sendo as doenças do aparelho cardiocirculatório (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral e outras); seguida pelas neoplasias e, em terceiro lugar, as causas externas, gráfico 12.

**GRÁFICO 12 - TAXAS DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS. PARANÁ, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 E 2011**



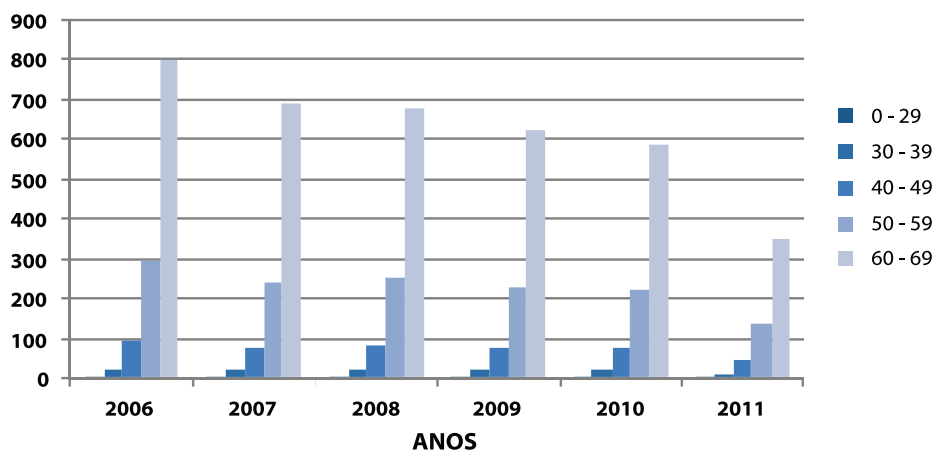
FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

NOTA: A TAXA DE MORTALIDADE POR AFECÇÕES PERINATAIS É CALCULADA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS.



Observa-se uma tendência decrescente das taxas de mortalidade decorrentes das doenças circulatórias de modo geral, nas faixas etárias de 40 a 69 anos, gráfico 13.

**GRÁFICO 13 - TAXAS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOCEREBROVASCULARES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, NO PR, 2006 A 2011**



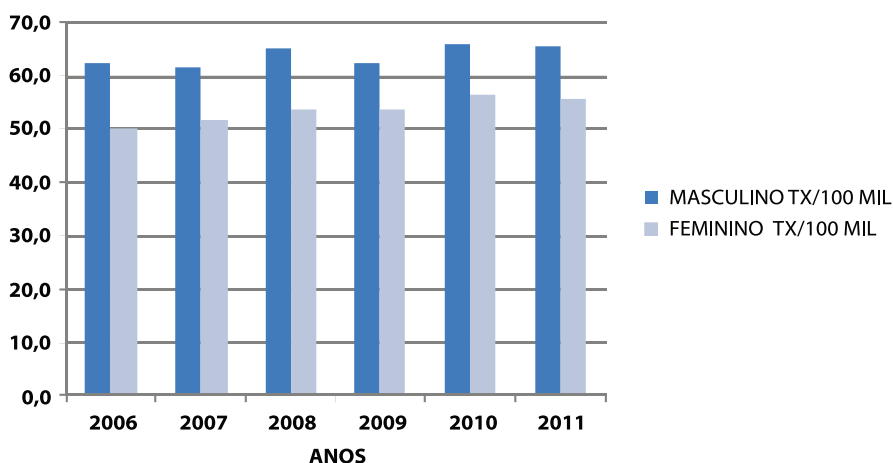
FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

NOTA: DOENÇAS CARDIO CÉREBROVASCULARES CONSIDERADAS SÃO CID 10 I 21 + I 60 A I 69)

Quanto às Doenças Cerebrovasculares observa-se uma tendência crescente no sexo feminino e uma estabilização no sexo masculino nos anos de 2006 a 2010. Em 2011 observa-se estabilização em ambos os sexos, gráfico 14.

Nos infartos agudos de miocárdio, as taxas de mortalidade no sexo masculino não apresentaram queda e no sexo feminino observa-se uma tendência crescente até 2010, e em 2011 há uma estabilização.

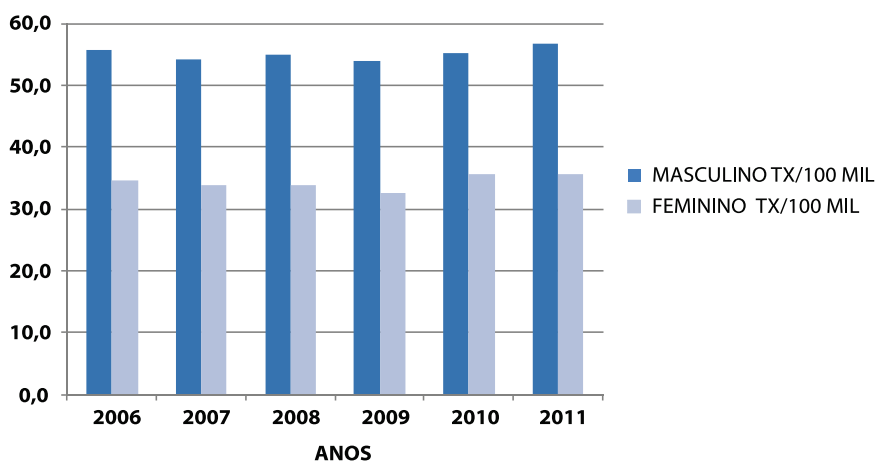
**GRÁFICO 14 - MORTALIDADE POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES POR SEXO, NO PARANÁ, 2006 A 2011**



FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

Nos infartos agudos de miocárdio as taxas de mortalidade no sexo masculino não apresentaram queda e no sexo feminino observa-se uma tendência crescente, gráfico 15.

**GRÁFICO 15 - MORTALIDADE POR INFARTOS AGUDOS DO MIOCÁRDIO, POR SEXO, PARANÁ, 2006 A 2010**



FONTES: SESA-PR.

Em relação ao número de mortes por neoplasias (câncer) em 2011, no homem, as cinco primeiras causas foram: brônquios e pulmões, próstata, estômago, cólon e reto, fígado e vias biliares.

Nas mulheres foram: mama, brônquios e pulmões, cólon e reto, colo de útero e estômago.

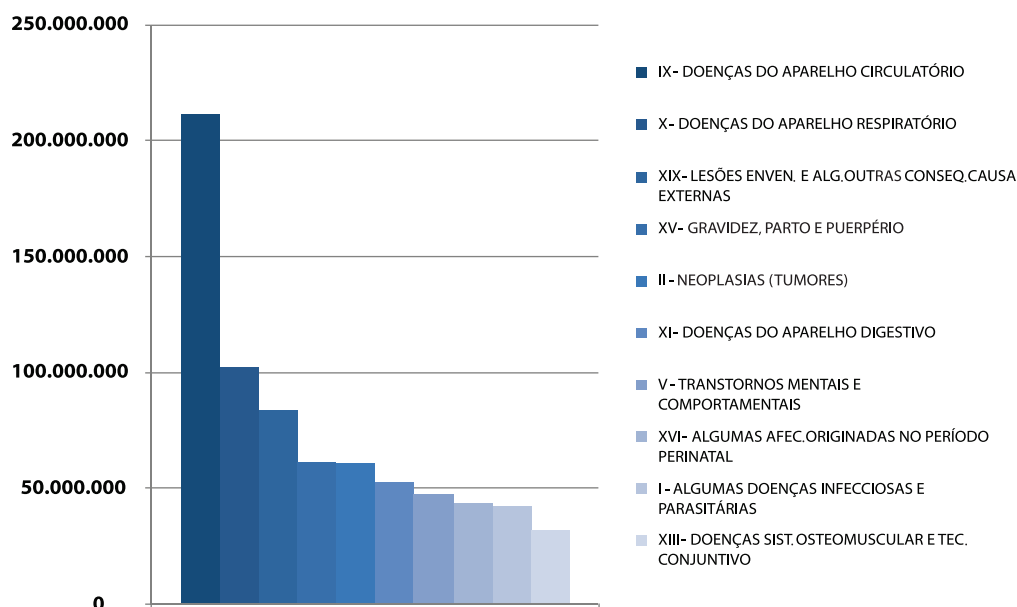
Na tabela 11, observa-se que em termos de frequência da morbidade por neoplasia, a topografia prevalente no sexo masculino é em 1º lugar os órgãos genitais masculinos, em 2º os órgãos digestivos, em 3º a pele, em 4º lugar orofaringe, nasofaringe, rinofaringe e laringe, em 5º aparelho respiratório, e as demais vindo em seguida. No sexo feminino é em 1º lugar os órgãos genitais femininos, em 2º lugar mama, em 3º lugar a pele, em 4º órgãos digestivos e em 5º o sistema hematopoético. Em relação à mortalidade, as cinco primeiras causas no homem, em 2010, foram: brônquios e pulmões, próstata, estômago, esôfago, cólon e reto. Nas mulheres foram: mama, brônquios e pulmões, cólon e reto, estômago, pâncreas.

**TABELA 11 - NÚMERO DE CASOS DE NEOPLASIA POR SEXO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA – GRUPO, PARANÁ, 1998 A 2011.**

| LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA - GRUPO                     | MASCULINO     | FEMININO      | TOTAL         |
|--|---------------|---------------|---------------|
| LÁBIO, CAVIDADE ORAL                             | 1.686         | 352           | 2038          |
| OROFAR, NASOFAR, RINOFAR E LARINGE               | 2.519         | 503           | 3022          |
| ÓRGÃOS DIGESTIVOS                                | 7.260         | 4.791         | 12.051        |
| AP.RESPIRATÓRIO, ORG. INTRAT.EXCETO LARINGE      | 2.080         | 1.230         | 3.310         |
| OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS                | 245           | 248           | 493           |
| SISTEMA HEMATOPOÉTICO                            | 1.818         | 1.463         | 3.281         |
| PELE   | 7.078         | 7.251         | 14.329        |
| NERVOS PERIFÉRICOS E SNA                         | 19            | 14            | 33            |
| RETROPERITÔNIO E PERITÔNIO                       | 70            | 82            | 152           |
| TEC CONJUNTO, SUBCUTANÊO, OUTROS TEC MOLES       | 266           | 270           | 536           |
| MAMA   | 116           | 9.785         | 9.901         |
| ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS                        |               | 10.342        | 10.342        |
| ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS                       | 7.901         |               | 7.901         |
| TRATO URINÁRIO                                   | 1.593         | 715           | 2.308         |
| OLHO, CÉREBRO E OUTRAS PARTES DO SNC             | 881           | 742           | 1.623         |
| TIREÓIDE E OUTRAS GLÂNDULAS                      | 314           | 1.107         | 1.421         |
| OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS | 53            | 43            | 96            |
| LINFONODOS                                       | 978           | 767           | 1.745         |
| LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA                | 887           | 683           | 1.570         |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>35.767</b> | <b>40.391</b> | <b>76.158</b> |

FORNTE: SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (SISRHC) DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.  
\* TABULADOR HOSPITALAR BASE DO ESTADO: PR DADOS ATE 04/01/2013.

**GRÁFICO 16 – GASTOS EM REAIS (R\$) COM INTERNAÇÕES SUS PELOS 10 PRIMEIROS GRUPOS DE CAUSAS (CID 10), PARANÁ, 2010**



FONTE: SIH/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

As informações sobre as internações hospitalares pagas pelo SUS mostram que somente em 2010 foram gastos mais de R\$ 480 milhões com internações hospitalares relativas a condições crônicas, agudas e causas externas; correspondendo a 56,8% de todo o gasto em internações pelo SUS no Paraná, gráfico 16. Há que se destacar as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório (em grande parte as crônicas), as causas externas, especialmente por agressões e acidentes de trânsito, e as neoplasias. Em 2011, foram 54,3% de gastos com internações referentes a doenças do aparelho circulatório (25,9%) em 1º lugar, doenças do aparelho respiratório (11,1%) em 2º, Causas Externas (10,1%) em 3º e neoplasias (7,2%) em 4º totalizando um valor de R\$ 429 milhões com hospitalização para esses grupos de doenças.

O diabetes e a hipertensão arterial se constituem fatores de risco para a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. Em relação ao diabetes, cabe observar que no Paraná, a exemplo dos dados mundiais, a taxa de internação por diabetes e suas complicações, conforme série histórica no período de 2007 a 2010, bem como o coeficiente de internação por acidente vascular cerebral (AVC) no mesmo período, são crescentes. O controle do “diabetes” envolve não somente ações em saúde, mas também as intersetoriais, multidisciplinares, intrafamiliares e sociais que incluem mudanças do hábito e estilo de vida, muitas vezes difíceis de serem incorporadas à prática.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Constitui um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o “Diabetes”, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Como já demonstrado anteriormente, as neoplasias são a principal causa de morte de mulheres de 40 a 59 anos no Paraná (dados de 2011) e para a sua redução a detecção precoce do câncer do colo de útero e de mama, seguido pelo acesso ao tratamento nos serviços de saúde, são estratégias importantes.

A razão de exames citopatológicos do colo do útero na população feminina paranaense de 25 a 59 anos, tem se mantido estável, com média de 0,19 de 1998 a 2011 (Fonte: SISCOLO). Segundo dados preliminares do Tabwin SIA-SUS, em 2011, essa razão foi de 0,22, sendo que 14 de 22 Regionais de Saúde (64% das regionais) e 275 de 399 municípios paranaenses (69% dos municípios) atingiram resultado igual ou acima da média pactuada pelo Estado (0,23). Este indicador expressa o número ou produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) realizados pelo SUS na população-alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos).

No que se refere ao tratamento/seguimento em nível ambulatorial, o “percentual de seguimento de mulheres com lesão de alto grau” foi de 49% em 2010 e de 59,47% em 2011. Isto expressa a informação sobre o seguimento das mulheres que, se tratadas, não apresentarão câncer do colo do útero. Por outro lado, a razão de exames com diagnóstico de carcinoma invasor apresentou uma redução de mais de 70% das lesões avançadas de colo uterino, passando de 43,48 para cada 100.000 exames citopatológicos realizados em 1998 para 12,86, em 2010.

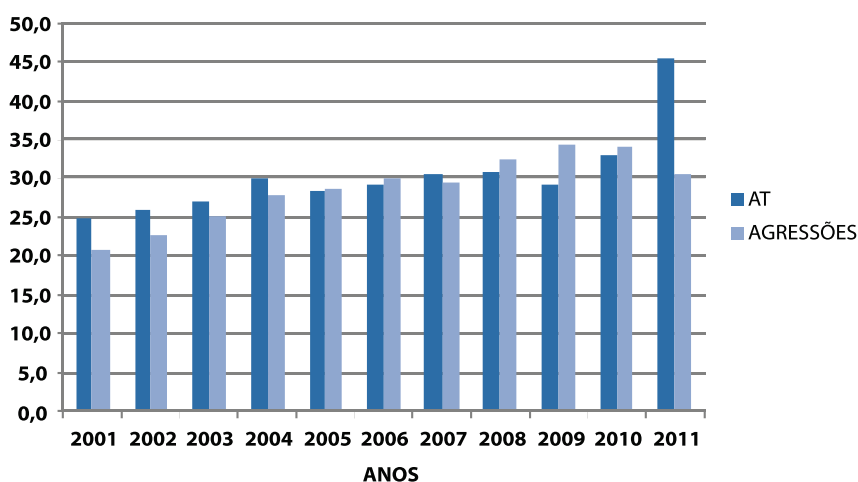
A “razão entre mamografias realizadas em mulheres 50-69 anos” pelo SUS, no Paraná, foi de 0,11 em 2008; e, em 2011, 0,19 (dados preliminares do Tabwin SIA-SUS/Datasus/MS). Oito regionais de saúde alcançaram resultado maior que 0,20, o que corresponde a 53,56% da população feminina paranaense dessa faixa etária. Este indicador representa a relação entre a produção/número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária.

As causas externas (acidente do trânsito e a violência) têm aumentado significativamente em todas as regiões do Estado. Em 2000, 5.469 óbitos foram por acidentes e homicídios; e, em 2009,

esse número aumentou para 7.795 óbitos, um acréscimo de 42,5%. Em 2010, foram 7.334 óbitos, um leve declínio. No Paraná, a distribuição das taxas de mortalidade por agressões (homicídios) mostra desigualdades importantes para as ações de enfrentamento, variando de 10,7/100.000 na 19ª. Regional de Saúde – Jacarezinho até 49,2/100.000 e 50,6/100.000 nas Regionais de Foz do Iguaçu (9ª) e Região Metropolitana (2ª) respectivamente, em 2010.

A violência se tornou um dos principais problemas de Saúde Pública, ainda que, demande ações intersetoriais e interdisciplinares, sendo que as agressões e os acidentes de trânsito têm se alternado como principais causas externas de mortalidade no Paraná conforme série histórica de 2001 a 2011, gráfico 17.

**GRÁFICO 17 – MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE E AGRESSÕES NO PARANÁ, 2001 A 2011**



FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

Destaca-se, para as ações de enfrentamento, que a distribuição das taxas de mortalidade por cem mil habitantes por agressões (homicídios) nas Regionais de Saúde/RS em 2010 apresentam importantes desigualdades, variando de 10,7 na 19ª RS – Jacarezinho até 49,2 e 50,6 na 9ª RS – Foz do Iguaçu e na 2ª RS – Região Metropolitana, respectivamente.

Quanto às mortes por Acidentes de Transporte (AT), verifica-se também desigualdades entre as RS, com uma variação nas taxas de mortalidade por AT (por 100 mil habitantes) de 23,1 na 2ª RS – Metropolitana e 49,1 na 13ª RS – Cianorte. Quando se analisam os Acidentes de Transporte por local de ocorrência, as Regionais de Saúde com maior taxa por 100 mil habs. são: 13ª RS – Cianorte

(49,1), 8º RS – Francisco Beltrão (43,2), 19ª RS – Jacarezinho (41,0), 16ª RS – Apucarana (40,6) e 15ª RS – Maringá (40,5).

Em 2011, foram 8.549 óbitos por causas externas, sendo 7.981 por acidentes de transporte (AT) e agressões. As desigualdades persistem. Nas mortes por AT a taxa do PR foi de 45,4/100.000. A Regional de Apucarana apresentou a maior taxa do Estado com 60,4/100.000 e a Regional de Paranaguá a menor com 31,4/100.000. Quanto às agressões, a taxa do PR foi de 30,6/100.000. A maior taxa do Estado foi na regional de Foz com 46,7/100.000, seguida da Regional Metropolitana de Curitiba, com 44,1/100.000, e a menor na Regional de Irati com 6,8/100.000.

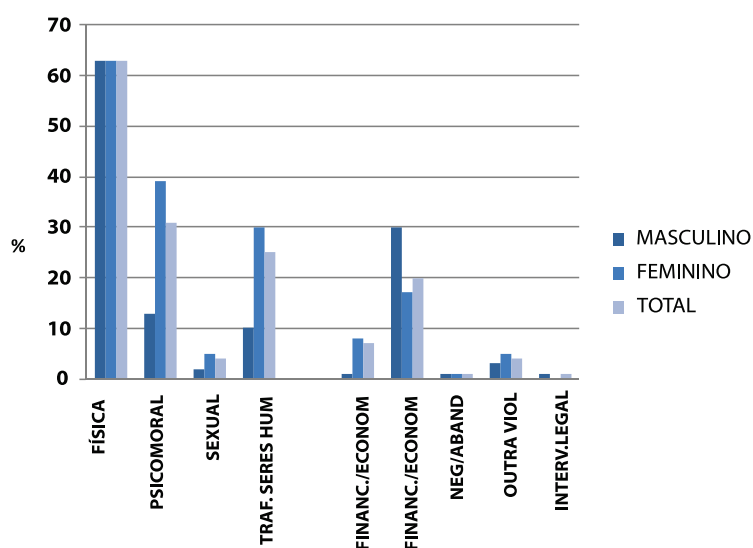
Uma das políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para um melhor conhecimento da realidade acerca do impacto da violência na saúde da população e para o estímulo da cultura de paz e promoção da saúde é a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio de: Inquérito bienal sobre violências e acidentes atendidos nos Serviços Sentinelas para esses agravos nas capitais e municípios estratégicos (VIVA Inquérito); e a implantação e a implementação da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências pelo SINAN-Net nos serviços de Saúde (VIVA-SINAN), inclusive com obrigatoriedade da notificação desses agravos para todos os estabelecimentos de saúde (Portaria nº104, de 25/11/2011).

O Paraná iniciou o processo de implantação dessa notificação em 2009 e, ao final do ano, cerca de 49 municípios somavam 2.108 registros desse tipo de violência no SINAN. No ano de 2010, foram 119 municípios que registraram 3.201 violências no Paraná (aumento de 51,8% do registro); e, no final de 2011, cerca de 171 municípios notificaram 5.526 novas ocorrências (um incremento de 72,6% no volume das notificações), totalizando mais de 207 municípios com registros de violência doméstica, sexual ou outra violência interpessoal no SINAN (mais da metade dos municípios do Paraná).

Conforme se observa no gráfico 18, o perfil da principal vítima dessa violência, antes silenciada nas estatísticas dos serviços de atendimento, é da mulher adolescente e/ou adulta jovem. Também se evidencia que a mulher é o principal alvo dessa forma de violência em todas as faixas etárias, sendo os homens mais vitimizados na infância e na adolescência. Esses dados estão em relação com os dados nacionais segundo a avaliação dos dados de janeiro a dezembro de 2008 da VIVA Contínua (MS, 2010), em 22 municípios de 15 estados. Chama a atenção o alto número de casos de violências sexuais para com menores de um ano de idade, o que remete à necessidade de ações preventivas para a violência sexual desde a mais tenra infância enfatizando as relações familiares e a promoção da saúde e de uma cultura da paz.

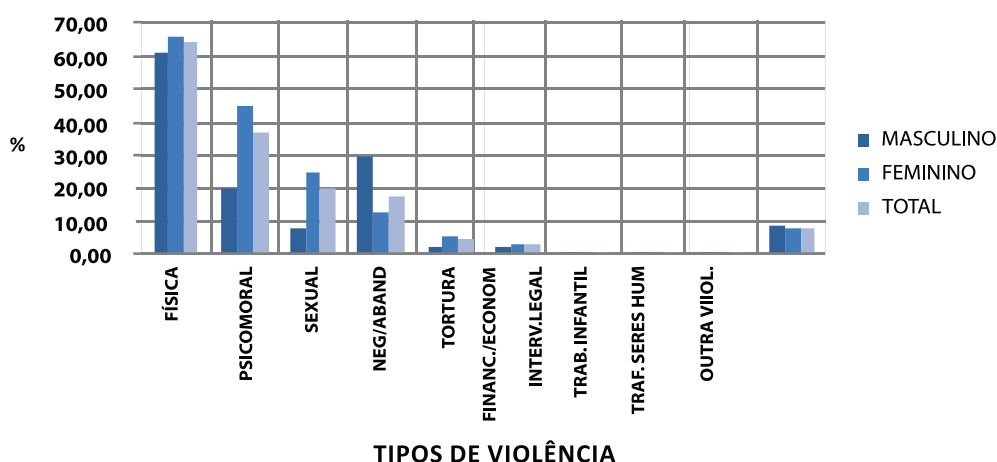
Também em relação ao tipo de violência, há diferenças quanto ao gênero da pessoa vitimizada. Em 2010, a violência mais acometida foi agressão física, com 41% de todas as 4.781 violências tipificadas; Nas mulheres, a segunda forma de violência mais presente foi a psicológica e/ou moral, seguida da violência sexual e depois a negligência ou abandono. Nos homens, a segunda forma de violência notificada foi a negligência ou abandono seguido da violência psicológica e/ou moral, gráfico 19. Em 2011 destaca-se um aumento de notificações de casos de agressão física em mulheres.

**GRÁFICO 18 – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS POR TIPO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO SEXO, PARA**



FORNTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

**GRÁFICO 19 – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS POR TIPO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO SEXO, PARA**

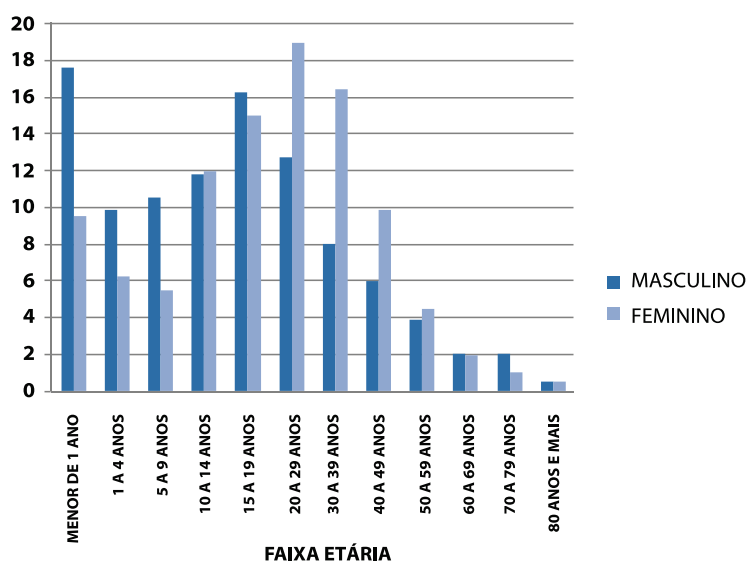


FORNTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.



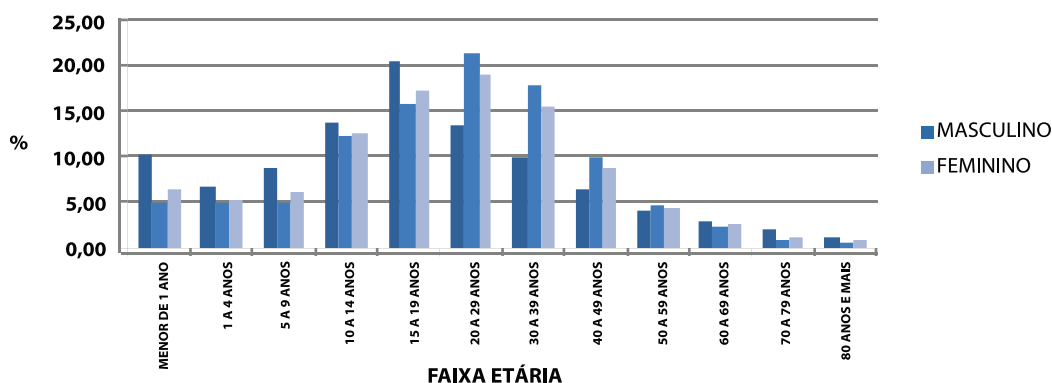
Quanto à distribuição por sexo, nota-se que até os 19 anos predominam as notificações no sexo masculino, e isto se inverte a partir dos 20 anos quando predominam as notificações no sexo feminino, sendo a faixa etária entre 20 e 29 anos a mais prevalente (18,38%), gráfico 20 e 21. A cor predominante nas pessoas que sofreram violência doméstica, sexual foi à branca, e o tipo de violência é a física, seguida da psico/moral e sexual. Contudo ainda é persistente especialmente na Região Noroeste do Estado os vazios na notificação da violência doméstica, sexual, trazendo a necessidade de treinar pessoal de saúde para o reconhecimento da violência doméstica e a notificação nas unidades de saúde.

**GRÁFICO 20 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO, PARANÁ, 2010**



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

**GRÁFICO 21 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO, PARANÁ, 2011**



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais afetam 12% da população geral, o que representa 1.253.343 habs. no Paraná. Dos 12%, 3% são transtornos mentais severos e persistentes, o equivalente a 313.335 habs., e 9% são transtornos mentais menores, podendo atingir 940.007 habs.

No ano de 2010, no Estado, os transtornos mentais foram a 3ª causa de internação hospitalar em jovens entre 20 a 24 anos e a 2ª causa em adultos, com idade entre 25 a 59 anos. Nos anos de 2008 a 2010, dentre os diagnósticos com indicação de internamento hospitalar na população masculina, os transtornos mentais devido ao uso de álcool ocuparam a 1ª causa de internação; seguida por esquizofrenia, transtornos por múltiplas drogas, psicose e transtornos devido ao uso da cocaína. Na população feminina, a esquizofrenia foi a 1ª causa de internação, seguida por transtorno afetivo bipolar, psicose, episódios depressivos e transtornos devido ao uso de álcool.

Quanto à distribuição por sexo, nota-se que até os 19 anos predominam as notificações no sexo masculino, e isto se inverte a partir dos 20 anos quando predominam as notificações no sexo feminino. A cor predominante nas pessoas que sofreram violência doméstica, sexual foi a branca, e o tipo de violência é a física. Contudo ainda é persistente especialmente a Região Noroeste do Estado os vazios na notificação da violência doméstica, sexual, trazendo a necessidade de treinar pessoal de saúde para o reconhecimento da violência doméstica e a notificação nas Unidades de Saúde.

Quanto à saúde do trabalhador, os dados de acidente de trabalho registrados pela Previdência Social no Estado dos trabalhadores do setor formal representaram, em média, 7,3% das ocorrências do Brasil no período de 2000 a 2010. Os dados da Previdência contemplam apenas os trabalhadores com carteira assinada, que representavam apenas 57% da população economicamente ativa em 2008. No Paraná, o número de registros de acidente de trabalho vem aumentando nos últimos anos acompanhando uma tendência nacional, mas junto com isso ocorreu também um aumento da massa trabalhadora registrada.

Na média, de 2006 a 2010, estamos tendo 01 agravo registrado pela Previdência a cada 45 segundos no Brasil e 01 agravo a cada 10 minutos no Paraná. No período de 2002 a 2010, a média de incidência de acidentes de trabalho registrados no Paraná foi de 21,59/1.000, com uma tendência a queda; acompanhando a tendência nacional, porém com taxas acima das nacionais (média no mesmo período de 19,61/1.000). Já em relação aos acidentes típicos, no período de 2002 a 2010, a média de incidência no Estado foi de 15,83/1.000, também com tendência a queda, como a nacional; porém acima do nível nacional que se encontrava em média 13,84/1.000 no mesmo período.

As taxas de mortalidade, no período de 2002 a 2010, no Paraná e no Brasil, apresentaram queda constante. Atualmente, as taxas do Estado e a nacional encontram-se aproximadas, sendo a média histórica de 2002 a 2010 do Paraná de 11,61/100.000 e a nacional de 9,95/100.000 no mesmo período. A taxa de letalidade (proporção de óbitos em relação aos casos), de 2002 a 2010, apresentou um comportamento de queda semelhante, ficando a média em 3,87% e 3,75% nos níveis estadual e nacional respectivamente em 2010 (dados Ministério da Previdência Social). No Paraná, de 2002 a 2010, foi registrada a morte de um trabalhador por dia por acidente de trabalho, com uma média de 360 óbitos neste período (dados do SIM - Sistema de Informação de Mortalidade).

Quanto às amputações registradas no Paraná, entre 2003 a 2010, há aumento do número de casos em 2008 atingindo a marca de 1.000 ocorrências, cujas principais causas são relacionadas às máquinas de serrar, cortar, ranhurar, talhar, prensar, forjar, planejar, ferramentas motorizadas e não motorizadas e máquinas agrícolas. Em 2010, o número de casos passou para 911.

No que se refere à pessoa com deficiência, o Ministério da Saúde estima que 14% da população brasileira tenha algum tipo de deficiência, que vai desde dificuldades para ouvir e enxergar até lesões graves e incapacitantes. Destas, estima-se 17% de deficiência auditiva, 48% de deficiência visual, 27% de motora ou física e 8% de intelectual. De acordo com o Censo IBGE 2010, estima-se para o Paraná 10.444.526 habitantes, dos quais 1.462.233 de pessoas com algum tipo de deficiência.

No que se refere à prevenção das doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal), o acesso da população à água fluoretada é de 90% no Paraná. Nos 345 municípios da área de abrangência da SANEPAR, esta cobertura é de 100% da população urbana. O Programa Estadual de Bochecho com Flúor atinge, atualmente, 750 mil escolares entre 06 e 12 anos, que realizam semanalmente um bochecho com uma solução de fluoreto de sódio fornecido pela SESA-PR. Outro resultado estadual positivo é a “média de ação coletiva de escovação dental supervisionada”, de 4,26% em 2011. Esse indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. A média para a Região Sul foi de 2,51% em 2009.

A anemia falciforme é a doença genética de maior prevalência mundial e a que apresenta maior gravidade clínica e hematológica. No Brasil, devido diferentes origens raciais e diversificado grau de miscigenação, a doença tornou-se um problema de Saúde Pública. O Brasil é um país

formado por várias etnias e cada uma delas contribuiu com características próprias em vários aspectos, dentre eles o da saúde.

Historicamente, a prevalência das doenças falciformes, particularmente da anemia falciforme, reflete a influência da etnia africana nas diversas regiões do país. As regiões Norte e Nordeste do país receberam o maior afluxo de escravos e, conseqüentemente, o maior número de seus descendentes. A Região Sul, teve um menor contingente deles pois a maior imigração foi de europeus (IANNI, 1988; TRENTO, 1989).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, 5% da população mundial é portadora do gene para hemoglobinopatias, e a cada ano nascem aproximadamente 300.000 com hemoglobinopatia. No Brasil, estima-se que existam mais de 10.000 portadores da anemia falciforme, e que ocorra o nascimento de 3.500 casos novos anuais de doenças falciformes (Ministério da Saúde, 2007). Conforme a Portaria nº 951/1996 do Ministério da Saúde, vinte por cento delas não irão completar cinco anos de idade devido a complicações relacionadas diretamente à doença e o restante apresentará redução acentuada do rendimento escolar (DUCATTI et al., 2001) devido à morbidade por ela causada.

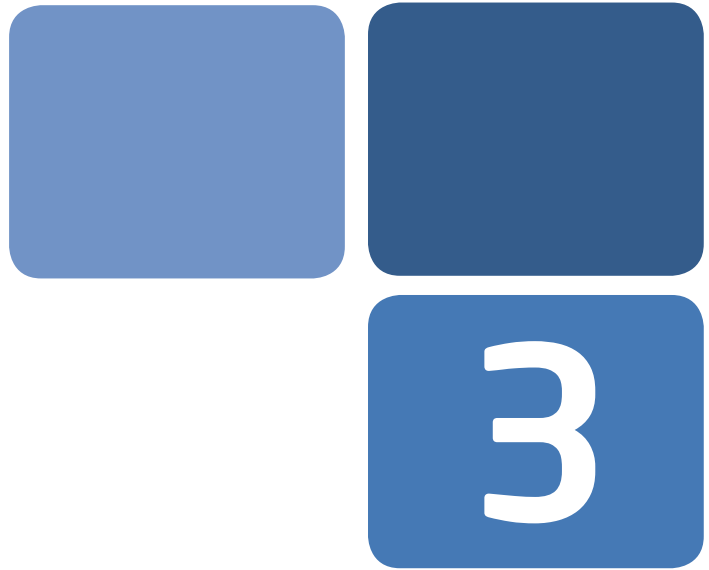
Pelo Censo de 2000, o Paraná possuía uma população de 7.387.842 indivíduos caucasoides e 2.017.481 indivíduos classificados como negros (pretos e pardos), perfazendo um total de 21,09% da população total (I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004). Em dados mais atualizados, o DATASUS informa que a população do Estado do Paraná em 2004 era de 10.015.425 habitantes, sendo, portanto 7.903.172 classificados como caucasoides e 2.112.253 classificados como negros (pretos e pardos) (DATASUS, 2006). A mortalidade até os 5 anos de idade é de cerca de 25 a 30%, devido a infecções fatais, sequestro esplênico ou crises aplásticas (DI NUZZIO e FONSECA, 2004).

O “Teste do Pezinho” – demonstrou ser um passo importante na diminuição das taxas de mortalidade por anemia falciforme nos primeiros dois anos de vida, pois permite a identificação precoce desses indivíduos e a conseqüente introdução de profilaxia adequada para as infecções, com antibióticos e seguimento ambulatorial regular (DI NUZZIO e FONSECA, 2004). No período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, foram triados 548.810 recém-nascidos, provenientes de 446 hospitais-maternidade e 1.243 unidades de saúde, pertencentes a 399 secretarias municipais de saúde no Estado do Paraná. Todos os hospitais e maternidades do Estado são cadastrados para a realização do “Teste do Pezinho” na FEPE. Estima-se, por isso, cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos no Paraná, além de possivelmente incluir alguns das regiões fronteiriças dos países vizinhos.

A prevalência da anemia falciforme no Estado do Paraná, determinada pelas amostras das crianças que se submeteram ao “Teste do Pezinho” no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004 é de 2,2 para cada 100.000 recém-nascidos vivos. O maior número de casos absolutos da doença ocorreu na 2ª Regional – Metropolitana e na 15ª Regional – Maringá.

Por meio de programas de triagem neonatal podem-se conhecer as prevalências não somente das doenças falciformes, mas de todas aquelas que são pesquisadas nesse tipo de pesquisa. O conhecimento da distribuição da doença no Estado do Paraná pode propiciar novas medidas preventivas, curativas e de aconselhamento genético às populações das regiões com maior prevalência da doença.

O diagnóstico precoce, sobretudo ao nascimento, e o tratamento adequado melhoram drasticamente a taxa de sobrevivência e a qualidade de vida dos portadores de doenças falciformes. Na anemia falciforme, o simples esquema de vacinação contra o pneumococo e Haemophilus influenza, acompanhado de penicilinoterapia profilática, diminui o número de mortes no período crítico, que está situado entre os 6 meses e os 3 anos de idade (DUCATTI et al., 2001).



## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

- 3.1 FINALIDADES DA SESA E ESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA
- 3.2 APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO
- 3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- 3.4 ATENÇÃO À SAÚDE
- 3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE E SAÚDE
- 3.6 GESTÃO DO TRABALHO
- 3.7 HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS
- 3.8 OUVIDORIA
- 3.9 REDE DE SANGUE E HEMODERIVADO
- 3.10 CENTRAL DE TRANSPLANTES
- 3.11 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA
- 3.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- 3.13 CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO DEFICIENTE – CRAID
- 3.14 CENTRO DE ATENDIMENTO AO FISSURADO LÁBIOPALATAL – CAIF

# 3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

## 3.1 FINALIDADES DA SESA E ESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA

A atual gestão da SESA estabeleceu a Modernização Administrativa como uma de suas prioridades, sendo a revisão do organograma de funcionamento da SESA uma das ações prioritárias. No ano de 2011, foi implantada uma nova conformação “funcional” para a Secretaria e obteve-se um diagnóstico de necessidades de alteração. A atual etapa é de processo de formalização da nova estrutura, em andamento, voltada para o Mapa Estratégico da SESA que define a missão, a visão, os valores, os resultados para a sociedade; e as perspectivas de processo, de gestão e financeira da instituição.

A SESA tem como missão “Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde, de forma a organizar o SUS no Paraná, exercendo sua função reguladora, garantindo atenção à saúde para a população com qualidade e equidade”. A visão de futuro é “Ser até 2020 uma instituição inovadora, Modelo de Gestão em Saúde Pública no Brasil, articulada com outras áreas governamentais e sociedade civil, garantindo atenção à saúde e qualidade de vida a todo cidadão paranaense”. Na sua condução, a Secretaria se rege pelos seguintes valores: Ética, Transparência, Competência, Compromisso e Censo Democrático.

A partir da visão traçada para a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e considerando o cenário demográfico e epidemiológico de nosso Estado, os resultados desejados para a sociedade (objetivos) são:

1. Reduzir a Mortalidade Materno-infantil;
2. Reduzir a Mortalidade por Causas Externas;
3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas com enfoque no Risco Cardiovascular Global;
4. Ampliar a longevidade, reduzindo incapacidades.

Para que os resultados para a sociedade sejam alcançados, a SESA definiu 03 perspectivas: de processos, de gestão e financeira. Os processos a serem desenvolvidos espelham as principais propostas de Governo, que têm como bases a vigilância em saúde e a regulação:

- Implantar o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde.
- Implantar o HOSPSUS (Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar no SUS Paraná).
- Implantar a Rede de Urgência e Emergência do Estado do Paraná.
- Implantar a Rede Mãe Paranaense.
- Implantar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.
- Implantar a Rede da Pessoa com Deficiência.
- Implantar a Rede de Atenção à Saúde Mental.
- Desenvolver Programa de Enfrentamento às Violências no Estado do Paraná articulado com outras áreas do governo.

As ações para a operacionalização dos processos serão:

- a implantação na SESA de uma gestão pública voltada para Resultados, em consonância com o Governo do Estado;
- a reestruturação organizacional da SESA, para cumprimento de seu papel de gestor estadual do SUS;
- o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias de gestão da saúde;
- a descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, articulado com outros setores governamentais e não governamentais;
- a democratização da gestão do trabalho na SESA, valorizando o servidor público da saúde;
- o desenvolvimento da política estadual de formação e de educação permanente, de acordo com as necessidades de saúde da população e voltada para os trabalhadores da saúde;



- a ampliação e fortalecimento dos espaços de participação da sociedade e do controle social;
- e a implantação do Plano de Qualificação dos Pontos de Atenção das Redes.

Para que a gestão seja efetiva, em termos de financiamento, buscar-se-á: otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros disponíveis, redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico; prestar contas de forma transparente da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros; garantir a aplicação integral da EC 29 e ampliar a captação de recursos dentro da área governamental e externa.

O alcance dos objetivos assumidos está relacionado ao planejamento e ao desenvolvimento de ações, que estão materializados no Plano Plurianual de Governo 2012-2015 e Lei Orçamentária Anual 2012, Programa “Saúde para todo o Paraná”, por meio de suas iniciativas.

Assim, em resposta a isso a SESA propõe uma estrutura que visa o fortalecimento do nível gerencial e programático. A nova estrutura da SESA-PR será regulamentada em 2013, visando atender ao seu Mapa Estratégico e ao Plano Plurianual de Governo 2012-2015.

### 3.2 APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

A SESA estruturou, para funcionamento a partir de 2011, o Departamento de Apoio à Descentralização vinculado à Diretoria-geral. A atuação deste Departamento compreende as atividades relacionadas com:

- A coordenação do processo de articulação interfederativa por meio da Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual e CIBs regionais, organizando as reuniões ordinárias e também os grupos de trabalho.
- O fortalecimento dos espaços regionais de discussão e pactuação junto às 22 Regiões de Saúde e Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS.
- O fortalecimento do desenvolvimento regional por meio do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS.

- A participação do processo de planejamento e monitoramento das ações e programas desenvolvidos pela SESA que tenham interface com os Consórcios Intermunicipais de Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde.

### 3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Tem, portanto, caráter sistêmico e multidisciplinar e representa, atualmente, atividade de grande impacto financeiro no âmbito do SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos. As ações da AF devem estar fundamentadas nos preceitos da Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na legislação específica da área.

#### 3.3.1 A Assistência Farmacêutica no contexto do SUS e da SESA

A saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, passou a ser entendida como direito social extensível a todos os brasileiros (art. 6º), e sua gestão como de competência comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23). O art. 196 estabelece ainda que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) que em seu artigo 6º determina como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A referida Lei aponta ainda para a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998.

A PNM tem por finalidades principais a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Descreve também diretrizes e prioridades, que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

As diretrizes propostas por esta Política são: adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename); regulação sanitária de medicamentos; reorientação da AF; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Assim como algumas novas diretrizes de AF apresentadas e referendadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/04, a PNM remete e orienta para uma prática descentralizada, pactuada entre as esferas de gestão do SUS e com ações centradas no usuário, na comunidade e nos profissionais de saúde.

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006) e o financiamento da AF passou a ser entendido como de responsabilidade comum às três esferas de gestão do SUS, devendo contemplar a aquisição tanto de medicamentos quanto de insumos, bem como a execução das ações necessárias à operacionalização da AF. A Portaria GM/MS nº 204, de 29/01/2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo o bloco de financiamento da AF e organizando-o em três componentes: básico, estratégico e “excepcional” – denominação esta alterada para “especializado” a partir da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26/11/2009.

Entre as novas legislações, destacam-se como marcos importantes do ponto de vista jurídico e administrativo, a Lei nº 12.401 e o Decreto nº 7.508. A Lei nº 12.401, de 28/04/2011, altera a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Insere o Capítulo VIII, art. 19-M a 19-U, que conceitua a assistência terapêutica integral; define as atribuições do MS referentes à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de PCDT; cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – que deverá assessorar o MS nesta área. O Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Os artigos 25 a 29 dizem respeito à AF, com foco na nova definição da Rename, na competência sobre sua atualização, bem como do Formulário Terapêutico Nacional e dos PCDT, e no acesso universal e igualitário à AF.

## COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Financiado pelas três esferas de governo e gerenciado pela esfera municipal, este componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização dessa sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano: R\$ 5,10 pela União; R\$ 1,86 pelos Estados e R\$ 1,86 pelos Municípios, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 4.217, de 28/12/2010.

Recursos distintos são destinados ao financiamento dos seguintes medicamentos e insumos:

- Insumos complementares (tiras reagentes, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada) destinados aos usuários diabéticos insulínod dependentes: recurso estadual e municipal (R\$ 0,50 habitante /ano de cada esfera de governo);
- Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher: recurso federal (R\$ 0,30 habitante/ano), de aquisição centralizada no MS, que efetua distribuição aos estados e estes aos municípios para a dispensação aos usuários, ou diretamente aos municípios cuja população seja superior a 500.000 habitantes;
- Insulina NPH 100 UI e Insulina Humana Regular 100 UI: recurso federal (R\$ 0,68 habitante/ano), de aquisição centralizada no MS e distribuição aos Estados, que por sua vez distribuem aos municípios para efetuarem a dispensação aos usuários.

Desde 1999, quando foi implantado o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB), os recursos financeiros pactuados pelas três esferas de gestão são transferidos aos municípios para aquisição de medicamentos destinados à atenção básica. Esse processo possibilitou a retomada da reestruturação e organização da AF nos estados e municípios, permitindo a autonomia na coordenação de ações e atividades relacionadas aos medicamentos, porém trouxe também o desafio de se buscar estratégias para superar deficiência de escala e aumento da eficiência nos gastos dos recursos.

No Estado do Paraná, o IAFAB está organizado em duas formas:

- Municípios não consorciados: recebem diretamente da União e do Estado os recursos financeiros referentes às suas contrapartidas, por meio de repasse fundo a fundo.

Em março de 2012, são 09 (nove) municípios: Curitiba, Ponta Grossa, Araucária, Chopinzinho, São Jorge do Patrocínio, Londrina, Apucarana, Foz do Iguaçu e Alvorada do Sul.

- Municípios consorciados: a estratégia para a organização da AFAB foi a constituição, em junho de 1999, do Consórcio Paraná Saúde, que conta atualmente com 390 municípios associados. Assim, os recursos financeiros advindos das contrapartidas federal e estadual são repassados ao Consórcio Paraná Saúde, por meio de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, para execução das compras de modo centralizado, o que gera economia e possibilidade aos municípios de ampliar a oferta de medicamentos. A entrega pelos fornecedores é realizada diretamente nas 22 Regionais de Saúde e em alguns municípios.

Em relação aos insumos para pacientes diabéticos, cabe aos municípios, consorciados ou não, a aquisição dos lancetadores e lancetas para punção digital e das seringas com agulha acoplada. Para os municípios consorciados, a contrapartida estadual referente aos insumos complementares destinados aos usuários diabéticos é repassada ao Consórcio, que efetua a aquisição das tiras reagentes para medida de glicemia capilar e glicosímetros (estes últimos sem custo). Para os municípios não consorciados, a contrapartida estadual é executada por meio da aquisição e distribuição das tiras reagentes e glicosímetros pelo Centro de Medicamentos do Paraná – CEMEPAR.

À época da constituição do Consórcio, estabeleceu-se como atividade principal a aquisição de medicamentos para os municípios. O seu crescimento sólido possibilitou que sua atuação fosse ampliada, ofertando outros benefícios aos municípios consorciados, como celebração de convênio para a execução da contrapartida municipal, disponibilização de sistema de informação para programação de medicamentos, visitas e orientações técnicas, elaboração e publicação de fonte de informação sobre os medicamentos – Guia de Medicamentos – que compõem o Elenco de Referência de Medicamentos na Atenção Básica do Paraná (Deliberação CIB – PR nº 055, de 21 de junho de 2011), aquisição de computadores para as regionais de saúde e municípios, apoio às atividades da SESA e do MS.

O trabalho do Consórcio em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde, especialmente na discussão de ações e estratégias, é de suma importância para a execução e aprimoramento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

## COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O MS considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, que tenham impactos socioeconômicos e que configurem problemas de saúde pública. Além disso, esses medicamentos são disponibilizados aos portadores das doenças de acordo com critérios estabelecidos em protocolos e normas do Ministério. Os medicamentos e imunobiológicos contemplados neste componente são adquiridos pelo MS e distribuídos a todos os estados, abrangendo os seguintes programas: Aids (Antiretrovirais); endemias focais (malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas); hanseníase; tuberculose; talidomida para lúpus eritematoso sistêmico, doença do enxerto x hospedeiro e mieloma múltiplo; doenças hematológicas e hemoderivados; e os medicamentos e insumos para o combate ao tabagismo.

Quanto à sua operacionalização, o CEMEPAR recebe, armazena e distribui os medicamentos estratégicos e imunobiológicos (soros e vacinas) às 22 Regionais de Saúde, que os distribuem aos municípios de sua área de abrangência

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 2.981 (26/11/2009) e GM/MS nº 3.439 (11/11/2010), é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação. Os referidos medicamentos estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. Engloba os medicamentos indicados para doenças mais complexas, para os casos de refrata-

riedade ou intolerância à 1ª e/ou à 2ª linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas em PCDT. Subdivide-se em: Grupo 1A – medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo MS.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos destinados ao tratamento de doenças de menor complexidade em relação aos elencados no Grupo 1 e nos casos de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento. A responsabilidade pelo financiamento, aquisição e dispensação é das Secretarias Estaduais da Saúde.

O Grupo 3 é formado por medicamentos constantes na Rename vigente e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente. A responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação executadas pelos municípios, estando regulamentada pela Portaria GM/MS nº 4.217/2010.

Independentemente do Grupo, o acesso aos medicamentos do CEAF deve obedecer a critérios previamente estabelecidos.

No Paraná, o processo de solicitação dos medicamentos que constam dos Grupos 1 e 2 é iniciado pelo usuário ou seu responsável, por meio da apresentação da documentação exigida em cada PCDT, na farmácia da Regional de Saúde (RS) relacionada ao seu município de residência. O processo é avaliado por auditores da SESA, em nível central e/ou regional, com base nos critérios definidos nos PCDT. Em caso de deferimento, o processo é remetido para as farmácias da RS para autorização do início do tratamento e agendamento da primeira dispensação pelo farmacêutico.

Os medicamentos do Grupo 1A são adquiridos pelo MS; os do Grupo 1B e 2 pela SESA-PR. O recebimento de todos os medicamentos, o armazenamento e a distribuição às farmácias das RS é realizado pelo CEMEPAR. Cabe às RS a comprovação do atendimento ao usuário por meio da emissão de APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), documento exigido pelo MS para ressarcimento dos valores ao Estado, trimestralmente.

Um sistema de informação desenvolvido pela CELEPAR (Sesafarm), implantado no âmbito da SESA em abril de 2005, forneceu suporte para o gerenciamento do CEAF. Cedido ao MS, este sistema serviu de base para o desenvolvimento do Sismedex, que atualmente permite o acompanhamento de todo o fluxo, de forma individualizada por usuário, nas farmácias das 22 Regionais de Saúde do Estado.

## PROGRAMAS ESPECIAIS DA SESA - PARANÁ

Além dos medicamentos disponibilizados pelos Componentes da AF, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA-PR: Paraná sem dor; Mucoviscidose ou Fibrose Cística; Paracoccidiodomicose; Profilaxia e tratamento das doenças oportunistas e violência sexual do Programa DST/AIDS; Análogos de insulina para pacientes com diabetes tipo 1 e Saúde Bucal. Ainda são adquiridos medicamentos para as Unidades de Suporte Avançado de Vida e para as unidades próprias da SESA, entre elas os hospitais.

É de responsabilidade da SESA o financiamento dos programas anteriormente citados, cabendo ao CEMEPAR a programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos às RS e unidades da SESA, de acordo com a especificidade de cada programa.

## ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTOS

A aquisição e distribuição de medicamentos para atendimento às determinações judiciais são realizadas pelo CEMEPAR, cumprindo-se as exigências de cada processo. Devido ao aumento expressivo no número de ações, da diversidade dos produtos demandados e do valor monetário envolvido, a SESA objetiva estruturar um núcleo técnico para acompanhamento das demandas judiciais, com vistas a aperfeiçoar todos os processos, inclusive o de ressarcimento pela União.

O fluxo interno de trabalho na SESA tem a participação das áreas de Assistência Farmacêutica, Jurídica e de Controle, Avaliação e Auditoria. Em virtude do elevado número de ordens judiciais concedidas contra o Estado do Paraná, foi implementado um fluxo para o cumprimento das mesmas, contemplando a remessa de informações técnicas à Procuradoria Geral de Estado (PGE) para subsidiar a defesa do Estado, os procedimentos para aquisição de medicamentos pelo CEMEPAR e posteriormente a remessa às farmácias das RS, que executam a dispensação, dando assim cumprimento à ordem judicial.

Por recomendação do Conselho Nacional de Justiça, após a Audiência Pública nº 4, ocorrida em 2009, foi instituído o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Para o funcionamento descentralizado do Fórum, foram criados os Comitês Executivos Estaduais, sendo que no Paraná o Comitê Executivo da Saúde foi instalado em abril de 2011, sendo composto por representantes de diferentes órgãos: Justiça Federal, Justiça Estadual, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil – Seção



Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Defensoria Pública da União, Procuradoria Geral do Estado do Paraná, Advocacia Geral da União, Conselho Regional de Medicina do Paraná, Hospital de Clínicas da UFPR, Tribunal de Contas do Estado do Paraná e Associação dos Municípios do Estado do Paraná.

### 3.3.2 Estrutura da Assistência Farmacêutica na SESA – Paraná

A AF representa hoje uma das áreas com grande impacto financeiro no âmbito do SUS, sendo isso também realidade na SESA-PR. A demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para reduções. O adequado gerenciamento da AF constitui uma ferramenta de racionalização do bem público e otimização de resultados.

Para que o acesso aos medicamentos dos três componentes seja concretizado, as seguintes etapas devem ser executadas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Além disso, devem ser assegurados a garantia da qualidade dos produtos e serviços, o acompanhamento e avaliação de sua utilização.

As iniciativas voltadas à estruturação dos espaços destinados à AF e à qualificação das ações e das pessoas envolvidas, bem como a garantia do custeio, são fundamentais para que se obtenham resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população.

Na SESA-PR, as estruturas que executam as ações relacionadas à AF são:

- **Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF)**, estruturado para funcionamento a partir de 2011, a quem cabe formular e implementar a Política de Assistência Farmacêutica, além de coordenar e executar as atividades relacionadas ao planejamento das ações e gestão de programas, projetos e de processos; formular, coordenar e monitorar as atividades inerentes à qualificação dos serviços farmacêuticos, elaborando diagnósticos que subsidiem sua estruturação e a capacitação e desenvolvimento de pessoas; estabelecer parcerias, para fins de cooperação técnica e científica, com instituições de ensino e pesquisa, sociedades científicas, associações e conselhos de classe, entre outros.
- **Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR)**, a quem compete definir, coordenar, supervisionar e executar ações relacionadas à operacionalização de processos logísticos integrados de programação, aquisição, recebimento, arma-

zenamento e distribuição de medicamentos, imunobiológicos e insumos às RS e unidades próprias, mediante interfaces existentes entre as diversas áreas da SESA, visando garantir o suprimento dos itens sob sua responsabilidade.

- **Seções de Insumos Estratégicos das Regionais de Saúde**, cujas atribuições envolvem o gerenciamento das operações logísticas para o recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos, imunobiológicos e insumos entre o CEMEPAR, o Consórcio Paraná Saúde, as farmácias das RS e os municípios; a supervisão das atividades desenvolvidas nos centros requisitantes com vistas a apoiar a estruturação dos serviços farmacêuticos; a educação e capacitação dos colaboradores; a elaboração de pareceres técnicos quando solicitados; interface com as Coordenações Estaduais de Programas, com as Seções respectivas de outras RS, com a Vigilância Sanitária Estadual, Federal e Municipal e com o Consórcio Paraná Saúde.

- **Farmácias das Regionais de Saúde**, que são responsáveis pela formalização do acesso dos usuários aos medicamentos do CEAF e Programas Especiais da SESA; recebimento e armazenamento dos medicamentos de modo a garantir adequadas condições para a manutenção de sua estabilidade e conservação de suas características; dispensação; orientação farmacêutica, visando prover o usuário e/ou seu cuidador de informações que proporcionem maior adesão, efetividade e segurança no tratamento.

- **Farmácias dos Hospitais e Unidades Próprias**, a quem cabe o recebimento, armazenamento e dispensação dos medicamentos, imunobiológicos e insumos aos usuários atendidos.

### 3.4 ATENÇÃO À SAÚDE

Até o início de 2011, a SESA contava com uma Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde; porém, no final de 2011, a Secretaria direcionou sua organização na lógica das Redes de Atenção à Saúde, mudando a referida superintendência para abrigar as Redes, que passou a ter a denominação de Superintendência de Atenção à Saúde.

Nesta estrutura, encontram-se as coordenações das políticas estaduais de Atenção Primária em Saúde, Atenção às Condições Crônicas e Atenção às Urgências e Emergências. A Atenção às Condições Crônicas envolve as Políticas de Saúde Mental, da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem e do Idoso, Atenção ao Portador de Diabetes e Hipertensão, Comunidades Vulneráveis, Controle do Câncer, Controle do Tabagismo e do Risco Cardiovascular e do Enfrentamento da Violência.

Nas Regionais de Saúde, essas políticas estão sob responsabilidade da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde, por meio das Seções de Atenção Primária e a de Ações Estratégicas e Redes de Atenção.

### **3.4.1 Atenção primária à saúde**

A Atenção Primária em Saúde (APS), dentro dessa Superintendência, está sob coordenação do Departamento de Atenção Primária em Saúde, onde estão inseridas as políticas de: Saúde da Família; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde do Homem; Saúde do Idoso; e Saúde Bucal. A seguir, destacam-se as principais ações desenvolvidas pela SESA, em relação a essas políticas.

#### **SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Secretaria de Estado da Saúde, reconhecendo a importância da expansão da ESF, estimula os gestores municipais a implantar/ampliar equipes municipais, inclusive com o repasse de incentivo financeiro para o apoio do custeio das ações na APS.

São realizadas ações de capacitação e treinamento das equipes da APS, ações de monitoramento e avaliação, acompanhamento dos relatórios do SIAB, avaliação das solicitações de habilitações de novas equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Núcleos de Apoio da Saúde da Família.

#### **SAÚDE DA MULHER**

Dentre as iniciativas da SESA na área de atenção à Saúde da Mulher, destaca-se o Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico (PCCG), cujo resultado mais importante é a detecção precoce do câncer do colo de útero e de mama, seguido pelo acesso ao tratamento nos serviços de saúde.

A Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla, ainda, ações em pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, climatério-menopausa, considerando as singularidades de raça, orientação sexual; e visa igualmente às mulheres em situação de violência.

## SAÚDE DA CRIANÇA

A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança envolve ações desenvolvidas na atenção primária à saúde como a avaliação do crescimento intraútero, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança - com classificação de risco, para garantir o cuidado mais intensivo às crianças que têm maior probabilidade de adoecer e morrer, portanto é importante a qualificação da equipe de saúde da Unidade Básica, para a realização dessas ações. O acompanhamento inclui, além disso, o estímulo ao Aleitamento Materno, preconizado pela OMS e monitoramento do calendário vacinal, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

Dentre as estratégias desenvolvidas no Paraná, para atenção à saúde da criança, destacam-se:

- **Rede Amamenta:** seu objetivo geral é contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país. Especificamente, visa contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno; discutir essa prática no contexto do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS); pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir da realidade das UBS; monitorar os índices de aleitamento materno das populações atendidas neste nível de atenção à saúde em todas as unidades que aderiram à Rede.
- **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC):** tem como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade e estabelecimentos com leitos de parto para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.
- **Banco de Leite Humano:** são centros especializados, sem fins lucrativos e obrigatoriamente vinculados a hospitais maternos e/ou infantis, responsáveis pela promoção

do incentivo ao Aleitamento Materno, e execução das atividades de coleta, processamento e distribuição do Leite Humano sob rigoroso controle de qualidade (REDEBLH, 2005).

- **Método Canguru:** faz parte da Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido. Tem como objetivo melhorar os cuidados prestados ao RN, promovendo o contato pele a pele entre a mãe e seu bebê, fortalecendo o vínculo afetivo, aumentando a estabilidade térmica e melhorando o desenvolvimento da criança, bem como reduzindo o tempo de internamento e, conseqüentemente, os custos da assistência perinatal.
- **Mulher Trabalhadora:** esta iniciativa visa auxiliar a redução da mortalidade infantil com o incentivo da amamentação mesmo após o retorno da mãe trabalhadora de sua licença-maternidade de seis meses. Diante destas demanda, algumas empresas estão investindo em salas de apoio à amamentação, destinadas à ordenha e estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho.

A SESA participa da avaliação das condicionalidades do **Programa Leite das Crianças (PLC)**. O monitoramento das crianças beneficiárias ocorre por meio do sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN WEB). Segundo dados do SIAB Estadual, em 27/02/2012, referente a dezembro de 2011, 285.499 crianças até 4 meses de idade (3 meses + 29 dias) estavam cadastradas neste Sistema, sendo que dessas haviam 79% com aleitamento materno exclusivo e 18% com aleitamento materno misto.

## SAÚDE DO ADOLESCENTE

Baseado na Diretriz Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens, as iniciativas no Estado do Paraná incluem:

- **Caderneta de Saúde do Adolescente:** é um instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, entre 10 e 19 anos de idade.
- **Programa Saúde na Escola (PSE):** é um programa interministerial, dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (crianças, adolescentes e jovens), envolvendo

interssetorialmente as equipes de atenção básica, prioritariamente as equipes de saúde da família, e da educação básica pública. O Estado do Paraná conta com 82 municípios participantes do Programa.

- **Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei:** O Plano Operativo Estadual (POE) de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em regime de Internação e Internação Provisória tem por objetivo estruturar as ações e serviços de atenção integral à saúde em 18 unidades existentes no Paraná, denominadas Centros de Socioeducação (CENSEs). A gestão do POE e a implantação do Plano serão atribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), em conjunto com a Secretaria Estadual da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), gestora do Sistema Socioeducativo.

Atualmente, cerca de 985 adolescentes e jovens cumprem medidas socioeducativas, ou seja, encontram-se sob a tutela do Estado (Fonte: SEDS). Após habilitação do POE pela Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ-MS), poderá iniciar a formulação dos Planos Operativos Municipais para habilitação dos municípios e repasse do incentivo financeiro. A meta até 2015 é que todos os 15 municípios-sede de CENSE estejam habilitados.

## SAÚDE BUCAL

O Estado vem implementando a Política de Saúde Bucal que contempla as diretrizes do Programa Brasil Sorridente, incluindo: a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, em especial por meio da Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação da Atenção Especializada (principalmente estimulando a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LPD); além da viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

## SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) envolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde e tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina paranaense, contribuindo de

modo efetivo para a redução da morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de atenção integral à saúde. O Estado do Paraná aderiu à política nacional, e a Secretaria de Estado da Saúde vem desenvolvendo ações de capacitação de profissionais de saúde e educação da população em atenção à saúde do homem.

## SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A nova característica demográfica do Paraná traz um grande desafio que é prover assistência adequada a uma crescente população de idosos, que apresenta características próprias, diferentes das apresentadas pelas populações mais jovens. Os idosos caracterizam-se: pela presença de múltiplas doenças, em geral crônicas, pela heterogeneidade, uso de múltiplos medicamentos, apresentação atípica de doenças, possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas, risco de perda da autonomia e independência, demandas sociais e psicológicas específicas, necessidade de cuidados em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituições de longa permanência, centros dia e de convivência, serviços de reabilitação).

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde, além das ações que já vem desenvolvendo voltadas para essa população, como: distribuição da Caderneta de Saúde do Idoso (instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população idosa), vacinação, capacitação de profissionais de saúde em atenção à saúde do idoso e educação em saúde do idoso para a população; está propondo no seu mapa estratégico a implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

## OUTRAS ESTRATÉGIAS

Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP: a Secretaria de Estado da Saúde fornece este serviço, realizado em parceria com a ESF/PACS, com o objetivo de prestar atendimento no domicílio do paciente portador de doenças pulmonares obstrutivas e restritivas crônicas, principalmente DPOC, pois trata-se de um paciente dependente de oxigenoterapia prolongada. Assim, possibilita-se diminuir o número de internações hospitalares, melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir os custos da assistência para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de manter o paciente no seu domicílio junto dos seus familiares, fazendo com que o cidadão permaneça em seu município de residência. Conforme levantamento dos dados referentes ao Serviço de ODP,

há 324 pacientes em atendimento; 27 pacientes com ventiladores não invasivos; 18 Regionais de Saúde e 85 municípios com pacientes atendidos.

### **3.4.2 Atenção às condições crônicas**

Ao observarmos as condições de morbimortalidade prevalentes, é nítido o crescimento da incidência das doenças crônicas, porém os sujeitos e as comunidades ainda são considerados responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida, sendo que a principal resposta social a tais problemas de saúde tem sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e promoção da saúde, bem como melhoria das condições de vida em geral, são fundamentais para a obtenção de avanços (Buss, 2003).

De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global, trabalhando com o conceito de responsabilização múltipla, envolvendo ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (Buss, 2003). Prevenção de doenças e promoção da saúde são medidas que têm impactos diretos na qualidade de vida do cidadão, no perfil de doenças, na mortalidade da população, refletindo nas demandas sobre o sistema de atendimento à saúde.

A Atenção às Condições Crônicas na Superintendência de Atenção à Saúde/SESA está sob coordenação do Departamento de Atenção às Condições Crônicas, onde estão inseridas as políticas voltadas para: o risco cardiovascular; atenção à hipertensão e diabetes; saúde mental; atenção às pessoas com deficiência; comunidades vulneráveis; controle do câncer; vigilância alimentar e nutricional; controle do tabagismo; e enfrentamento da violência. A seguir destacamos as principais ações desenvolvidas pela SESA, em relação a essas políticas.

## **RISCO CARDIOVASCULAR E ATENÇÃO À HIPERTENSÃO E DIABETES**

As ações com base na prevenção dos fatores de risco cardiovascular vêm sendo implementadas no âmbito das Regionais de Saúde do Paraná de forma diferenciada e heterogênea. O processo de sensibilização de gestores quanto à magnitude do problema e suas implicações no incremento do risco cardiovascular vem sendo realizado sistematicamente. A abordagem dos fatores



de risco é segmentada em diversas estratégias, direcionadas tanto às equipes de saúde quanto à população em geral, o que traz impactos distintos e podem não refletir na queda da frequência de internação por AVC. Isso é evidenciado na tendência histórica, sendo que ações mais efetivas de promoção da saúde se mostram necessárias. Entende-se que a partir de 2011, com novas abordagens na área, a tendência começará a sofrer declinação na taxa de internação.

Em relação ao diabetes, cabe observar que no Paraná, a exemplo dos dados mundiais, a taxa de internação por diabetes e suas complicações, conforme série histórica no período de 2007 a 2010, bem como o coeficiente de internação por acidente vascular cerebral (AVC) no mesmo período, são crescentes.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Constitui um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

## SAÚDE MENTAL

Para responder a essa situação, a Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS, sendo eles: universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão e hierarquização dos serviços, bem como respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03 e Lei Estadual nº 11.189/95.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica já avançou no Brasil e no Paraná, mas, com a expansão do consumo das drogas, em especial do crack, surgiram novos desafios, necessitando repensar a organização da rede de assistência à saúde mental que garanta o cuidado, a inclusão social e a cidadania dos indivíduos.

O Ministério da Saúde define como Leitos Integrais em Saúde Mental para o atendimento às pessoas com Transtornos mentais severos e persistentes e dependentes de álcool e outras drogas os oferecidos por: Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, leitos em CAPS III e leitos de urgência. Estabelece como parâmetro 0,1 a 0,16 leitos/1000 hab. para municípios com Rede Substitutiva efetiva, e 0,16 a 0,24 leitos/1000 hab. para municípios com Hospital psiquiátrico e sem Rede Substitutiva efetiva.

No Estado do Paraná, existem municípios que ainda não possuem Rede Substitutiva efetiva e apresentam uma taxa de cobertura de 0,23 leitos/1.000 habitantes. Entende-se por Rede Substitutiva aquela que substitui a lógica de internamento de longa permanência, sendo composta por diversos dispositivos, como: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Saúde Mental na Atenção Primária, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, etc. Essa rede deve ser capaz de efetivamente controlar a porta de entrada para as internações, reduzir o número de internamentos hospitalares e seu tempo médio de permanência.

A taxa de cobertura citada acima evidencia o modelo de assistência do Estado do Paraná, focado no evento agudo, no qual, passada a crise, poucas alternativas de serviços extra-hospitalares são ofertadas aos familiares e ao paciente. Nesse sentido, tem-se como objetivo apoiar a implementação de serviços que compõem a Rede Substitutiva, intitulada Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além de estimular a implantação de equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade.

## PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Com objetivo de propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção primária até a sua reabilitação, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. A portaria define como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

O Estado vem seguindo as mesmas diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência: promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências, atenção integral à saúde, melhoria dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, tendo como desafio promover a acessibilidade no sentido mais amplo da palavra, por meio da implementação e criação de Políticas Públicas de Saúde, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da PcD. No Paraná, a atenção à saúde da Pessoa com Deficiência é realizada pelos serviços de reabilitação, que são unidades especializadas de abrangência regional

e observam a seguinte divisão de áreas temáticas: Reabilitação Física, Reabilitação Auditiva e Reabilitação Intelectual.

Ressalta-se também o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde que, por meio das Unidades de Atenção Primária, Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, promovem ações informativas e educativas, ações de promoção à saúde, de prevenção e identificação precoce de problemas junto à população. Esse nível de atenção à saúde constitui-se como a principal porta de entrada do serviço de saúde e exerce papel fundamental para a organização e fortalecimento dos demais níveis de atenção.

Considerando que aproximadamente 70% das ocorrências seriam evitáveis ou atenuáveis, com medidas apropriadas e oportunas, é fundamental a promoção de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências, além da assistência integral à saúde da PcD e da promoção da sua qualidade de vida.

Verificando o atual cenário paranaense, identifica-se como uma necessidade a implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, desde ações básicas até as de maior complexidade, procedimentos de reabilitação e o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

## ATENÇÃO À SAÚDE DE COMUNIDADES VULNERÁVEIS

- **Saúde da População em Situação de Privação de Liberdade** – A atenção a saúde da população privada de liberdade tem sido conduzida, por meio de cooperação entre as Secretarias de Estados da Saúde (SESA) e Secretaria de Justiça e Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), a partir implantação do Plano Nacional Saúde Sistema Penitenciário, pela publicação da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003 e com a aprovação do Plano Operativo Estadual (Deliberação CIB nº 074/032006).

Dados da SEJU 2010 indicam que, nas 25 Unidades Penais do Estado do Paraná, havia 14.301 detentos, sendo 95% vagas masculinas e 5% femininas. As ações de saúde para essa população são desenvolvidas pelas equipes de saúde que atuam nas Unidades Penais, na perspectiva da atenção primária, e nos demais níveis de atenção por meio de pactuação com serviços de referência da Rede de Assistência do SUS. Considerando o ambiente em que está inserida esta população, a assistência à saúde atua prioritariamente para o enfrentamento dos seguintes agravos:

Tuberculose, Aids/DST, Hepatites, Hanseníase e Transtorno Mental, por meio de ações de promoção a saúde e prevenção das doenças.

Atualmente o Estado, por meio de ação conjunta com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), Secretaria de Segurança Pública (SESP) e Municípios com mulheres presas em Delegacias e Unidades Penais, tem realizado ações de rastreamento dos principais agravos de saúde das mulheres que se encontram privadas de liberdade. A operacionalização desse trabalho se dá por meio das Equipes da Atenção Primária à Saúde dos municípios.

- **Saúde Integral da População Negra** – Em maio de 2009, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PN-SIPN, instituída por meio da Portaria MS/GM nº 992 de 13/05/2009, com o objetivo de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo institucional e discriminação nas instituições e serviços do SUS, no entendimento de que esses aspectos contribuem para o adoecimento das pessoas, uma vez que se trata de determinantes sociais da saúde.

O Paraná vem realizando várias ações com os profissionais de saúde de todo o Estado, que visam à capilarização da temática nos 399 municípios, por meio das 22 Regionais de Saúde.

De acordo com o Censo IBGE 2010, aproximadamente 2.951.208 habitantes do Estado, cerca de 28,5%, compõe-se da população negra (pretos e pardos). Desta população, 5.000 habitantes pertencem a Comunidades Remanescentes de Quilombo (CRQ) ou Comunidades Negras Tradicionais (IBGE 2007), distribuídas em 27 municípios do Estado.

- **Saúde Indígena** – O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado como componente do SUS pela Lei nº 9.836/1999, voltado à construção de um modelo integrado e articulado à rede pública para ações de atenção à população indígena. Para tanto, estabeleceu um modelo organizacional de serviços denominado Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que são unidades técnico-administrativas descentralizadas e distribuídas em territórios geográficos.

Seguindo a tendência nacional (conforme dados do Plano Nacional Saúde), são elevados os índices de morbimortalidade de crianças, nos primeiros anos de vida.

As principais causas de óbitos no primeiro ano de vida são perinatais, pneumonia e diarreia, associadas à desnutrição. Em relação à morbidade, destaca-se como principal determinante a falta de saneamento básico nas aldeias. Entre as mulheres, as principais causas de adoecimento e morte estão ligadas a qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério. Nesta perspectiva, o Estado lançará em 2012 o Programa Mãe Paranaense, que objetiva melhorar a oferta e a qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério, bem como monitorar as crianças de risco até 1 ano de idade em todas as regiões de saúde, contribuindo para a eficiência da atenção à saúde dos paranaenses. Já na população masculina jovem adulta, o alcoolismo é o principal fator de adoecimento e morte, por meio de eventos de causas externas (acidentes e violências).

O Estado e municípios têm buscado se aproximar dos DSEIs com representatividade no Paraná, para implementar ações na atenção primária e nos demais níveis de atenção à saúde, visando à redução dos principais agravos e a melhoria da qualidade de vida dos indígenas.

## VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

De modo semelhante às transições epidemiológica e demográfica, a transição nutricional corresponde às mudanças negativas verificadas nos padrões alimentares, caracterizada por aumento do consumo de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares refinados, alimentos industrializados e relativamente reduzida quantidade de carboidratos complexos e fibras. Ao padrão alimentar atual, associa-se a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade e alguns tipos de cânceres. De outro lado, não foram erradicadas as doenças decorrentes da carência calórica e de micronutrientes, como a desnutrição, hipovitaminose A, anemia por carência de ferro e os distúrbios de iodo. A prevenção e o controle da desnutrição dependem não somente do setor saúde, mas também de medidas amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas de inclusão social. A avaliação e monitoramento da situação alimentar e nutricional da população paranaense vêm seguindo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com ações de vigilância alimentar e nutricional de usuários do SUS, com o objetivo de detecção precoce de situações de risco nutricional e prevenção de agravos à saúde, por ciclos de vida, pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB)

No Paraná, utilizou-se o SISVAN próprio até 2009. A partir de 2010, adotou-se o SISVAN WEB

como sistema para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do SUS, atendidos tanto nos estabelecimentos de saúde, como por profissionais da ESF/ Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual ainda apresenta algumas dificuldades técnicas de funcionamento, as quais vêm sendo corrigidas gradativamente.

## CONTROLE DO TABAGISMO

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina. É considerada uma doença pediátrica, pois quase 90% dos fumantes regulares começaram a fumar antes dos 18 anos de idade. O tabagismo ativo é a maior causa de morte evitável no mundo e o tabagismo passivo, a 3ª causa.

Consiste também num importante fator de risco isolado para cerca de 56 doenças, muitas delas graves e fatais como o câncer, doenças cardiovasculares (infarto e AVC), enfisema e outras. Desencadeia e agrava condições como a hipertensão e diabetes; também aumenta o risco de as pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose.

No Paraná, está em vigor a Lei antifumo 16.239/09 que dispõe sobre ambientes livres de tabaco. A Secretaria de Estado da Saúde desenvolve diversas ações, procurando conscientizar a população quanto aos efeitos nocivos do hábito de fumar. Também estimula a implantação de ambulatórios para tratamento do fumante, com apoio medicamentoso, quando necessário, bem como realiza capacitação de equipes multidisciplinares que atuam nesses ambulatórios. Em parceria com a Secretaria de Educação (SEED), está em fase de implantação o Programa Saber Saúde, que prevê ações de promoção e prevenção de tabagismo e outros fatores de risco de câncer nas escolas.

## ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Os dados epidemiológicos levantados no Paraná apontam que as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes de trânsito e a violência interpessoal têm aumentado significativamente em todas as regiões do Estado, demandando para a saúde o complexo desafio de alterar esses índices promovendo a melhoria da saúde da população, bem como, a implementação da Cultura da Paz.

Nessa perspectiva, a SESA vem se estruturando para apoiar a implantação e implementação da Rede de Prevenção de Violências e Promoção à Saúde; organizando a atenção nos diferentes

segmentos populacionais, particularmente representados por crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, adolescentes em conflito com a lei, entre outros.

### **3.4.3 Atenção à urgência e emergência**

No início de 2011, ao iniciar o novo período de gestão na SESA, foi colocado em prática o planejamento voltado à reorganização da assistência em todo o Estado do Paraná. Dentre os vários problemas observados, destacavam-se a fragmentação dos processos assistenciais, a desarticulação entre os pontos de atenção e a oferta inadequada de serviços comprovada pela existência de grandes vazios assistenciais, o que dava mostras da insuficiência de regulação de todo o sistema de saúde. Tais fatores foram considerados responsáveis por índices significativos de mortalidade infantil e materna em várias regiões do Estado, e da elevada incidência e mortalidade de doenças cardiocerebrovasculares e de trauma em toda a população. Dessa forma, desenvolveu-se o processo de Planejamento Estratégico de toda a Secretaria de Estado da Saúde, destinado a orientar as ações de toda a equipe gerencial no trabalho de reorganização e implementação qualitativa da assistência integral às necessidades da população.

A ação prioritária da SESA, em consonância com seu planejamento e visando modificar amplamente a realidade vigente, foi voltada à implantação de Redes Assistenciais, como estratégia destinada a prover assistência qualificada à população, trabalhando no sentido de implantar um modelo de atenção integral à saúde aos paranaenses no âmbito do SUS, com garantia de acesso e resolutividade. Para alcançar esse objetivo, faz-se necessário superar a fragmentação das ações e serviços com a implementação de Redes de Atenção à Saúde, definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (NT/MS 2011).

Assim como as demais áreas do sistema de saúde, também há fragmentação no setor de urgência e emergência, haja vista que o mesmo é executado por diferentes serviços, de natureza pública (municipal, estadual ou federal) ou privada, de modo não integrado. Apesar da prestação de grande número de atendimentos, conforme a produção analisada ainda não se observam critérios adequados de qualidade e segurança assistencial. Os serviços pré-hospitalares, como o SIATE e o SAMU, não oferecem cobertura populacional adequada e, pelo fato de não trabalharem

integrados, sob coordenação unificada, observa-se superposição de estruturas assistenciais ou mesmo inexistência das mesmas. O financiamento tripartite desse componente leva à necessidade de pactuação, obrigando dessa forma a gestão compartilhada do serviço, o que não existe em muitos municípios e regiões.

O atendimento às demandas emergenciais pelo SAMU/SIATE tem um tempo-resposta variável, na dependência do fluxo de chamadas, que tende a ser maior nos horários de grande circulação da população, originando tempos de espera longos e obrigando a priorização dos chamados pelo médico regulador. Notadamente no trauma, esses fatos levam à sobrecarga momentânea da rede assistencial, que se dilui a medida que as unidades gerenciam sua demanda interna e ampliam a capacidade de atendimento. Outrossim, o atendimento prestado pelas Unidades de Suporte Avançado de Vida (USAV) é essencial para a segurança dos pacientes, porém há possibilidade de otimização do resultado mediante ação integrada com os SAMUs regionais. Esse fator pode potencializar o alcance do serviço e ampliar o acesso da população a esse nível de assistência. Mediante o exposto, justifica-se a implantação da Rede Estadual de Atenção às Urgências e Emergências.

O processo de cuidado na urgência e emergência deve abranger todos os seguintes fatores (sem prejuízo de seus desdobramentos e interdependências), entendidos como eixos estruturantes do cuidado e da assistência:

- Redução da incidência de agravos urgentes: adoção de medidas preventivas / ambientes seguros, implemento no manejo de condições crônicas (Atenção Primária), etc.
- Identificação e manejo imediato de situações de urgência e emergência, já a partir do domicílio do paciente e da Atenção Primária, estendendo-se a todos os níveis de atenção: classificação de risco, qualificação profissional, implemento técnico de serviços.
- Viabilização de acesso eficaz do paciente a serviços de saúde qualificados e resolutivos, sempre que suas condições clínicas assim o exigirem: Regulação de Emergência e de leitos hospitalares, atendimento móvel e transporte, radiocomunicação, serviços de emergência com garantia de acesso.
- Garantia de assistência adequada em todos os pontos de atenção, independentemente de sua complexidade: qualificação de serviços, aumento de número



de leitos qualificados e com equipes assistenciais especializadas, adoção de protocolos assistenciais atualizados e baseados em evidências científicas, implantação de telemedicina diagnóstica e de suporte à decisão clínica.

- Adoção de critérios de tempo-resposta para toda a rede assistencial, priorizando as condições agudas de maior morbi-mortalidade: doenças cardiovasculares, neurovasculares e causas externas.
- Garantia da continuidade da assistência pós-evento agudo, em todas as fases da assistência, culminando com a reinserção do paciente no seu meio social: atendimento multidisciplinar, assistência domiciliar.
- Desenvolvimento da capacidade de resposta a eventos de massa e múltiplas vítimas: preparação institucional, implemento de equipamentos e protocolos de ação, interligação entre os serviços assistenciais congêneres (SAMU, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, etc.).

### 3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE E SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) se depara com importantes limitações decorrentes do processo de trabalho em saúde centrado nas tradicionais práticas da assistência curativa fragmentada que tem como principal consequência a baixa resolutividade das ações e serviços. Esse é um dilema presente na saúde pública desde a descentralização dos serviços e da adoção da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo de organização do sistema que requer profissionais formados para atuarem na ponta do sistema.

O distanciamento entre a educação formal dos profissionais e as necessidades de saúde da população é um desafio que vem sendo enfrentado pelos órgãos responsáveis pela formação (políticas de educação) e de prestação de serviços (políticas de saúde). Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para os cursos de graduação na saúde explicitem que os processos de formação devem atender às necessidades de saúde com ênfase no SUS, essa orientação ocorre de forma bastante heterogênea nas universidades brasileiras e longe de resultar em profissionais de saúde efetivamente formados para o SUS.

Esse cenário, somado à crescente complexidade do quadro sanitário brasileiro e à agenda

política de construção das Redes de Atenção em Saúde (RAS) que mudam a lógica do modelo, resulta na superposição de antigos e novos desafios relativos às práticas profissionais. É nesse contexto de desafios que se encontra a Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos, em suas vertentes de formação inicial, técnico-profissionalizante e superior.

No Paraná, a Escola de Saúde Pública (ESPP) é a articuladora e coordenadora desse processo no âmbito estadual assim como as demais escolas do [aís. A ESPP integra a rede de escolas apoiadas técnica e financeiramente pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, por meio, principalmente, de projetos específicos de cursos de formação, capacitações e da política nacional de educação permanente em saúde.

Apesar de toda a sua trajetória histórica em Saúde Pública, a Secretaria de Estado da Saúde até o presente momento não viabilizou seu credenciamento junto às instâncias e órgãos educacionais para tornar-se mais efetiva e autônoma no cumprimento de sua missão e no atendimento das ações planejadas pelas áreas técnicas da SESA e pela própria Escola. E ,ainda, a ESPP tem o papel de voltar-se para a identificação, organização e viabilização dos processos formativos em consonância com as necessidades de saúde da população do Estado.

Para tanto, é necessária a articulação com as demais instâncias de formação profissional no âmbito da graduação e pós-graduação por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), demais instâncias de gestão (CIB) e controle social do SUS (CES) para que a formação profissional seja cada vez mais adequada ao contexto do SUS.

Por fim, a escola, até o presente momento, não possui uma estrutura física e organizativa adequada às novas concepções de educação na saúde que garanta o cumprimento de sua missão institucional de atender às necessidades de formação e qualificação dos profissionais para o SUS, tanto em nível estadual como municipal.

Para se consolidar como gestora do processo de educação permanente para o SUS no Paraná e para apoiar efetivamente a instalação e desenvolvimento das Redes de Atenção em prol da melhoria da qualidade de saúde da população paranaense, a Escola de Saúde está se reestruturando conceitual, organizacional e funcionalmente para se tornar referência nos processos formativos para o SUS.

### 3.6 GESTÃO DO TRABALHO

A Secretaria de Estado da Saúde tem em seu quadro de pessoal o total de 9.569 servidores efetivos, distribuídos em 3.222 profissionais de nível superior, 2.919 de nível médio e 3.428 de nível fundamental. Esses profissionais encontram-se lotados em 22 Regionais de Saúde, 16 hospitais e 10 Órgãos de Apoio, entre laboratórios, centrais de abastecimento e transporte, e estrutura administrativa da sede. Os servidores municipalizados somam 1.016, que são incluídos nas ações de gestão do trabalho, por meio dos diversos institutos da carreira, incluindo promoção, progressão, aposentadoria, licenças, contagem de tempo, além das atividades de rotina de gerenciamento de folha de pagamento e capacitação. Há necessidade de efetuar novos chamamentos de concursados para compor as equipes das Unidades da SESA, em função de aposentadorias e exonerações.

Os servidores da SESA pertencem ao Quadro Próprio do Poder Executivo (QPPE), instituído pela Lei 13.666/2002, que regulamenta o plano de carreiras dos servidores alocados em todos os órgãos estaduais. Encontra-se em estudo a apresentação de proposta de um novo Quadro Próprio dos Servidores da Saúde, efetuado por Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos, com representante do Conselho Estadual de Saúde, segmento Usuários.

Há necessidade, igualmente, de implementar ações formais de Saúde Ocupacional, em cumprimento ao que se preconiza, visando ao cuidado e ao monitoramento da Saúde do Trabalhador da SESA. A SESA, por ter atividade ambulatorial e hospitalar, necessita disponibilizar aos servidores um sistema adequado de Saúde Ocupacional.

A instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS (MENPSUS-PR) também contribuirá para consolidar política de Recursos Humanos da Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde, em cumprimento à diretriz nacional do segmento no que se refere à democratização da relação do trabalho.

### 3.7 HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS

#### 3.7.1 - Unidades hospitalares – SESA

O Estado do Paraná possui uma rede própria de 17 hospitais, quadro 2.

**QUADRO 2 – UNIDADES HOSPITALARES – SESA**

| <b>UNIDADES HOSPITALARES - SESA</b>                                |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Hospital de Dermatologia Sanitária do PR</b>                    | Piraquara                |
| <b>Hospital Regional da Lapa São Sebastião</b>                     | Lapa                     |
| <b>Hospital Oswaldo Cruz</b>                                       | Curitiba                 |
| <b>Hospital Colônia Adauto Botelho</b>                             | Pinhais                  |
| <b>Hospital Luiza Borba Carneiro</b>                               | Tibagi                   |
| <b>Hospital do Trabalhador</b>                                     | Curitiba                 |
| <b>Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier</b> | Curitiba                 |
| <b>Hospital Regional do Litoral</b>                                | Paranaguá                |
| <b>Hospital Infantil de Campo Largo Waldemar Monastier</b>         | Campo Largo              |
| <b>Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits</b>        | Francisco Beltrão        |
| <b>Hospital Zona Sul de Londrina</b>                               | Londrina                 |
| <b>Hospital Zona Norte de Londrina</b>                             | Londrina                 |
| <b>Hospital Regional de Ponta Grossa</b>                           | Ponta Grossa             |
| <b>Hospital Regional de Guaraqueçaba</b>                           | Guaraqueçaba             |
| <b>Hospital Regional do Norte Pioneiro</b>                         | Santo Antônio da Platina |
| <b>Hospital Regional do Noroeste</b>                               | Paranavaí                |
| <b>Hospital de Telêmaco Borba *</b>                                | Telêmaco Borba           |

\* HOSPITAL DE TELÊMACO BORBA ESTÁ EM FASE DE CONSTRUÇÃO, COM INÍCIO DAS ATIVIDADES PREVISTAS PARA 2013.

### 3.7.1.1 Abrangência

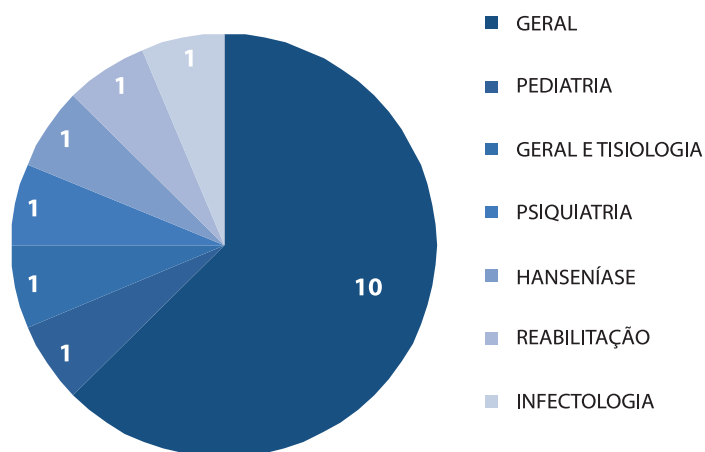
As Unidades Próprias de modo geral têm localização estratégica e a função de complementar a Rede Assistencial, bem como contribuir estrategicamente como ponto de atenção das Redes Prioritárias do Governo, absorvendo suas demandas. A Diretoria de Unidades Próprias é responsável pela coordenação geral das unidades hospitalares, gráficos 22 e 23 e quadro 3.

Abrangendo uma população de cerca de 5,3 milhões de habitantes, distribuídos nas Regionais de Saúde em que estão inseridos, realizaram 2,3 milhões de atendimentos em 2011, distribuídos em internações clínicas, cirúrgicas, partos, UTI geral, UTI neonatal, UTI pediátrica, UCI, atendimentos de urgência/emergência, consultas ambulatorias, exames de diagnose e terapias.

No ano de 2011, foi realizado um Diagnóstico Situacional dos Hospitais Próprios, trabalho do qual foram levantados vários pontos críticos e oportunidades de melhoria. Destacam-se entre os desafios apresentados:

- Integrar o trabalho dos hospitais entre si e inseri-los nas redes prioritárias do Governo (PE).
- Aumentar a cobertura, a complexidade e a qualidade do atendimento à população.
- Contribuir na redução dos agravos da saúde à população.
- Otimizar e racionalizar a utilização dos recursos financeiros, humanos, físicos, tecnológicos e de insumos disponibilizados.
- Garantir produtividade ambulatorial e hospitalar.
- Garantir qualidade, resolutividade e segurança dos serviços prestados.
- Implantar a gestão da qualidade hospitalar.
- Certificar as unidades dentro dos padrões de Acreditação Hospitalar.
- Buscar padrões de realização de atividades do hospital (*benchmarking*).
- Estabelecer sistemas contínuos de avaliação e monitoramento, dando elementos para a melhoria dos processos e resultados da gestão.
- Implantar novas formas de gerenciamento das unidades.
- Utilizar sistemas de gestão voltados para a área hospitalar.
- Ampliar a captação de recursos e parcerias.

**GRÁFICO 22– HOSPITAIS PRÓPRIOS POR ESPECIALIDADE**



FONTE: SESA-PR.

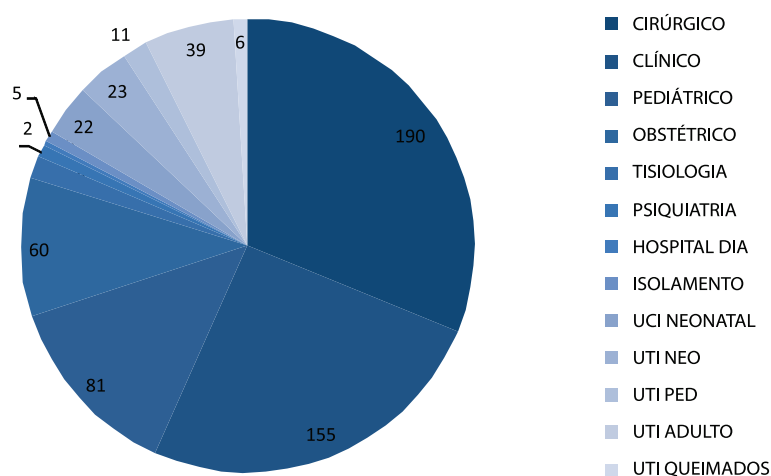
### 3.7.2 Outras Unidades Hospitalares Estaduais

**QUADRO 3 – OUTRAS UNIDADES HOSPITALARES – SESA**

| HOSPITAL   | TOTAL DE LEITOS |
|--|-----------------|
| Hospital Universitário do Oeste do Paraná          | 173             |
| Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná | 313             |
| Hospital Universitário Regional de Maringá         | 123             |

REF.: CNES MARÇO/2012.

**GRÁFICO 23 – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E LEITOS POR ESPECIALIDADE**



FONTE: SESA-PR

### 3.8 OUVIDORIA

As Ouvidorias são canais de visibilidade do Estado que ampliam os espaços de participação social e atuam como instrumentos de gestão, uma vez que as informações subsidiam as ações dos gestores nas três esferas de governo. Por meio de uma gestão adequada da informação, as Ouvidorias instituem diretrizes, políticas e prioridades, delineando cenários futuros e estabelecendo indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde. Além disso, são capazes de informar a população e contribuem para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

Como canal de intermediação das manifestações do cidadão, a Ouvidoria organiza uma rede, pois estende seu trabalho articulado com as áreas responsáveis para a resolução das demandas. Essa rede se constitui das áreas, órgãos ou instituições, principalmente da esfera municipal, que são responsáveis por responder e/ou resolver as demandas acolhidas e tem como objetivo proporcionar maior agilidade no processo.

Considerando que não são todos os municípios que implantaram a Ouvidoria do SUS, a

Secretaria de Estado da Saúde disponibiliza o número de telefone 0800-6444414 (para ligações gratuitas), por onde o cidadão pode registrar sua manifestação. Esse número de telefone está descentralizado para todo Estado, identificando a origem da ligação (município) e encaminha para a Ouvidoria Regional de Saúde a que município pertence. Dessa forma, pretende-se que todo cidadão paranaense tenha um canal de comunicação com a administração e que o tempo de trâmite entre registro e conclusão da manifestação seja menor do que se a manifestação fosse registrada na Ouvidoria Estadual.

Cabe ressaltar que a resolubilidade da Ouvidoria Estadual do SUS (81%) ainda é maior do que a média das Ouvidorias Regionais de Saúde (58%), tendo em vista que as manifestações são encaminhadas às redes e sub-redes dos sistemas; que na maioria das vezes são as superintendências e unidades próprias, obtendo a resposta/conclusão de forma mais ágil. No caso das Ouvidorias Regionais, as mesmas encaminham as manifestações às esferas municipais e/ou outros órgãos externos afins, que muitas vezes não cumprem o prazo determinado para conclusão da manifestação.

Dos 399 municípios paranaenses, 92 recebem recursos financeiros da Portaria Participa SUS – Política Nacional da Secretaria Estratégica e Participativa. A transferência dos recursos se dá fundo a fundo aos municípios, e é destinada para a implementação do componente Qualificação da Gestão do SUS, entre eles a Ouvidoria do SUS. A transferência desses recursos aos municípios iniciou em 2007.

### 3.9 REDE DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A missão do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR) é: “Fornecer produtos e serviços de hematologia e hemoterapia de forma sustentável para a rede assistencial dentro dos padrões da qualidade”. O HEMEPAR, apesar de reconhecido nacionalmente pela excelência na área do sangue e hemoderivados, enfrenta hoje o desafio de ampliar sua produção para atendimento de 100% dos leitos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná.

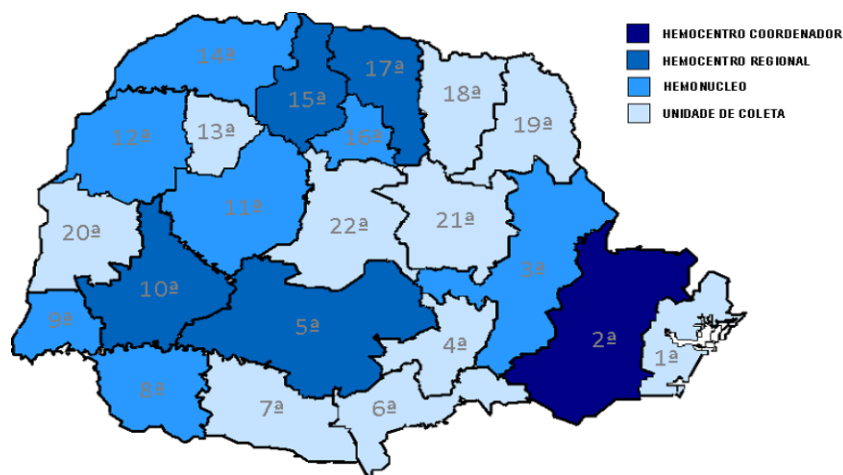
A PT/MS/GM nº 1.737 de 19 de agosto de 2004 que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no SUS e o ressarcimento de seus custos operacionais estabelece que: “Os serviços públicos de hemoterapia do SUS deverão ser capacitados e estruturados para atender integralmente à demanda de fornecimento de hemocomponentes para o próprio SUS” (Art.1º - § 2º).



Considerando essa orientação, o HEMEPAR tem adotado providências para aumentar a oferta para SUS sem prejuízo da qualidade, através da melhoria da infraestrutura das unidades, da capacitação dos profissionais e da implantação do Sistema de Garantia de Qualidade.

A rede HEMEPAR possui 22 estabelecimentos, um em cada regional, sendo 01 hemocentro coordenador, 04 hemocentros regionais (Guarapuava, Cascavel, Maringá e Londrina), 07 hemonúcleos (Ponta Grossa, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Umuarama, Paranavaí e Apucarana) e 10 unidades de coleta (Paranaguá, Irati, União da Vitória, Pato Branco, Cianorte, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã), mapa 8.

**MAPA 8 – REDE HEMEPAR**



FONTE: SESA-PR.

As unidades da Hemorrede administradas pela SESA são: Hemocentro Coordenador em Curitiba, hemocentros de Cascavel e Guarapuava, hemonúcleos de Apucarana, Campo Mourão, Ponta Grossa e Umuarama e as unidades de coleta e transfusão de Cornélio Procópio, Telêmaco Borba, Jacarezinho, Paranaguá e Irati. São administrados por outras entidades os hemocentros de Maringá e de Londrina, respectivamente pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), o Hemonúcleo de Foz do Iguaçu pela Fundação Itaguapy e as unidades administradas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são os hemonúcleos de Francisco Beltrão e Paranavaí e as unidades de coleta e transfusão de União da Vitória, Cianorte, Toledo, Pato Branco e Ivaiporã.

A rede pública de sangue conseguiu um acréscimo de 1,3% na cobertura de leitos/SUS no ano de 2011 em relação ao ano de 2010; passando de 63,1% para 64,4%. O número de bolsas coletadas também teve um acréscimo de 2,7% de 2010 para 2011. No entanto, as transfusões realizadas diminuíram em 2011 em relação ao exercício de 2010, proporcionalmente de 73,8% para 69,8%, quebrando a curva ascendente dos últimos anos, conforme quadro 4.

**QUADRO 4 – PRODUÇÃO DA REDE HEMEPAR, PARANÁ – 2008 A 2011**

| ITENS  | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    |
|--|---------|---------|---------|---------|
| <b>Nº de bolsas coletadas</b>  | 134.372 | 122.628 | 141.102 | 145.003 |
| <b>Nº de bolsas de Concentrado de Hemácias descartadas por sorologia</b> | 5.885   | 5.827   | 5.452   | 5.196   |
| <b>Nº de bolsas de Concentrado de Hemácias transfundidas</b>             | 99.336  | 89.796  | 104.126 | 101.152 |

FONTE: SESA-PR.

A redução do número de transfusões deve-se principalmente à maior racionalidade na indicação do uso de sangue e hemoderivados pelos profissionais médicos, vindo ao encontro das ações educativas desenvolvidas pela hemorrede.

No HEMEPAR, a fenotipagem de hemácias é realizada de forma diferenciada sendo pesquisadas a presença ou ausência de 24 antígenos. Essa atividade é realizada por poucos serviços de hemoterapia e o objetivo é aumentar a segurança transfusional de pacientes politransfundidos que recebem sangue com maior frequência.

Após a fenotipagem, o doador é cadastrado no programa de Doadores Fenotipados que foi implantado no Hemocentro Coordenador em 1996.

Estão cadastrados hoje aproximadamente 20.000 doadores fenotipados para 28 antígenos eritrocitários, sendo esse serviço de referência nacional.

São atendidos pacientes politransfundidos (talassêmicos, falciformes, renais crônicos e outros), com o intuito de prevenir a formação de alo-anticorpos, bem como compatibilizar pacientes que já apresentam anticorpo(s) irregular(es), de acordo com o preconizado pela RDC/ANVISA nº

153/04 de 14 de junho de 2004 que aprova o regulamento técnico visando prevenir Reação Transfusional Hemolítica.

É ainda de responsabilidade da rede HEMEPAR o acompanhamento ambulatorial dos pacientes portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias hereditárias.

Atualmente estão registrados 1.246 portadores de coagulopatias que estão sendo acompanhados nas seguintes unidades: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Guarapuava, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Campo Mourão, Pato Branco, Francisco Beltrão, Umuarama e União da Vitória. Desse portadores, 606 são de Hemofilia A, 127 Hemofilia B, 405 Doença de Von Willebrandt e 108 de outras deficiências. Destes 948 são do sexo masculino e 298 são do sexo feminino.

Com relação às hemoglobinopatias hereditárias, é realizado o acompanhamento para dois grupos diferentes de portadores, os talassêmicos e os com anemia falciforme. São acompanhados 27 talassêmicos residentes e não residentes no estado. Os portadores de anemia falciforme diagnosticados pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE) são acompanhados em ambulatório especializado no Hospital de Clínicas e nos ambulatórios da rede HEMEPAR.

A maior dificuldade para o acompanhamento dos portadores de anemia falciforme é o fechamento do diagnóstico e a localização dos mesmos. Esse trabalho está sendo realizado em conjunto com a Atenção Primária em Saúde.

No Paraná, a rede pública estadual atende e acompanha os seguintes casos, conforme quadro 5.

**QUADRO 5 – CASOS DE COAGULOPATIAS – PR**

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| <b>SS – Anemia Falciforme</b>   | 112        |
| <b>SC – Doença Falciforme</b>   | 10         |
| <b>AS – Traço Falciforme</b>    | 230        |
| <b>Talassemia Major</b>         | 28         |
| <b>Talassemia Minor</b>         | 14         |
| <b>Talassemia Intermediária</b> | 20         |
| <b>Alfa Talassemia</b>          | 14         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>428</b> |

FONTE: SESA-PR.

Estão em vigência sete convênios firmados entre o Ministério da Saúde e o Estado do Paraná para construção, reforma e aquisição de equipamentos para a hemorrede Paraná, quadro 6.

**QUADRO 6 – CONVÊNIOS FIRMADOS ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E O ESTADO DO PARANÁ PARA CONSTRUÇÃO, REFORMA E AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA A HEMORREDE PARANÁ.**

| CONVÊNIO     | CONSTRUÇÃO        |                   |                   | REFORMA             |                   |                     | EQUIPAMENTOS        |                   |                     |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
|              | MS                | PR                | TOTAL             | MS                  | PR                | TOTAL               | MS                  | PR                | TOTAL               |
| 2645/2003    |                   |                   |                   |                     |                   |                     | 1.429.633,33        | 285.926,67        | 1.715.560,00        |
| 1222/2006    |                   |                   |                   | 268.180,00          | 26.818,60         | 294.998,60          | 695.445,04          | 173.861,26        | 869.306,30          |
| 3042/2007    | 669.042,60        | 167.260,40        | 836.303,00        | 318.070,08          | 79.517,52         | 397.587,60          |                     |                   |                     |
| 7690/2008    |                   |                   |                   | 310.068,64          | 80.451,99         | 390.520,63          |                     |                   |                     |
| 674/2009     |                   |                   |                   |                     |                   |                     | 1.122.506,47        | 280.626,62        | 1.403.133,09        |
| 7690/2010    |                   |                   |                   | 145.107,41          | 36.276,85         | 181.384,26          | 932.282,00          | ---               | 932.282,00          |
| 7690/2011    |                   |                   |                   | 192.000,00          | 48.000,00         | 240.000,00          | 938.626,00          | ---               | 938.626,00          |
| <b>TOTAL</b> | <b>669.042,60</b> | <b>167.260,40</b> | <b>836.303,00</b> | <b>1.233.426,13</b> | <b>271.064,96</b> | <b>1.504.491,09</b> | <b>5.118.492,84</b> | <b>740.414,55</b> | <b>5.858.907,39</b> |

FONTE: SESA-PR.

### 3.10 CENTRAL DE TRANSPLANTES

A Central Estadual de Transplantes do Paraná (CET-PR) é responsável por coordenar todas as atividades de transplantes em âmbito estadual, incluindo a elaboração e implantação da Política Estadual de Transplantes, definição da rede com o planejamento, quantitativo e distribuição geográfica dos serviços e equipes habilitadas.

O Paraná dispõe de 15 estabelecimentos de saúde, onde estão habilitados 30 serviços/equipes de transplante de órgãos sólidos (rim, fígado, coração, pâncreas, rim-pâncreas), quantitativo que ultrapassa o preconizado pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), conforme quadro 7.

**QUADRO 7 – SERVIÇOS DE TRANSPLANTES AUTORIZADOS NO PARANÁ X RECOMENDADOS PELA ABTO**

| SERVIÇOS     | EXISTENTE NO ESTADO | RECOMENDADO PELA ABTO |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| RIM          | 13                  | 8                     |
| FÍGADO       | 6                   | 3                     |
| CORAÇÃO      | 6                   | 2                     |
| PÂNCREAS     | 2                   | 1                     |
| RIM/PÂNCREAS | 3                   | -                     |

FONTE: SESA-PR

Entretanto, 22 desses serviços (73%) estão concentrados em Curitiba e Região Metropolitana. Especificamente em relação aos serviços de transplantes de fígado, pâncreas e rim/pâncreas todos os serviços/equipes habilitados estão nessa região. Diante desse fato, a prioridade do Estado passou a ser a redistribuição geográfica dos serviços/equipes de transplantes de forma a atender igualmente a todas as regiões, conforme descrito nas Diretrizes da Política Estadual de Transplantes aprovada no Conselho Estadual de Saúde em 25/11/2011, quadro 8.

No que se refere aos transplantes de tecidos (córneas, valvas cardíacas, tecido músculo esquelético, medula óssea e pele), existem 56 serviços/equipes habilitados que realizam os procedimentos nessa área.

Além dos serviços que realizam transplantes, o Estado possui também 07 bancos responsáveis pela captação e processamento, sendo 05 para Tecido Ocular Humano, 01 para Válvulas Cardíacas e 01 para Tecidos Músculo Esquelético - Ossos.

**QUADRO 8 - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS TRANSPLANTADORES E BANCOS DO ESTADO DO PARANÁ**

| ÓRGÃO/TECIDO                                    | SERVIÇOS HABILITADOS*   |
|---|---|
| <b>RIM (13)</b>                                 | Policlínica Pato Branco<br>Santa Casa de Londrina<br>Hospital Evangélico de Londrina<br>Hospital e Maternidade Santa Rita de Maringá – Bom Samaritano<br>Santa Casa de Maringá<br>Santa Casa de Curitiba<br>Hospital Infantil Pequeno Príncipe<br>Hospital da Cruz Vermelha<br>Hospital Cajuru<br>Hospital São Vicente (Curitiba)<br>Hospital Evangélico de Curitiba<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron<br>Hospital Nossa Senhora da Salette de Cascavel  |
| <b>FÍGADO (06)</b>                              | Hospital Infantil Pequeno Príncipe<br>Santa Casa de Curitiba<br>Hospital Nossa Senhora das Graças<br>Hospital São Vicente (Curitiba)<br>Hospital de Clínicas da UFPR<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron   |
| <b>CORAÇÃO (06)</b>                             | Policlínica Pato Branco<br>Santa Casa de Londrina<br>Hospital de Clínicas da UFPR<br>Santa Casa de Curitiba<br>Hospital Infantil Pequeno Príncipe<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron  |
| <b>PÂNCREAS (02)</b>                            | Hospital Evangélico de Curitiba<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron  |
| <b>RIM/PÂNCREAS (03)</b>                        | Santa Casa de Curitiba<br>Hospital Evangélico de Curitiba<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron  |
| <b>TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS – OSSOS (16)</b> | Hospital São Lucas (Cascavel)<br>Hospital Universitário de Londrina<br>Hospital Evangélico de Londrina<br>Santa Casa de Londrina<br>Santa Casa Maringá<br>Instituto de Neurologia de Curitiba – INC<br>Hospital de Clínicas da UFPR<br>Hosp. Infantil Pequeno Príncipe<br>Hospital Erasto Gaertner<br>Hospital Vita Curitiba<br>Hospital Cajuru<br>Hospital do Trabalhador<br>Clínica de Fraturas Alto da XV<br>Hospital de Fraturas Novo Mundo<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron<br>Hospital Nossa Senhora do Pilar |

| <b>ÓRGÃO/TECIDO</b>                                      | <b>SERVIÇOS HABILITADOS*</b>  |
|--|---|
| <b>VALVAS (08)</b>                                       | Santa Casa de Londrina<br>Santa Casa de Curitiba<br>Clínica Sugisawa<br>Instituto de Neurologia de Curitiba – INC<br>Hospital Infantil Pequeno Príncipe<br>Hospital São Vicente<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron<br>Hospital Nossa Senhora das Graças   |
| <b>MEDULA ÓSSEA (06)</b>                                 | União Oeste Paranaense de Combate ao Câncer – UOPECAN<br>Hospital Universitário de Londrina<br>Hospital de Clínicas da UFPR<br>Hospital Erasto Gaertner<br>Hospital Nossa Senhora das Graças<br>Hospital Infantil Pequeno Príncipe  |
| <b>PELE (02)</b>   | Hospital Universitário de Londrina<br>Hospital Evangélico de Curitiba   |
| <b>CÓRNEA (24)</b>                                       | Instituto da Visão de Cascavel<br>Hospital de Olhos de Cascavel<br>Hospital de Olhos de Maringá – PROVISÃO<br>Hospital Universitário de Maringá<br>Hospital de Olhos de Maringá – HOFTALMAR<br>Clínica de Olhos Paraná (Cianorte)<br>Hospital Universitário de Londrina<br>Hospital Evangélico de Londrina<br>Hospital de Olhos de Londrina<br>Santa Casa de Cambé<br>Hospital da Providência (Apucarana)<br>Santa Casa de Curitiba<br>Hospital Evangélico de Curitiba<br>Hospital das Clínicas<br>Hospital de Olhos do Paraná (Curitiba)<br>Oftalmoclínica Curitiba<br>Oftalmoclínica Barigui (Curitiba)<br>Cirurgia e Diagnóstico em Oftalmologia do Paraná – CDOP (Curitiba)<br>Instituto de Oftalmologia de Curitiba – IOC<br>Instituto da Visão Clínica e Cirurgia de Olhos (Curitiba)<br>Hospital Bom Jesus (Ponta Grossa)<br>Hospital de Caridade São Vicente de Paula (Guarapuava)<br>Centro Oftalmológico de Guarapuava<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron |
| <b>BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO (05)</b>                | Hospital de Olhos do Paraná (Curitiba)<br>Hospital de Olhos de Cascavel<br>Hospital de Olhos de Maringá – HOFTALMAR<br>Hospital Universitário Londrina<br>Hospital e Maternidade Angelina Caron   |
| <b>BANCO DE VÁLVULAS CARDÍACAS (01)</b>                  | Santa Casa de Curitiba  |
| <b>BANCO DE TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS – OSSOS (01)</b> | Hospital de Clínicas da UFPR  |

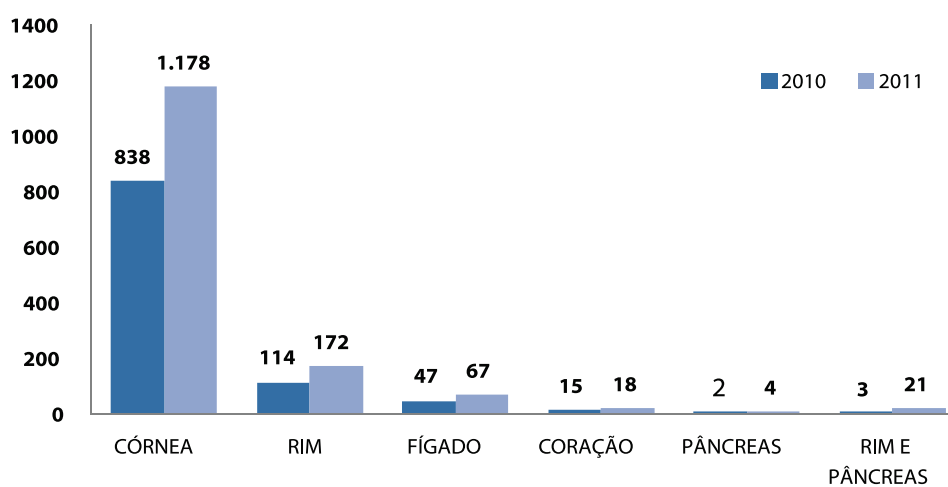
FONTE SESA-PR |( \*): ATUALIZADO EM ABRIL DE 2012.

Em relação ao transplante de medula óssea, o Paraná é a unidade federativa com o maior número de doadores voluntários por milhão de habitantes cadastrados no Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea – REDOME, ultrapassando quatrocentos mil doadores voluntários. São 6 serviços/equipes que realizam transplantes de medula óssea e, no ano de 2011, o Paraná foi o segundo estado a realizar o maior número de transplantes nessa modalidade, perfazendo um total de 39,6 procedimentos por milhão de habitantes.

Quanto ao transplante de valvas cardíacas, o único Banco de Tecidos Cardiovasculares do Brasil autorizado está localizado em nosso Estado. Sobre o transplante de córneas, a fila de espera de pacientes ativos em Curitiba e Região Metropolitana foi zerada e está próxima a alcançar o mesmo índice no interior do Estado.

Em 2011, foram disponibilizadas 215 córneas captadas no Paraná para outros estados da federação. Esse fato ocorre porque os serviços de transplantes de córnea localizados no interior ainda não possuem estrutura física e logística para incorporar a oferta, gráfico 24.

**GRÁFICO 24 – ÓRGÃOS E TECIDOS TRANSPLANTADOS, PARANÁ – 2010 E 2011**



Fonte: SESA-PR

Na tabela 12, foram relacionados os transplantes realizados no Paraná em 2011, por estabelecimento de acordo com as macrorregiões. Referem, além do SUS, também a transplantes custeados por convênios ou particulares.



**TABELA 12 - TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM 2011 (MÊS A MÊS)**

| SERVIÇO                                       | TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM 2011 (MÊS A MÊS) |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |          |           |            |
|---|---|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
|   | ÓRGÃO/<br>TECIDOS                                   | 01       | 02       | 03       | 04        | 05        | 06        | 07        | 08        | 09        | 10        | 11       | 12        | Total      |
| HOSP. CRISTO REI DE IBIPORÁ                   | Córnea  |          |          |          |           |           | 1         |           |           |           | 1         |          |           | 2          |
| HOSP. DA PROVIDÊNCIA DE APUCARANA             | Córnea  |          | 1        |          |           |           |           | 1         | 1         |           | 2         |          |           | 5          |
| HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA                 | Córnea  | 8        | 3        | 6        | 8         | 11        | 12        | 4         | 8         | 17        | 16        | 3        | 14        | 110        |
| HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA               | Córnea  |          |          |          |           |           |           |           | 2         |           |           |          |           | 2          |
|   | Rim   |          |          |          | 2         | 1         | 2         | 2         |           | 2         | 1         |          |           | 10         |
| HOSPITAL UNIV. DE LONDRINA                    | Córnea  |          |          |          |           |           | 1         |           | 1         | 1         |           | 1        | 2         | 6          |
| SANTA CASA DE CAMBÉ                           | Córnea  | 1        | 1        |          | 1         | 2         | 4         | 2         | 2         | 2         |           |          |           | 15         |
| SANTA CASA DE LONDRINA                        | Coração   |          |          |          |           | 1         |           |           |           |           |           |          | 1         | 2          |
|   | Rim   |          |          | 1        |           |           |           |           | 1         |           |           |          |           | 2          |
| <b>Total Macrorregião Norte</b>               |   | <b>9</b> | <b>5</b> | <b>7</b> | <b>11</b> | <b>15</b> | <b>20</b> | <b>9</b>  | <b>15</b> | <b>22</b> | <b>20</b> | <b>4</b> | <b>17</b> | <b>154</b> |
| CLÍNICA DE OLHOS PARANÁ S/C LTDA.             | Córnea  | 1        |          | 3        | 1         |           | 2         | 2         |           | 2         | 3         | 1        |           | 15         |
| HOSPITAL MAT. SANTA RITA DE MARINGÁ           | Rim   |          |          | 1        | 1         |           |           | 1         |           | 1         |           |          |           | 4          |
| HOSPITAL UNIV. DE MARINGÁ                     | Córnea  | 2        | 2        | 4        | 4         | 6         | 6         | 8         | 5         | 4         | 6         | 3        | 4         | 54         |
| PROVISÃO HOSPITAL ALMODIM DE MARINGÁ          | Córnea  | 1        |          |          |           | 2         | 4         |           | 4         | 1         | 1         | 3        |           | 16         |
| SANTA CASA DE MARINGÁ                         | Rim   |          | 1        |          | 2         |           | 1         |           |           |           |           |          | 1         | 5          |
| <b>Total Macrorregião Noroeste</b>            |   | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>8</b> | <b>9</b>  | <b>9</b>  | <b>14</b> | <b>16</b> | <b>12</b> | <b>10</b> | <b>14</b> | <b>9</b> | <b>5</b>  | <b>113</b> |
| CENTRO OFTALMOLOGICO DE GUARAPUAVA            | Córnea  |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |          | 1         | 1          |
| CIRURGIA E DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA DO PARANÁ | Córnea  |          |          |          | 1         |           | 1         | 2         | 6         | 4         | 3         | 7        | 8         | 32         |
| CLÍNICA BARIGUI DE OFTALMOLOGIA               | Córnea  | 3        | 6        |          | 2         | 5         | 1         | 2         |           |           | 2         |          |           | 21         |
| HOSP. BOM JESUS DE PONTA GROSSA               | Córnea  | 1        | 3        |          |           | 1         | 4         | 1         | 3         | 2         | 3         |          | 3         | 21         |
| HOSP. CRUZ VERMELHA DE CURTIBA                | Rim   |          |          |          |           |           |           |           | 1         |           |           |          |           | 1          |
| HOSP. INF. PEQUENO PRÍNCIPE                   | Coração   |          |          |          |           | 1         |           |           |           |           |           |          |           | 1          |
|   | Fígado  |          | 1        | 2        | 4         | 3         | 1         | 1         | 2         | 2         |           | 1        |           | 17         |

| SERVIÇO   | TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM 2011 (MÊS A MÊS) |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |           |             |
|---|---|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|
|   | ÓRGÃO/<br>TECIDOS                                   | 01        | 02        | 03        | 04         | 05         | 06         | 07         | 08         | 09         | 10         | 11         | 12        | Total       |
| HOSP. MAT.<br>ANGELINA CARON                              | Coração   |           |           | 2         |            |            |            |            | 1          |            |            | 1          |           | 4           |
|   | Córnea  | 5         | 3         | 8         |            | 4          | 5          | 1          |            | 2          | 1          | 3          |           | 32          |
|   | Fígado  | 1         |           |           |            | 3          |            |            | 4          | 1          | 3          | 1          | 2         | 15          |
|   | Fígado/Split  |           |           |           | 1          |            |            |            |            |            |            | 1          | 1         | 3           |
|   | Pâncreas  |           |           | 1         | 3          |            |            |            |            |            |            |            |           | 4           |
|   | Rim   |           |           |           | 4          |            |            | 1          |            | 1          | 1          | 1          |           | 8           |
|   | Rim/Panc  | 2         | 2         | 1         | 1          | 3          | 1          |            | 1          | 3          | 2          | 2          |           | 18          |
| HOSP. SÃO VICENTE<br>DE CURITIBA                          | Fígado  |           | 1         | 1         |            |            | 1          | 2          | 1          |            | 1          | 1          | 1         | 9           |
|   | Rim   |           |           |           |            |            | 1          | 2          | 2          | 1          | 2          | 1          | 1         | 10          |
| HOSP. DE CLÍNICAS DA<br>UFPR                              | Córnea  | 10        | 3         | 4         | 1          |            | 2          |            | 1          | 2          | 3          | 3          |           | 29          |
|   | Fígado  | 1         | 1         |           | 3          | 1          | 2          | 4          |            | 1          | 1          | 1          | 2         | 17          |
| HOSPITAL DE OLHOS<br>DO PARANÁ LTDA.                      | Córnea  | 21        | 20        | 23        | 27         | 35         | 40         | 54         | 40         | 22         | 28         | 34         | 1         | 345         |
| HOSPITAL INF.<br>PEQUENO PRÍNCIPE                         | Rim   | 2         | 1         |           |            |            |            |            |            | 2          |            |            | 22        | 27          |
| HOSPITAL SANTA<br>TEREZA DE<br>GUARAPUAVA                 | Córnea  |           |           |           |            | 2          | 2          |            |            |            |            |            |           | 4           |
| HOSPITAL UNIV.<br>CAJURU                                  | Rim   |           | 1         |           | 3          | 6          | 3          | 4          | 7          | 2          | 3          | 1          | 5         | 35          |
| HOSPITAL UNIV.<br>EVANGÉLICO DE<br>CURITIBA               | Córnea  |           | 3         | 2         | 3          | 3          | 4          | 2          | 2          | 2          |            | 1          | 1         | 23          |
|   | Rim   | 1         |           | 4         | 3          | 2          | 5          | 6          | 7          | 6          | 5          | 3          | 1         | 43          |
| INSTITUTO DA VISÃO<br>CLÍNICA E CIRURGIA<br>DE OLHOS      | Córnea  | 1         | 3         |           | 1          | 3          | 5          | 4          | 6          | 1          | 1          | 2          | 4         | 31          |
| INSTITUTO DE<br>OFTALMOLOGIA DE<br>CURITIBA LTDA.         | Córnea  | 1         | 1         |           | 2          | 1          |            |            | 2          |            |            |            |           | 7           |
| OFTALMOCLÍNICA DE<br>CURITIBA S/C LTDA                    | Córnea  | 7         | 14        | 7         | 14         | 10         | 9          | 12         | 6          | 6          | 6          | 1          | 3         | 95          |
| SANTA CASA DE<br>CURITIBA                                 | Coração   | 1         | 2         |           | 1          |            | 2          |            |            | 2          |            |            |           | 8           |
|   | Córnea  | 3         | 3         |           | 6          | 14         | 14         | 11         | 1          | 6          | 5          | 6          |           | 69          |
|   | Fígado  |           | 1         |           |            |            |            |            |            |            |            |            |           | 1           |
|   | Fígado/Split  |           |           |           | 1          |            |            |            |            |            |            |            |           | 1           |
|   | Rim   | 1         | 3         | 2         | 2          |            | 2          | 1          | 2          | 4          |            | 3          | 3         | 23          |
|   | Rim/Panc  |           |           | 1         | 1          |            |            | 1          |            |            |            |            |           | 3           |
| <b>Total Macrorregião Leste</b>                           |   | <b>61</b> | <b>72</b> | <b>59</b> | <b>85</b>  | <b>98</b>  | <b>105</b> | <b>111</b> | <b>95</b>  | <b>74</b>  | <b>71</b>  | <b>74</b>  | <b>59</b> | <b>964</b>  |
| HOSP. N. S. DA SALETE<br>DE CASCAVEL                      | Rim   |           |           |           |            |            |            |            |            | 3          |            | 1          | 3         | 7           |
| HOSPITAL DE OLHOS<br>DE CASCAVEL                          | Córnea  | 12        | 4         | 12        | 1          | 2          | 12         | 10         | 9          | 17         | 8          | 8          | 4         | 99          |
| HOSPITAL DE OLHOS<br>DE RONDON                            | Córnea  |           |           | 1         |            |            |            |            |            |            |            |            |           | 1           |
| INSTITUTO DA VISÃO<br>DR. LUIZ ANTÔNIO<br>KUSS – CASCAVEL | Córnea  | 2         |           | 7         | 10         | 8          | 14         | 2          | 20         | 7          | 14         | 11         | 4         | 99          |
| POLICLÍNICA DE PATO<br>BRANCO                             | Coração   |           | 1         |           |            |            |            |            |            | 1          | 1          |            |           | 3           |
|   | Rim   |           | 1         | 1         | 2          | 3          | 1          | 1          | 3          | 1          | 1          | 2          | 4         | 20          |
| <b>Total Macrorregião Oeste</b>                           |   | <b>14</b> | <b>6</b>  | <b>21</b> | <b>13</b>  | <b>13</b>  | <b>27</b>  | <b>13</b>  | <b>32</b>  | <b>29</b>  | <b>24</b>  | <b>22</b>  | <b>15</b> | <b>229</b>  |
| <b>TOTAL PARANÁ</b>                                       |   | <b>88</b> | <b>86</b> | <b>95</b> | <b>118</b> | <b>135</b> | <b>166</b> | <b>149</b> | <b>154</b> | <b>135</b> | <b>129</b> | <b>109</b> | <b>96</b> | <b>1460</b> |

FONTE: SESA-PR.

Em 2010, registrou-se um índice de 8,7 doadores efetivos para cada milhão de habitantes e, em 2011, esse número chegou a 10,7 doadores, representando um aumento de 23,0%. O índice nacional em 2010 foi de 9,9 e em 2011 de 10,7 doadores efetivos por milhão de habitantes. O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) recomenda o índice de 15,0 doadores efetivos por milhão de habitantes, porém a expectativa para o Estado é até 2015 ultrapassar este quantitativo, haja vista a elevação do último ano que houve um acréscimo considerável no número de doações realizadas, passando de 27,1% em 2010 para 36,4% em 2011. A taxa de doadores efetivos com órgãos transplantados é um parâmetro importante a ser considerado para avaliar a eficácia das captações.

Indicado, no quadro 9, o número de pacientes que aguardavam em lista de espera para transplante no Paraná ao final de 2011.

#### QUADRO 9 – ESTATÍSTICA DA LISTA DE RECEPTORES

| ESTATÍSTICA DAS LISTAS DE RECEPTORES |         |        |        |      |          |          |       |
|--------------------------------------|---------|--------|--------|------|----------|----------|-------|
| ATÉ 31/12/2011                       |         |        |        |      |          |          |       |
| SITUAÇÃO                             | CORAÇÃO | CÓRNEA | FÍGADO | RIM  | PÂNCREAS | RIM/PANC | TOTAL |
| ATIVOS*                              | 29      | 11     | 26     | 1356 | 5        | 4        | 1431  |
| SEMI ATIVOS**                        | 20      | 282    | 35     | 1011 | 10       | 8        | 1366  |
| TOTAL                                | 49      | 293    | 61     | 2367 | 15       | 12       | 2797  |

FONTE: SESA-PR.

(\*): INSCRITOS E EFETIVAMENTE CONCORRENDO. | (\*\*): INSCRITOS, PORÉM, SEM CONCORRER POR DETERMINADO PERÍODO, DEVIDO À AUSÊNCIA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS OU FALTA DE EXAMES PRÉ-TRANSPLANTE.

### 3.11 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

A Lei Estadual 13.331, de 23 de novembro de 2000, criou o Sistema Estadual de Auditoria (SEAA) no Paraná e foi regulamentada pelo Decreto nº 5.711 de 23 de maio de 2002. No seu artigo 568, o Decreto define como atribuição do SEAA controlar, avaliar e fiscalizar:

- I - As ações e serviços de saúde no âmbito estadual;
- II - A aplicação de recursos destinados às ações e serviços de saúde;
- III - A adequação, qualidade e resolutividade das ações e serviços disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde;

**IV** - A eficiência, eficácia e efetividade dos métodos, práticas e procedimentos operativos e gerenciais em saúde no âmbito estadual;

**V** - Os sistemas municipais de saúde.

Atualmente, o processo de trabalho da Divisão de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) está baseado na execução das rotinas próprias e no atendimento de intercorrências oriundas dos processos de faturamento, de denúncias de usuários, de processos de pagamento administrativo, como também de assessoria técnica ao Ministério Público, Procuradoria Geral do Estado, entre outras demandas judiciais.

São realizadas auditorias programadas que visam acompanhar e orientar as atividades realizadas pelos prestadores de serviços contratados/conveniados ao SUS/PR, bem como verificação das normas de atendimento dentro do SUS em todos os níveis de atenção, determinando a legalidade e legitimidade da assistência prestada.

A Formulação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa-SUS), aprovada pela Portaria MS/GM nº 3027/2007, representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos com o aperfeiçoamento da democracia do Estado, além de consolidar e reforçar o compromisso constitucional ao direito universal à saúde, participação social, equidade e integralidade do atendimento.

Nesse cenário, o serviço de Auditoria assume o significado de instrumento de gestão que fortalece o SUS, contribuindo para alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Essa concepção altera a lógica da produção/faturamento para a da atenção aos usuários em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações, mantendo uma conduta de permanente vigilância aos indicadores de saúde e aos resultados das ações. O trabalho de auditoria no SUS é bastante complexo e necessita de grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

Para a atual vigência do Plano Estadual de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) pretende, alinhado-se às recentes orientações do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), trabalhar de acordo com as seguintes prioridades:

**1.** Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo o Estado do Paraná;

**2.** Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS como planejamento, controle e avaliação, regulação, vigilância em saúde e outros órgãos integrantes do sistema de controle interno e externo;

**3.** Foco na qualidade das ações e serviços e nas pessoas, com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde, na respectiva aplicação dos recursos, na qualidade de vida e na satisfação do usuário.

Para tanto, são atribuições do SEAA:

**I** - Elaborar seus planos de trabalho.

**II** - Examinar a observância da legislação específica por parte das entidades integrantes do SUS.

**III** - Verificar a execução dos programas, contratos, convênios e outros instrumentos similares firmados entre as três esferas de governo e desses com a rede de prestadores de serviços assistenciais.

**IV** - Verificar o desempenho quantitativo e qualitativo e os resultados da assistência prestada pelo SUS.

**V** - Propor a edição de normas, visando maior eficiência e eficácia do controle e avaliação do SUS.

**VI** - Adotar as providências indispensáveis ao resguardo do interesse público e à probidade na aplicação do dinheiro ou na utilização de bens públicos, caso sejam constatadas irregularidades.

**VII** - Recomendar a instauração de inquérito administrativo quando detectada em auditoria a existência de irregularidades que resultem em dano ao erário, provocadas por servidores ou pessoa que, agindo nessa qualidade, tenha causado ou contribuído para o dano.

**VIII** - Produzir informações para subsidiar o planejamento de ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e satisfação do usuário.

**IX** - Verificar os componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos.

- X** - Apresentar relatórios periódicos de suas atividades.
- XI** - Manter arquivo de informações sobre seus procedimentos.
- XII** - Monitorar ações voltadas para determinados grupos populacionais ou problemas, que podem ser abordados por meio da lógica das linhas de cuidado, preconizados no modelo de proteção à vida.
- XIII** - Garantir o exercício do direito à saúde e do princípio da gratuidade, por meio de auditorias geradas por denúncia.
- XIV** - Possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público.

Auditores são profissionais trabalhando para a construção do modelo a que o SUS se propõe, na amplitude do conceito de saúde: QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA.

A composição das unidades do SEAA, que atualmente é baseada nos profissionais médicos, será multiprofissional, ampliada com a introdução de novos profissionais da área da saúde e de outras áreas de apoio.

A distribuição organizacional de tais unidades na SESA é a seguinte:

- 1.** Unidade Central, subordinada administrativa e tecnicamente à Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde (SGS), assim dividida:
  - 1.1) Coordenadoria da Equipe da Macrorregião Curitiba: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 21ª Regionais de Saúde.
  - 1.2) Coordenadoria da Equipe da Macrorregião Londrina: 17ª, 18ª, 19ª, 16ª e 22ª Regionais de Saúde.
  - 1.3) Coordenadoria da Equipe da Macrorregião Maringá: 15ª, 11ª, 12ª, 14ª e 13ª Regionais de Saúde.
  - 1.4) Coordenadoria da Equipe da Macrorregião Cascavel: 9ª, 10ª, 20ª e 8ª Regionais de Saúde.
- 2.** Unidades Regionais, subordinadas administrativamente à Diretoria Regional

de Saúde e tecnicamente à Unidade Central/SGS, monitorando e subsidiando as ações de auditoria no âmbito dos municípios de abrangência da respectiva regional de saúde.

### 3.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Secretaria de Estado da Saúde possui em sua estrutura uma Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) cuja missão é formular a política estadual de Vigilância em Saúde, coordenando e regulando as ações de forma articulada e integrada com os demais setores da Secretaria, as diversas instâncias do SUS, as outras áreas governamentais e a sociedade civil, garantindo a proteção e a promoção da saúde da população.

- As estruturas constantes do organograma funcional da SVS são:
- Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST;
- Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos – CPPI;
- Centro de Informação e Respostas de Vigilância em Saúde – CIEVS;
- Centro de Vigilância Ambiental – CEVA;
- Centro de Vigilância Sanitária – CEVS;
- Centro de Epidemiologia – CEPI;
- Centro de Suporte Técnico Operacional – CSTO;
- Laboratório Central do Estado – LACEN;
- e uma Sala de Situação em Saúde, instalada em 2011.

Cada estrutura da SVS tem o desafio de estabelecer diretrizes e estratégias para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde que lhes são inerentes, sendo as Regionais de Saúde estruturas estratégicas para o desenvolvimento das ações e a Sala de Situação unidade integradora dos sistemas de informação de vigilância em saúde e articuladora dos processos de trabalho para suporte e tomada de decisão. A Vigilância em Saúde está estruturada nas 22 Regionais de Saúde pela Divisão de Vigilância em Saúde (DVVGS), que é composta por duas seções: Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE); e Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador - SCVSAT.

Os processos de trabalho estabelecidos são: sistemas de informação; análise de riscos e da situação de saúde; sistemas de inspeção de ambientes, processos e produtos; regulação de produtos e serviços; investigação e controle de agravos e eventos adversos; análises laboratoriais; educação e comunicação em saúde; pesquisa técnico-científica; inovação e incorporação tecnológica; produção e pesquisa de imunobiológicos; coordenação das atividades de imunização; programas estratégicos de controle de riscos e agravos; e promoção em saúde.

No ano de 2011, frente à importante necessidade do cuidado da saúde do trabalhador, foi implantada a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, visando à promoção, proteção e vigilância da saúde do trabalhador, constituindo-se em importante instrumento para o planejamento das ações em saúde do trabalhador. Atualmente, o Paraná conta com um Centro Estadual, cinco Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Municipal, que também tem como atribuição contribuir na organização da assistência nos municípios de sua abrangência.

A SESA possui oito Núcleos de Entomologia localizados em Paranaguá, Jacarezinho, Londrina, Apucarana, Maringá, Porto Rico, Guaíra e Foz do Iguaçu, que apoiam a vigilância de doenças transmitidas por insetos.

Para apoio ao controle da dengue e outras doenças transmitidas por vetores, a SESA possui a Central de Apoio Logístico de Insumos e Equipamentos (CALI) localizada em Maringá, onde abriga veículos, equipamentos e insumos que podem ser deslocados para todo o estado, se necessário.

Para a investigação de agravos emergentes e reemergentes, a SESA possui uma Unidade de Resposta Rápida, para atividades de campo, na estrutura do CIEVS – Centro de Informações e Respostas em Vigilância em Saúde.

### **3.12.1 Rede de Laboratórios de Saúde Pública**

O Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde apresenta, desde a sua criação, atividades voltadas à saúde pública, atuando nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental conforme a Lei Orgânica nº 8080/90. Na área de Vigilância Epidemiológica, atua no diagnóstico e monitoramento de doenças de interesse em saúde pública, principalmente as relacionadas na Portaria 104/GM/MS de 25 de janeiro de 2011. Na área de Vigilância Sanitária e Ambiental, incorpora análises de verificação das



condições higiênico-sanitárias, qualidade, identidade e inocuidade para fiscalização dos produtos utilizados pela população, definidas e priorizadas por meio de indicadores epidemiológicos, risco sanitário e ambiental.

A Divisão de Laboratórios de Epidemiologia e Controle de Doenças do LACEN/PR está instalada no município de São José dos Pinhais, em uma área construída de 5.000 m<sup>2</sup>. A mudança para esse prédio, em 2005, possibilitou um aumento do parque tecnológico para a implantação de novas metodologias. A Divisão dos Laboratórios de Vigilância Sanitária e Ambiental localiza-se em Curitiba, em prédios antigos, com aproximadamente 900 m<sup>2</sup> em quatro edificações separadas, no mesmo terreno do Hospital Oswaldo Cruz e Centro Psiquiátrico Metropolitano, sem possibilidade de expansão. Alguns serviços dessa Divisão foram paralisados por falta de estrutura e, em 2011, todas as áreas técnicas foram fechadas para a reforma dos prédios. Há necessidade de construir laboratórios com áreas adequadas para as análises que realiza e outras a serem implantadas, sendo que existe terreno reservado junto à unidade do Guatupê, em São José dos Pinhais. A construção desta unidade encontra-se em fase de projeto.

Outra unidade é o LACEN - Fronteira em Foz do Iguaçu, o qual se constitui em unidade estratégica para o país. Elas têm atribuições definidas na Portaria 2031/2004 GM, no sentido de fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária em área de fronteira, colaborar nos Acordos Internacionais nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços. Atualmente realiza vários exames de interesse em epidemiologia como: Vírus Respiratórios, HIV, Hepatites, Dengue, Tuberculose e outros. Na área ambiental realiza análise de água.

Além das unidades citadas, existem os LAREN (unidades regionais do LACEN), os quais realizam análises básicas de água para consumo humano. Os LARENs são em número de oito e estão localizados nas seguintes Regionais de Saúde: 7ª RS – Pato Branco, 8ª RS – Francisco Beltrão, 11ª RS – Campo Mourão, 13ª RS – Cianorte, 16ª – Apucarana, 18ª RS – Cornélio Procópio, 19ª RS – Jacarezinho e 22ª RS – Ivaiporã.

Na área de Vigilância Epidemiológica, encontram-se os laboratórios de Virologia, Imunologia, Biologia Molecular, Bacteriologia e Micologia, os quais realizam testes diagnósticos, confirmatórios e de alta complexidade. Essas áreas contam com equipamentos automatizados e complexos que tornam os diagnósticos mais rápidos e precisos. A seção de Virologia mantém um serviço de cultura celular destinado ao isolamento de vírus, procedimento realizado somente por laboratórios de saúde pública, e tem importância para a tipificação desses agentes. A seção de Biologia Molecular conta com mais de vinte diagnósticos implantados. Além dos exames para diagnóstico,

o LACEN/PR realiza Controle de Qualidade de Baciloscopias para Hanseníase e Tuberculose e de lâminas para diagnóstico da Malária.

Na pandemia causada pelo Vírus Influenza H1N1, após os laboratórios de Referência Nacional, o LACEN/PR foi o primeiro a implantar esse diagnóstico, absorveu integralmente a demanda do próprio Estado e ainda auxiliou na realização de exames para os outros estados da região sul.

Para a área de Vigilância Ambiental, de forma centralizada e descentralizada, por meio dos LARENS (unidades regionais do LACEN), realiza as análises básicas de água para consumo humano. Possui também um laboratório de Entomologia que realiza a identificação de insetos de interesse em saúde pública.

Na área de Vigilância Sanitária, encontram-se em fase de implantação, nos Larens e unidade de Fronteira, metodologias de análise de rotulagem de alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos e produtos para a saúde, a fim de descentralizar e expandir essas análises no Estado. Dessa forma, possibilitar-se-á a detecção de produtos falsificados, com validade expirada e outras irregularidades capazes de causar prejuízos à saúde da população.

O LACEN/PR é referência regional para a pesquisa de micotoxinas e tem condições de tornar-se referência nacional nas análises de resíduos de agrotóxicos em alimentos. Realiza o teste Audicarb conhecido como “chumbinho”, que ainda não é realizado em outros LACENs do país. O LACEN/PR conta também com a unidade de Fronteira, em Foz do Iguaçu.

Para dar suporte também à vigilância em saúde, a SESA conta com um Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI) que realiza pesquisas nas áreas de saúde ambiental e epidemiológica para a prevenção de doenças infectocontagiosas e prevenção e tratamento de acidentes causados por animais peçonhentos. Está localizado no município de Piraquara, em uma área de 19 alqueires, com 29 edificações, totalizando 5.600 m<sup>2</sup> de área construída.

O Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI) foi criado por meio da Deliberação nº 11/87, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), em 22 de abril de 1987, com a finalidade inicial de produzir imunobiológicos para atender à demanda dos serviços estaduais de saúde.

O CPPI é um dos quatro laboratórios oficiais produtores de Soros Antivenenos, produzindo os Soros Antibotrópico e Antiloxoscélico que são distribuídos pelo Ministério da Saúde para todo o território nacional. O CPPI é o único produtor do Soro Antiloxoscélico poliespecífico. Dentro das atividades do CPPI, destacam-se: produção de soros antivenenos, antígenos para diagnóstico insumos de laboratório, educação em saúde, pesquisa e desenvolvimento na área de biotecnologia.

Os principais produtos do CPPI são:

- Soro Antibotrópico para tratamento de acidentes por serpentes *Bothrops* sp;
- Soro Antiloxoscélico para tratamento de acidentes por *Loxosceles* sp.
- Antígeno de Montenegro para auxílio diagnóstico da Leishmaniose;
- Antígeno de Mitsuda para auxílio prognóstico da hanseníase;
- Solução de Fosfato de Histamina para auxílio diagnóstico da hanseníase (em processo de registro);
- Antígeno de *Cysticercus longicollis* para auxílio diagnóstico da cisticercose (em processo de registro);
- Antígeno de *Paracoccidioides brasiliensis* para auxílio diagnóstico da paracoccidio-  
idomicose;
- Esteriteste indicador biológico para esterilização a vapor.
- Indicador Biológico para esterilização por óxido de etileno e calor seco.

Desde 1996, o CPPI tem firmado convênios com o Ministério da Saúde, que ao longo da história foram ampliando as receitas, estando atualmente com R\$ 7,84 milhões em convênios, dos quais R\$ 5,6 milhões são provenientes da necessidade de fornecimento de soros antivenenos.

No CPPI são priorizadas as pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novos produtos e melhoria de processos de produção. As principais linhas de pesquisas são: venenos de animais peçonhentos, soros antivenenos, metodologias para substituir, racionalizar ou reduzir o uso de animais em experimentação, desenvolvimento de novas metodologias e novos antígenos para diagnóstico e produção de indicadores biológicos de terceira geração. Em 2011 foram iniciadas 18 pesquisas científicas que estão em andamento e foram publicados seis artigos científicos em revistas científicas internacionais.

A Modernização do Parque Tecnológico do CPPI é uma exigência para obtenção do Certificado de Boas Práticas de Fabricação estabelecidas pela ANVISA. Estão previstos investimentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná com o objetivo de adequação à legislação vigente e aumento da produção.

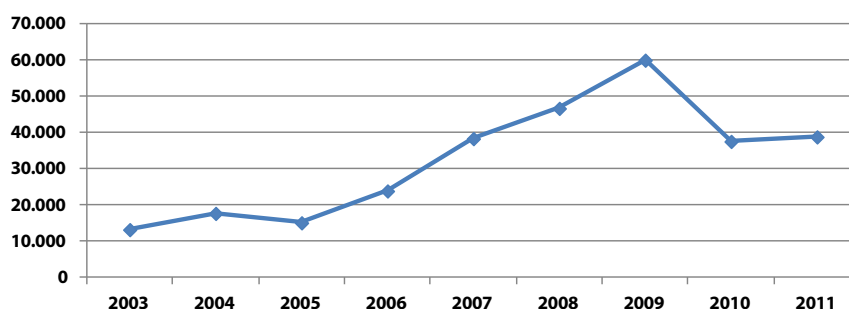
O CPPI é um Laboratório Oficial Brasileiro e tem duas linhas de produção: a de produtos para a saúde, que são certificados pela ANVISA/MS com Certificado de Boas Práticas na Linha de Produtos para Saúde (válida até dezembro de 2012); e a linha de medicamentos, que deverá passar por nova auditoria em maio de 2012. Essas linhas de produção beneficiam diretamente as ações de Superintendências da SESA, e respectivas Regionais de Saúde, LACENs, Secretarias Municipais de Saúde, MS, Universidades, Hospitais e Laboratórios Públicos.

Atualmente, o CPPI é o único produtor público de Soro Antiloxoscélico, Antígeno de Mitsuda (Programa nacional da Hanseníase), Antígeno de Montenegro (Programa Nacional de Leishmaniose), Antígeno de *Paracoccidioides brasiliensis* e Esteriteste (indicador biológico para monitoramento da esterilização a vapor). Também produz Soro Antibotrópico, Antígeno de *Cysticercus longicollis* e Solução de Fostato de Histamina (em fase de registro). No Brasil, aproximadamente 98% dos casos de tratamento com Soro Antiloxoscélico ocorrem na Região Sul, demonstrando a importância desse antiveneno para a saúde pública do Paraná.

O CPPI disponibiliza o Esteriteste para todas as unidades públicas de saúde do Estado, distribuído pelas Regionais de Saúde, contribuindo para garantir a eficiência nos processos de esterilização de materiais médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais. Entretanto, este produto ainda não está sendo utilizado em todos os serviços, o que demanda uma nova estratégia de divulgação.

O parque tecnológico do CPPI não acompanhou os requisitos das legislações de produção estabelecidas pela Anvisa, a precariedade das instalações gerou não conformidades ainda não atendidas para as quais a unidade necessita de ampliação, modernização e recursos humanos qualificados. O CPPI tem potencial para aumentar a produção atual (gráfico 25), visando atender às necessidades já sinalizadas, do Ministério da Saúde, do Paraná e de outros países. Para atender a essa demanda, faz-se necessário ampliar as linhas de produção já existentes e implementar novas linhas de produtos (linha de soros para uso veterinário, entre outras), gerando um aumento de receita para o estado, podendo até comercializar os excedentes de produção, desde que remodelado o modelo de gestão.

**GRÁFICO 25 – SÉRIE HISTÓRICA DA PRODUÇÃO DO CPPI, PARANÁ – 2003 A 2011**



FONTE: SESA-PR.

### 3.13 CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO DEFICIENTE – CRAID

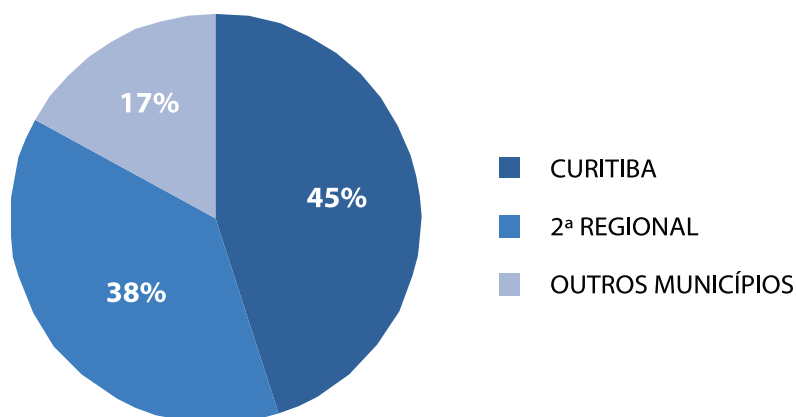
Situado em Curitiba, o CRAID presta atendimento ambulatorial de qualidade, interdisciplinar, integrado e resolutivo para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, portadoras de deficiências e bebês com risco neurológico, buscando o desenvolvimento das potencialidades humanas, com integração psicossocial e melhor qualidade de vida. Seu objetivo principal é melhorar a qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (criança e adolescente) e de sua família; por meio de um atendimento global, interdisciplinar e centralizado.

O CRAID desenvolve os seguintes programas:

- a)** Atendimento ao Bebê de Risco: atendimento Médico, Odontológico e Terapias para bebês egressos de UTI neonatal ou com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de 0 a 3 anos.
- b)** Atendimento à Paralisia Cerebral e problemas neuromotores: atendimento médico, odontológico de 0 a 18 anos e terapias até 12 anos.
- c)** Atendimento Médico Odontológico a pessoas com Deficiência: de 0 à 18 anos.
- d)** Estimulação Visual: Atendimento a pessoas com visão subnormal.

No ano de 2011, o Centro realizou 54.542 procedimentos e foram cadastradas 1.024 crianças novas. Do total de atendimentos atuais do CRAID, a procedência segue conforme gráfico 26.

**GRÁFICO 26 – PROCEDÊNCIA DE ATENDIMENTOS CRAID 2011**



FONTE: SESA-PR.

### 3.14 CENTRO DE ATENDIMENTO AO FISSURADO LABIOPALATAL – CAIF

O CAIF foi criado em abril de 1992 para reabilitar as pessoas que nascem com má-formação genética de face e crânio do Paraná. Tem como missão promover o tratamento interdisciplinar das deformidades craniofaciais congênitas, possibilitando tanto a reabilitação estética e funcional, quanto à (re)inclusão dos pacientes na sociedade. Sua visão é ser um Centro de Referência para as deformidades de face e/ou crânio, por meio de parcerias públicas, privadas e sociedade civil, para a manutenção do serviço multidisciplinar proposto; e seus valores são: Ética, Respeitabilidade, Profissionalismo. Aprimoramento acadêmico-científico, Assistência bio-psico-social integrada, Excelência nos atendimentos e Humanização.





## **ORGANIZAÇÃO DO SUS NO PARANÁ**

4.1 A REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ

4.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS - PARANÁ

4.3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

4.4 REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE



## 4 ORGANIZAÇÃO DO SUS NO PARANÁ

### 4.1 A REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ

#### 4.1.1 Capacidade Instalada

Os dados referentes à capacidade física instalada disponível no Estado foram retirados da base nacional de dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo sistema TABWIN/CNES/DATASUS, competência novembro/2011.

O Paraná possui 19.080 estabelecimentos cadastrados, sendo 15.071 (79%) sob gestão municipal; 2.212 (11,6%) de gestão estadual e 1.797 (9,4%) de gestão municipal/estadual. Desses estabelecimentos, 3.664 (19,2%) são de natureza pública: 09 de administração federal, 113 estadual e 3.542 municipal; e, a maioria, 15.416 (80,8%), é de natureza privada.

A tabela 13 apresenta os estabelecimentos por tipo:

**TABELA 13 – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – TIPOS DE ESTABELECIMENTO NO ESTADO DO PARANÁ, NOV. 2011**

| TIPO DE ESTABELECIMENTO                          | QUANTIDADE |
|--|------------|
| CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – CASF        | 10         |
| CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA | 21         |
| CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS            | 97         |
| CENTRO DE PARTO NORMAL                           | 1          |
| CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE          | 1.557      |
| CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE        | 5          |
| CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO  | 2.402      |
| CONSULTÓRIO                                      | 10.834     |
| COOPERATIVA                                      | 10         |
| FARMÁCIA   | 39         |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO                           | 63         |
| HOSPITAL GERAL                                   | 440        |

| TIPO DE ESTABELECIMENTO                              | QUANTIDADE    |
|--|---------------|
| HOSPITAL DIA   | 33            |
| LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA – LACEN         | 2             |
| POLICLÍNICA  | 548           |
| POLO ACADEMIA DE SAÚDE                               | 19            |
| POSTO DE SAÚDE                                       | 953           |
| PRONTO - SOCORRO ESPECIALIZADO                       | 3             |
| PRONTO - SOCORRO GERAL                               | 23            |
| SECRETARIA DE SAÚDE                                  | 405           |
| UNIDADE AUTORIZADORA                                 | 0             |
| UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA                  | 1             |
| UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA    | 1.510         |
| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA                          | 0             |
| UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE                       | 35            |
| UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGIA (ANTIGO)         | 0             |
| UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANTIGO)             | 0             |
| UNIDADE MISTA  | 13            |
| UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSP-URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA | 19            |
| UNIDADE MÓVEL FLUVIAL                                | 0             |
| UNIDADE MÓVEL TERRESTRE                              | 19            |
| PRONTO-SOCORRO DE HOSPITAL GERAL (ANTIGO)            | 0             |
| PRONTO-SOCORRO TRAUMATO-ORTOPEDICO (ANTIGO)          | 0             |
| TIPO ESTABELECIMENTO NÃO INFORMADO                   | 0             |
| <b>TOTAL</b>   | <b>19.080</b> |

FONTE: SESA/SGS/DEOG/DVCAC/ TABWIN\_CNES – COMPETÊNCIA NOV/2011.

Dos 19.080 estabelecimentos existentes, 18.577 realizam atendimento ambulatorial e 503 realizam atendimento hospitalar, tabela 14. No entanto, quanto ao nível de atenção, é comum, principalmente para os estabelecimentos maiores e mais complexos, constar o registro de mais de um nível de atenção. Na tabela a seguir foram informados os quantitativos de estabelecimentos com registro na atenção básica, média complexidade e alta complexidade de acordo com o tipo de gestão.

**TABELA 14 – NÍVEL DE ATENÇÃO SEGUNDO ATENDIMENTO PRESTADO E TIPO DE GESTÃO, PARANÁ, NOVEMBRO/11**

| NÍVEL DE ATENÇÃO    | MUNICIPAL | ESTADUAL | MUNICIPAL E ESTADUAL | SEM NÍVEL | TOTAL |
|---------------------|-----------|----------|----------------------|-----------|-------|
| <b>AMBULATORIAL</b> |           |          |                      |           |       |
| ATENÇÃO BÁSICA      | 7.897     | 0        | 0                    | 10.680    | 18577 |
| MÉDIA COMPLEXIDADE  | 10.028    | 3.441    | 56                   | 5.052     |       |
| ALTA COMPLEXIDADE   | 224       | 269      | 0                    | 18.084    |       |
| <b>HOSPITALAR</b>   |           |          |                      |           |       |
| MÉDIA COMPLEXIDADE  | 133       | 336      | 15                   | 19        | 503   |
| ALTA COMPLEXIDADE   | 59        | 48       | 2                    | 394       |       |

FONTE: TABWIN/CNES/DATASUS, NOVEMBRO/2011.

Uma variável de extrema importância é o número de leitos existentes e sua relação com o número de leitos disponíveis para os internamentos SUS. Nesta primeira parte, serão considerados todos os leitos, exceto os complementares destinados aos cuidados intermediários, intensivos e de isolamento que serão apresentados em outro tópico. Em linhas gerais, dos 28.712 leitos existentes, 20.770 (72,34%) são SUS, tabela 15.

Para melhor visualização da disponibilidade de leitos, foi realizado estudo considerando a distribuição dos leitos existentes e leitos SUS por regional de saúde e sua relação com os parâmetros estabelecidos pela PT/MS/GM nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Esse estudo, apesar de demonstrar que o quantitativo de leitos existentes e até mesmo dos leitos SUS estão dentro dos parâmetros preconizados que estabelece de 2,0 a 3,0 leitos por 1.000 habitantes, evidenciam também a deficiência na equidade de distribuição nas diferentes regiões. Enquanto o número de leitos existentes no Estado por 1.000 habitantes é de 2,7 e o de leitos SUS é de 2,0; na 1ª. RS-Paraguá a relação é de 1,3 leitos existentes/1.000 habs. e 0,9 leitos SUS/1.000 habs., índices que não alcançam 50% da média estadual. Por outro lado, a 20ª. RS-Toledo com 5,1 leitos existentes/1.000 habs. é a que possui a maior relação de leitos existentes e a 22ª. RS-Ivaiporã tem a maior relação de leitos SUS com 3,8 leitos SUS/1.000 habs.

**TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR REGIONAL ESTADUAL DE SAÚDE**

| REGIONAL DE SAÚDE    | POPULAÇÃO IBGE 2010 | LEITOS EXISTENTES | LEITOS SUS    | LEITOS EXISTENTES/ 1.000 HABS. | LEITOS SUS 1.000 HABS |
|----------------------|---------------------|-------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------|
| PARANAGUÁ            | 265.392             | 338               | 246           | 1,3                            | 0,9                   |
| REGIÃO METROPOLITANA | 3.223.836           | 10.453            | 7.204         | 3,2                            | 2,2                   |
| PONTA GROSSA         | 575.463             | 1.393             | 1.025         | 2,4                            | 1,8                   |
| IRATI                | 160.962             | 389               | 292           | 2,4                            | 1,8                   |
| GUARAPUAVA           | 441.070             | 1.322             | 997           | 3,0                            | 2,3                   |
| UNIÃO DA VITÓRIA     | 165.299             | 473               | 384           | 2,9                            | 2,3                   |
| PATO BRANCO          | 249.793             | 631               | 499           | 2,5                            | 2,0                   |
| FRANCISCO BELTRÃO    | 337.703             | 978               | 742           | 2,9                            | 2,2                   |
| FOZ DO IGUAÇU        | 388.795             | 882               | 552           | 2,3                            | 1,4                   |
| CASCADEL             | 507.385             | 1.402             | 899           | 2,8                            | 1,8                   |
| CAMPO MOURÃO         | 334.125             | 793               | 609           | 2,4                            | 1,8                   |
| UMUARAMA             | 265.092             | 847               | 678           | 3,2                            | 2,6                   |
| CIANORTE             | 142.433             | 267               | 222           | 1,9                            | 1,6                   |
| PARANAVAÍ            | 260.544             | 821               | 708           | 3,2                            | 2,7                   |
| MARINGÁ              | 733.404             | 2.293             | 1.674         | 3,1                            | 2,3                   |
| APUCARANA            | 346.972             | 1.282             | 1.119         | 3,7                            | 3,2                   |
| LONDRINA             | 871.267             | 3.010             | 2.221         | 3,5                            | 2,5                   |
| CORNÉLIO PROCÓPIO    | 225.961             | 850               | 686           | 3,8                            | 3,0                   |
| JACAREZINHO          | 358.660             | 929               | 774           | 2,6                            | 2,2                   |
| TOLEDO               | 325.635             | 1.651             | 1.174         | 5,1                            | 3,6                   |
| TELÊMACO BORBA       | 172.922             | 314               | 228           | 1,8                            | 1,3                   |
| IVAIPORÃ             | 139.337             | 627               | 524           | 4,5                            | 3,8                   |
| <b>TOTAL</b>         | <b>10.492.050</b>   | <b>28.712</b>     | <b>20.770</b> | <b>2,7</b>                     | <b>2,0</b>            |

PARANÁ, NOV. 2011 | FONTE: IBGE/2010, TABWIN/CNES/DATASUS, NOVEMBRO/2011.

Os 20.770 leitos/SUS estão distribuídos nas 22 regionais estaduais de saúde por especialidade conforme especialidade, tabela 16.

**TABELA 16 – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO CNES  
NÚMERO DE LEITOS POR TIPO, ESPECIALIDADE  
MÉDICA E POR REGIONAL DE SAÚDE**

| MUNICÍPIO               | CIRÚRGICO    | CLÍNICO      | OBSTÉTRICO   | PEDIÁTRICO   | OUTRAS<br>ESP. | HOSPITAL/<br>DIA | PSIQUIÁTRICO | TOTAL         |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|------------------|--------------|---------------|
| Paranaguá               | 53           | 88           | 57           | 48           | 0              | 0                | 0            | 246           |
| Região<br>Metropolitana | 1.517        | 1.685        | 596          | 688          | 140            | 472              | 1.053        | 6.151         |
| Ponta Grossa            | 260          | 425          | 152          | 167          | 1              | 0                | 10           | 1.015         |
| Irati                   | 36           | 117          | 58           | 55           | 0              | 0                | 13           | 279           |
| Guarapuava              | 147          | 346          | 171          | 199          | 2              | 0                | 66           | 931           |
| União da Vitória        | 40           | 85           | 52           | 44           | 1              | 0                | 81           | 303           |
| Pato Branco             | 102          | 186          | 78           | 123          | 0              | 2                | 4            | 495           |
| Francisco<br>Beltrão    | 160          | 306          | 133          | 143          | 0              | 0                | 0            | 742           |
| Foz do Iguaçu           | 159          | 168          | 80           | 69           | 0              | 10               | 33           | 519           |
| Cascavel                | 346          | 313          | 117          | 106          | 0              | 7                | 5            | 894           |
| Campo Mourão            | 139          | 226          | 130          | 112          | 2              | 0                | 0            | 609           |
| Umuarama                | 69           | 182          | 44           | 83           | 0              | 0                | 150          | 528           |
| Cianorte                | 50           | 98           | 37           | 32           | 1              | 0                | 2            | 220           |
| Maringá                 | 289          | 483          | 145          | 221          | 0              | 0                | 268          | 1.406         |
| Apucarana               | 191          | 207          | 73           | 75           | 2              | 1                | 285          | 834           |
| Londrina                | 393          | 545          | 154          | 231          | 12             | 32               | 427          | 1.794         |
| Cornélio<br>Procópio    | 69           | 329          | 106          | 152          | 30             | 0                | 0            | 686           |
| Jacarezinho             | 110          | 345          | 144          | 172          | 3              | 0                | 0            | 774           |
| Toledo                  | 118          | 295          | 129          | 149          | 3              | 0                | 240          | 934           |
| Telêmaco<br>Borba       | 27           | 123          | 31           | 47           | 0              | 0                | 0            | 228           |
| Ivaiporã                | 103          | 216          | 102          | 103          | 0              | 0                | 0            | 524           |
| Paranavaí               | 158          | 230          | 108          | 109          | 3              | 0                | 50           | 658           |
| <b>TOTAL</b>            | <b>4.536</b> | <b>6.998</b> | <b>2.697</b> | <b>3.128</b> | <b>200</b>     | <b>524</b>       | <b>2.687</b> | <b>20.770</b> |

FONTE: TABWIN/CNES/DATASUS, NOVEMBRO/2011 E IBGE 2010.

Esses dados tratam apenas da quantidade de leitos registrados no CNES, no entanto considerações referentes à complexidade da assistência ofertada são necessárias. Pode-se observar que a maioria desses leitos, principalmente os ofertados para o SUS, estão localizados em hospitais com menos de 50 leitos, realizando procedimentos de menor complexidade. Sem impacto no tipo de assistência que a maioria dos usuários do SUS necessita, culminando em espera de vaga em hospitais de referência que realizam procedimentos de maior complexidade.

Em relação aos leitos complementares (UTI, UCI e Isolamento), que refletem o potencial de oferta em relação aos atendimentos de maior gravidade, o Paraná possui 2.704 leitos complementares (1.686 disponíveis para o SUS e 1.018 para o sistema privado), conforme tabela 17.

**TABELA 17 – NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES/ CNES, PARANÁ, NOV. 2011**

| TIPO DE LEITO  | EXISTENTE    | SUS          | Ñ SUS        |
|--|--------------|--------------|--------------|
| UNIDADE INTERMEDIÁRIA                                  | 103          | 50           | 53           |
| UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL                         | 164          | 130          | 34           |
| UNIDADE ISOLAMENTO                                     | 278          | 237          | 41           |
| UTI ADULTO - TIPO I                                    | 317          | 34           | 283          |
| UTI ADULTO - TIPO II                                   | 954          | 656          | 298          |
| UTI ADULTO - TIPO III                                  | 224          | 143          | 81           |
| UTI PEDIÁTRICA - TIPO I                                | 8            | 0            | 8            |
| UTI PEDIÁTRICA - TIPO II                               | 122          | 85           | 37           |
| UTI PEDIÁTRICA - TIPO III                              | 72           | 55           | 17           |
| UTI NEONATAL - TIPO I                                  | 63           | 0            | 63           |
| UTI NEONATAL - TIPO II                                 | 295          | 218          | 77           |
| UTI NEONATAL - TIPO III                                | 74           | 68           | 6            |
| UTI DE QUEIMADOS                                       | 10           | 10           | 0            |
| TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA<br>TIPO II - UCO TIPO II | 20           | 0            | 20           |
| <b>TOTAL</b>   | <b>2.704</b> | <b>1.686</b> | <b>1.018</b> |

FONTE: TABWIN/CNES/DATASUS, NOVEMBRO/2011.

A PT/MS/GM nº 1.101/2002 prevê 2 a 3 leitos SUS gerais para cada 1.000 habitantes e estabelece a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI SUS (adulto, pediátrico e neonatal).

No Paraná foram utilizados os parâmetros médios preconizados pela portaria, isto é: 2,5 leitos gerais/1.000 habitantes e 7% de leitos UTI.

O Estado possui 1.259 leitos totais de UTI disponíveis para o SUS, o que representa 4,8%. Para atingir o parâmetro preconizado pela portaria seriam necessários habilitar mais 577 leitos de UTI.

Considerando a oferta de leitos totais de UTI SUS por regional de saúde, apenas a 7ª RS – Pato Branco, 16ª RS – Apucarana e 22ªRS – Ivaiporã possuem número de leitos SUS superior ao parâmetro médio estabelecido para a portaria, conforme tabela 18.

**TABELA 18 – NÚMERO DE LEITOS POR TIPO ESPECIALIDADE MÉDICA E POR REGIONAL DE SAÚDE**

| REGIONAL DE SAÚDE      | POPULAÇÃO         | UTI ADULTO | UTI INFANTIL | UTI INFANTIL |           | UTI NEONATAL |            | TOTAL UTI SUS | UTI SUS NECESSÁRIA | %UTI SUS   |
|------------------------|-------------------|------------|--------------|--------------|-----------|--------------|------------|---------------|--------------------|------------|
|                        |                   | SUS        | NÃO SUS      | SUS          | NÃO SUS   | SUS          | NÃO SUS    |               |                    |            |
| 4101 PARANAGUÁ         | 265.392           | 4          | 14           | 0            | 0         | 0            | 7          | 4             | 46                 | 0,6        |
| 4102 METROPOLITANA     | 3.223.836         | 306        | 281          | 83           | 16        | 119          | 60         | 508           | 564                | 6,3        |
| 4103 PONTA GROSSA      | 575.463           | 39         | 27           | 0            | 10        | 10           | 0          | 49            | 101                | 3,4        |
| 4104 IRATI             | 160.962           | 10         | 1            | 0            | 0         | 10           | 1          | 20            | 28                 | 5,0        |
| 4105 GUARAPUAVA        | 441.070           | 19         | 0            | 4            | 2         | 6            | 5          | 29            | 77                 | 2,6        |
| 4106 UNIÃO DA VITÓRIA  | 165.299           | 7          | 4            | 5            | 0         | 8            | 2          | 20            | 29                 | 4,8        |
| 4107 PATO BRANCO       | 249.793           | 30         | 14           | 10           | 0         | 12           | 1          | 52            | 44                 | 8,3        |
| 4108 FRANCISCO BELTRÃO | 337.703           | 10         | 33           | 0            | 2         | 6            | 15         | 16            | 59                 | 1,9        |
| 4109 FOZ DO IGUAÇU     | 388.795           | 26         | 27           | 0            | 7         | 8            | 5          | 34            | 68                 | 3,5        |
| 4110 CASCAVEL          | 507.385           | 51         | 57           | 2            | 3         | 16           | 15         | 69            | 89                 | 5,4        |
| 4111 CAMPO MOURÃO      | 334.125           | 25         | 3            | 3            | 0         | 5            | 0          | 33            | 58                 | 4,0        |
| 4112 UMUARAMA          | 265.092           | 26         | 7            | 4            | 4         | 10           | 8          | 40            | 46                 | 6,0        |
| 4113 CIANORTE          | 142.433           | 15         | 11           | 0            | 0         | 0            | 0          | 15            | 25                 | 4,2        |
| 4114 PARANAVAÍ         | 260.544           | 10         | 10           | 0            | 0         | 6            | 0          | 16            | 46                 | 2,5        |
| 4115 MARINGÁ           | 733.404           | 57         | 61           | 10           | 7         | 12           | 5          | 79            | 128                | 4,3        |
| 4116 APUCARANA         | 346.972           | 64         | 7            | 2            | 0         | 6            | 2          | 72            | 61                 | 8,3        |
| 4117 LONDRINA          | 871.267           | 74         | 94           | 13           | 6         | 21           | 2          | 108           | 152                | 5,0        |
| 4118 CORNÉLIO PROCÓPIO | 225.961           | 14         | 5            | 0            | 0         | 4            | 1          | 18            | 40                 | 3,2        |
| 4119 JACAREZINHO       | 358.660           | 9          | 7            | 0            | 0         | 10           | 0          | 19            | 63                 | 2,1        |
| 4120 TOLEDO            | 325.635           | 12         | 20           | 0            | 2         | 6            | 3          | 18            | 57                 | 2,2        |
| 4121 TELÊMACO BORBA    | 172.922           | 10         | 0            | 0            | 0         | 0            | 0          | 10            | 30                 | 2,3        |
| 4122 IVAIPORÃ          | 139.337           | 15         | 6            | 4            | 1         | 11           | 5          | 30            | 24                 | 8,6        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>10.492.050</b> | <b>833</b> | <b>689</b>   | <b>140</b>   | <b>60</b> | <b>286</b>   | <b>137</b> | <b>1.259</b>  | <b>1836</b>        | <b>4,8</b> |

FONTE: SESA-PR.

A Portaria preconiza parâmetros para leitos totais de UTI, sem especificação por faixa etária (adulto, pediátrico e neonatal), todavia a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda a disponibilidade de um leito de UTI Neonatal e 3 leitos de UCI para cada 1.000 nascidos vivos. O estado possui 2,8 leitos de UTI, valor acima do preconizado, no entanto, quanto aos leitos de UCI,

o estado possui 1,1 leitos de UCI, quantitativo inferior ao preconizado pela SBP. Abaixo, tabela 19 com a distribuição de leitos de UTI e UCI por regional estadual de saúde e a necessidade considerando os parâmetros estabelecidos pela SBP.

**TABELA 19 – NECESSIDADE DE LEITOS DE UTI E UCI NEONATAL – PARÂMETROS SBP – PARANÁ/NOV/2011**

| LOCALIZAÇÃO               | NASCIDOS VIVOS RESIDÊNCIA | NASCIDOS VIVOS OCORRÊNCIA | LEITOS UTI NEONATAL EXISTENTES CNES | LEITO UTI 0,7 NV | DIFERENÇA    | LEITOS DE UTI EXISTENTES PARA 1.000 NV | LEITOS UCI NEONATAL EXISTENTES CNES | LEITO UCI 0,8 NV | DIFERENÇA     | LEITOS DE UCI EXISTENTES PARA 1.000 NV |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------|--|-------------------------------------|------------------|---------------|--|
| 01RS PARANAGUÁ            | 4085,0                    | 3752,0                    | 7,0                                 | 4,0              | 3,0          | 1,9                                    | 0,0                                 | 12,0             | -12,0         | 0,0                                    |
| 02RS REGIÃO METROPOLITANA | 49624,0                   | 50072,0                   | 199,0                               | 50,0             | 149,0        | 4,0                                    | 73,0                                | 149,0            | -76,0         | 1,5                                    |
| 03RS PONTA GROSSA         | 9483,0                    | 9370,0                    | 10,0                                | 9,0              | 1,0          | 1,1                                    | 17,0                                | 28,0             | -11,0         | 1,8                                    |
| 04RS IRATI                | 2383,0                    | 2357,0                    | 11,0                                | 2,0              | 9,0          | 4,7                                    | 0,0                                 | 7,0              | -7,0          | 0,0                                    |
| 05RS GUARAPUAVA           | 7108,0                    | 7118,0                    | 11,0                                | 7,0              | 4,0          | 1,6                                    | 1,0                                 | 21,0             | -20,0         | 0,1                                    |
| 06RS UNIÃO DA VITÓRIA     | 2282,0                    | 2352,0                    | 10,0                                | 2,0              | 8,0          | 4,3                                    | 0,0                                 | 7,0              | -7,0          | 0,0                                    |
| 07RS PATO BRANCO          | 3796,0                    | 3904,0                    | 13,0                                | 4,0              | 9,0          | 3,3                                    | 1,0                                 | 11,0             | -10,0         | 0,3                                    |
| 08RS FRANCISCO BELTRÃO    | 4510,0                    | 4433,0                    | 21,0                                | 5,0              | 16,0         | 4,7                                    | 2,0                                 | 14,0             | -12,0         | 0,4                                    |
| 09RS FOZ DO IGUAÇU        | 6179,0                    | 6445,0                    | 12,0                                | 6,0              | 6,0          | 1,9                                    | 14,0                                | 19,0             | -5,0          | 2,3                                    |
| 10RS CASCAVEL             | 7294,0                    | 7389,0                    | 16,0                                | 7,0              | 9,0          | 2,2                                    | 6,0                                 | 22,0             | -16,0         | 0,8                                    |
| 11RS CAMPO MOURÃO         | 4372,0                    | 4349,0                    | 5,0                                 | 4,0              | 1,0          | 1,2                                    | 2,0                                 | 13,0             | -11,0         | 0,5                                    |
| 12RS UMUARAMA             | 3473,0                    | 3515,0                    | 10,0                                | 3,0              | 7,0          | 2,8                                    | 4,0                                 | 10,0             | -6,0          | 1,2                                    |
| 13RS CIANORTE             | 1922,0                    | 1865,0                    | 0,0                                 | 2,0              | -2,0         | 0,0                                    | 1,0                                 | 6,0              | -5,0          | 0,5                                    |
| 14RS PARANAVAÍ            | 3616,0                    | 3456,0                    | 6,0                                 | 4,0              | 2,0          | 1,7                                    | 0,0                                 | 11,0             | -11,0         | 0,0                                    |
| 15RS MARINGÁ              | 9476,0                    | 9725,0                    | 17,0                                | 9,0              | 8,0          | 1,8                                    | 6,0                                 | 28,0             | -22,0         | 0,6                                    |
| 16RS APUCARANA            | 4825,0                    | 4783,0                    | 6,0                                 | 5,0              | 1,0          | 1,3                                    | 0,0                                 | 14,0             | -14,0         | 0,0                                    |
| 17RS LONDRINA             | 11659,0                   | 12080,0                   | 42,0                                | 12,0             | 30,0         | 3,5                                    | 25,0                                | 35,0             | -10,0         | 2,1                                    |
| 18RS CORNÉLIO PROCÓPIO    | 2845,0                    | 2401,0                    | 4,0                                 | 3,0              | 1,0          | 1,7                                    | 10,0                                | 9,0              | 1,0           | 3,5                                    |
| 20RS TOLEDO               | 3737,0                    | 3696,0                    | 10,0                                | 4,0              | 6,0          | 2,7                                    | 2,0                                 | 11,0             | -9,0          | 0,5                                    |
| 19RS JACAREZINHO          | 2673,0                    | 2510,0                    | 6,0                                 | 3,0              | 3,0          | 2,4                                    | 0,0                                 | 8,0              | -8,0          | 0,0                                    |
| 21RS TELÊMACO BORBA       | 4793,0                    | 4798,0                    | 0,0                                 | 5,0              | -5,0         | 0,0                                    | 0,0                                 | 14,0             | -14,0         | 0,0                                    |
| 22RS IVAIPORÃ             | 1869,0                    | 1948,0                    | 16,0                                | 2,0              | 14,0         | 8,2                                    | 0,0                                 | 6,0              | -6,0          | 0,0                                    |
| <b>TOTAL PARANÁ</b>       | <b>152004,0</b>           | <b>152318,0</b>           | <b>432,0</b>                        | <b>152,0</b>     | <b>280,0</b> | <b>2,8</b>                             | <b>164,0</b>                        | <b>456,0</b>     | <b>-292,0</b> | <b>1,1</b>                             |

FONTE: TABWIN/CNES/DATASUS, NOVEMBRO/2011. E SESA – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2010.



## HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

O Ministério da Saúde, por meio da PT/MS/GM nº 1.044 de 01 de junho de 2004, institui a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. Os principais critérios para a adesão são:

- Ser de esfera administrativa pública ou privada, sem fins lucrativos/filantrópica;
- Estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes;
- Possuir entre 5 e 30 leitos SUS cadastrados no CNES;
- Estar localizado em municípios com cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.

A PT/MS/GM nº 2.492 de 14 de dezembro de 2005 homologa a adesão do Estado do Paraná à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte com a certificação de 67 hospitais.

Atualmente, o Estado possui 55 estabelecimentos certificados como Hospital de Pequeno Porte, localizados nas regionais abaixo especificadas, quadro 10.

**QUADRO 10 – HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO PARANÁ – DISTRIBUIÇÃO POR REGIONAL, 12/2012**

| LOCALIZAÇÃO              | HPP       |
|--------------------------|-----------|
| 02RS – METROPOLITANA     | 01        |
| 03RS – PONTA GROSSA      | 01        |
| 04RS – IRATI             | 01        |
| 06RS – UNIÃO DA VITÓRIA  | 01        |
| 07RS – PATO BRANCO       | 01        |
| 08RS – FRANCISCO BELTRÃO | 01        |
| 12RS – UMUARAMA          | 02        |
| 13RS – CIANORTE          | 01        |
| 14RS – PARANAÍ           | 15        |
| 15RS – MARINGÁ           | 07        |
| 16RS – APUCARANA         | 03        |
| 17RS – LONDRINA          | 09        |
| 18RS – CORNÉLIO PROCÓPIO | 03        |
| 19RS – JACAREZINHO       | 07        |
| 20RS – TOLEDO            | 01        |
| 21RS – TELÊMACO BORBA    | 01        |
| <b>PARANÁ</b>            | <b>55</b> |

FONTE: SGS-SESA-PR.

O impacto financeiro decorrente desse tipo de certificação na competência dezembro foi de R\$ 623.205,41, sendo R\$ 405.983,90 provenientes do Ministério da Saúde (Fonte 117) e R\$ 117.221,51 provenientes do Tesouro Geral do Estado do Paraná (Fonte 100).

#### **4.1.2 Produção Físico-financeira da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**

Os dados a seguir referem-se à produção ambulatorial e hospitalar apresentada pelos prestadores de serviços credenciados no SUS do Paraná e foram extraídos do TABWIN/SAI/SIH/DATA-SUS referentes ao ano de 2011, tabela 20.

Na assistência ambulatorial, dos 399 municípios do estado, 69 se encontram sob gestão municipal e 330 sob gestão estadual.

Segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o gasto da assistência ambulatorial foi de R\$ 757.071.025,13: R\$ 320.470.299,52 (42,3%) na gestão estadual e R\$ 436.600.725,61 (57,7%) na gestão municipal.

Nos valores acima citados não estão incluídos os gastos referentes à dispensação de medicamentos Especiais, que está sob a responsabilidade do estado totalizando R\$ 61.212.157,30.

Em todos os grupos de procedimentos há uma maior produção dos prestadores de serviços que se encontram sob gestão municipal. Esse fato ocorre por haver uma maior concentração deste tipo de assistência na gestão municipal, já que são serviços vinculados a estabelecimentos mais complexos e que também ofertam maior quantidade de procedimentos.

Na tabela 20, além dos valores já citados, foram feitos alguns destaques referentes aos quantitativos e valores de Órtese, Prótese e Matérias Especiais (OPM), Média e Alta Complexidade, Consultas Médicas Especializadas, Radioterapia, Quimioterapia, Terapia Renal Substitutiva (TRS) e Medicamentos Especiais.

**TABELA 20 – PRODUÇÃO AMBULATORIAL\_JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011**

|  | GESTÃO ESTADUAL   |   |                          |   | GESTÃO MUNICIPAL  |   |                          |   | TOTAL PARANÁ      |                           |
|--|-------------------|---|--------------------------|---|-------------------|---|--------------------------|---|-------------------|---------------------------|
|  | QUANTIDADE        | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO           | % VALOR APROVADO RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE        | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO           | % VALOR APROVADO RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE TOTAL  | VALOR TOTAL APROVADO      |
| <b>Procedimentos Especiais</b>               |                   |   |                          |   |                   |   |                          |   |                   |                           |
| 01 Ações de promoção e prevenção em saúde    | 8.202             | 22,9%                                       | R\$ 8.712,72             | 16,2%   | 27.656            | 77,1%                                       | R\$ 45.169,61            | 83,8%   | 35.858            | R\$ 53.882,33             |
| 02 Procedimentos com finalidade diagnóstica  | 10.901.214        | 40,1%                                       | R\$ 00.768.033,18        | 44,1%   | 16.257.203        | 59,9%                                       | R\$ 27.599.463,75        | 55,9%   | 27.158.417        | R\$ 228.367.496,93        |
| 03 Procedimentos clínicos                    | 9.180.080         | 45,6%                                       | R\$ 92.903.554,24        | 44,8%   | 10.946.823        | 54,4%                                       | R\$ 37.752.270,36        | 55,2%   | 20.126.903        | R\$ 430.655.824,60        |
| 04 Procedimentos cirúrgicos                  | 150.980           | 42,8%                                       | R\$ 9.216.512,76         | 42,4%   | 201.405           | 57,2%                                       | R\$ 12.503.854,02        | 57,6%   | 352.385           | R\$ 21.720.366,78         |
| 05 Transplantes de órgãos, tecidos e células | 50.121            | 32,7%                                       | R\$ 1.685.341,86         | 5,3%  | 103.312           | 67,3%                                       | R\$ 30.211.605,04        | 94,7%   | 153.433           | R\$ 31.896.946,90         |
| 07 Órteses, próteses e materiais especiais   | 163.681           | 35,0%                                       | R\$ 15.888.144,76        | 36,4%   | 304.096           | 65,0%                                       | R\$ 27.741.968,68        | 63,6%   | 467.777           | R\$ 43.630.113,44         |
| 08 Ações complementares da atenção à saúde   | 0                 | 0,0%  | R\$ -                    | 0,0%  | 109.975           | 100,0%                                      | R\$ 746.394,15           | 100,0%  | 109.975           | R\$ 746.394,15            |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>20.454.278</b> | <b>42,3%</b>                                | <b>R\$ 20.470.299,52</b> | <b>42,3%</b>                                    | <b>27.950.470</b> | <b>57,7%</b>                                | <b>R\$ 36.600.725,61</b> | <b>57,7%</b>                                    | <b>48.404.748</b> | <b>R\$ 757.071.025,13</b> |

| Complexidade do Procedimento | GESTÃO ESTADUAL |   |                    |   | GESTÃO MUNICIPAL |   |                    |   | TOTAL PARANÁ     |                      |
|------------------------------|-----------------|---|--------------------|---|------------------|---|--------------------|---|------------------|----------------------|
|                              | QUANTIDADE      | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO     | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE       | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO     | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE TOTAL | VALOR TOTAL APROVADO |
| OPM                          | 163.675         | 28,3%                                       | R\$ 15.886.104,76  | 16,2%   | 35,8%            | 71,7%                                       | R\$ 218.046.275,36 | 64,2%   | 2.002.838        | R\$ 44.374.467,59    |
| Média Complexidade           | 19.548.232      | 42,7%                                       | R\$ 199.130.559,93 | 44,1%   | 47,7%            | 57,3%                                       | R\$ 190.066.087,42 | 52,3%   | 45.824.164       | R\$ 417.176.835,28   |
| Alta Complexidade            | 742.371         | 37,1%                                       | R\$ 105.453.634,83 | 44,8%   | 35,7%            | 62,9%                                       | R\$ 436.600.725,61 | 64,3%   | 2.002.838        | R\$ 295.519.722,25   |
| Total                        | 20.454.278      | 42,3%                                       | R\$ 320.470.299,52 | 42,4%   | 42,3%            | 57,7%                                       | R\$ 1.250.3854,02  | 57,7%   | 48.404.748       | R\$ 757.071.025,12   |

| Procedimentos Especiais                  | GESTÃO ESTADUAL |   |                   |   | GESTÃO MUNICIPAL |   |                   |   | TOTAL PARANÁ     |                      |
|--|-----------------|---|-------------------|---|------------------|---|-------------------|---|------------------|----------------------|
|  | QUANTIDADE      | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO    | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE       | % QUANTIDADE RELACIONADA AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO    | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | QUANTIDADE TOTAL | VALOR TOTAL APROVADO |
| Consulta Médica em Atenção Especializada | 1.722.475       | 36,5%                                       | R\$ 17.224.750,00 | 36,5%   | 2.998.186        | 63,5%                                       | R\$ 29.981.860,00 | 63,5%   | 4.720.661        | R\$ 47.206.610,00    |
| Radioterapia                             | 257.848         | 36,9%                                       | R\$ 9.852.208,41  | 37,8%   | 441.309          | 63,1%                                       | R\$ 16.186.358,76 | 62,2%   | 699.157          | R\$ 26.038.567,17    |
| Quimioterapia                            | 51.387          | 33,4%                                       | R\$ 34.990.297,52 | 35,5%   | 102.643          | 66,6%                                       | R\$ 63.692.890,22 | 64,5%   | 154.030          | R\$ 98.683.187,74    |
| TRS                                      | 269.717         | 42,5%                                       | R\$ 45.947.691,81 | 41,0%   | 364.666          | 57,5%                                       | R\$ 66.223.042,69 | 59,0%   | 634.383          | R\$ 112.170.734,50   |
| Medicamentos Especiais                   | 39.631.224      | 100,0%                                      | R\$ 61.212.157,30 | 100,0%  | 0                | 0,0%  | R\$ -             | 0,0%  | 39.631.224       | R\$ 61.212.157,30    |

FONTE: TABWIN/DATASUS\_SIA/SIH - DEOG - DEPARTAMENTO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SISTEMAS

Antes da análise da produção hospitalar, são relevantes algumas observações sobre as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Correlacionando quantitativos e valores das mesmas, observa-se que foram distribuídas 776.640 AIHs no estado em 2011, com um custo total R\$ 906.256.784,27. A gestão estadual possui, na média complexidade, o maior percentual de AIHs distribuídas (56%); e a gestão municipal tem seu maior percentual na alta complexidade (60%), quadro 11 e 12.

Considerando a população de 10.492.050 habitantes e o total de 776.640 internações em 2011, o Estado do Paraná internou 7,4% da população no ano de 2011.

**QUADRO 11 – DISTRIBUIÇÃO DE AIHs POR MODALIDADE DE GESTÃO E COMPLEXIDADE, PARANÁ, 2011**

| GESTÃO       | MÉDIA COMPLEXIDADE | % DO TOTAL DO ESTADO | ALTA COMPLEXIDADE | % DO TOTAL DO ESTADO | TOTAL          |
|--------------|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------|
| ESTADUAL     | 400.401            | 56%                  | 25.047            | 40%                  | 425.448        |
| MUNICIPAL    | 313.416            | 44%                  | 37.776            | 60%                  | 351.192        |
| <b>TOTAL</b> | <b>713.817</b>     | <b>100%</b>          | <b>62.823</b>     | <b>100%</b>          | <b>776.640</b> |

FONTE: TABWIN/DATASUS\_SIH.

**QUADRO 12 – GASTO HOSPITALAR POR MODALIDADE DE GESTÃO E COMPLEXIDADE, PARANÁ, 2011**

| GESTÃO       | MÉDIA COMPLEXIDADE        | % DO TOTAL DO ESTADO | ALTA COMPLEXIDADE         | % DO TOTAL DO ESTADO | TOTAL                     |
|--------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| ESTADUAL     | R\$ 302.354.375,08        | 51%                  | R\$ 142.507.395,56        | 45%                  | R\$ 444.861.770,64        |
| MUNICIPAL    | R\$ 284.768.553,70        | 49%                  | R\$ 176.626.459,93        | 55%                  | R\$ 461.395.013,63        |
| <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 587.122.928,78</b> | <b>100%</b>          | <b>R\$ 319.133.855,49</b> | <b>100%</b>          | <b>R\$ 906.256.784,27</b> |

FONTE: TABWIN/DATASUS\_SIH.

Na assistência hospitalar, dos 399 municípios do estado, 55 se encontram sob gestão municipal e 344 sob gestão estadual.

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o gasto em 2011 com a assis-

tência hospitalar foi de R\$ 906.256.784,27, sendo R\$ 444.861.770,64 (49,1%) na gestão estadual e R\$ 461.395.013,63 (50,9%) na gestão municipal, tabela 21.

Destes valores, R\$ 587.122.928,78 são referentes a internações de média complexidade, sendo R\$ 302.354.375,08 (51,5%) na gestão estadual e R\$ 284.768.553,70 (48,5%) na gestão municipal e as internações de alta complexidade totalizaram R\$ 319.133.855,40, sendo R\$ 142.507.395,56 (44,7%) na gestão estadual e R\$ 176.626.459,93 (55,3%) na gestão municipal.

Na tabela a seguir, além dos valores já citados, foram feitos destaques dos quantitativos e valores referentes às diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**TABELA 21 – PRODUÇÃO HOSPITALAR JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011**

| Grupo de procedimento                        | GESTÃO ESTADUAL       |  |                           |  | GESTÃO MUNICIPAL      |  |                           |   | TOTAL PARANÁ          |                           |
|--|-----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------|---|-----------------------|---------------------------|
|  | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | VALOR APROVADO            |
| 02 Procedimentos com finalidade diagnóstica  | 543                   | 36,6%  | R\$ 896.210,26            | 48,1%  | 942                   | 63,4%  | R\$ 968.570,19            | 51,9%   | 1.485                 | R\$ 1.864.780,45          |
| 03 Procedimentos clínicos                    | 301.763               | 61,5%  | R\$ 221.700.875,48        | 58,3%  | 189.250               | 38,5%  | R\$ 158.520.505,18        | 41,7%   | 491.013               | R\$ 380.221.380,66        |
| 04 Procedimentos cirúrgicos                  | 122.220               | 43,8%  | R\$ 216.668.916,50        | 43,9%  | 156.957               | 56,2%  | R\$ 277.289.759,94        | 56,1%   | 279.177               | R\$ 493.958.676,44        |
| 05 Transplantes de órgãos, tecidos e células | 922                   | 18,6%  | R\$ 5.595.768,40          | 18,5%  | 4.043                 | 81,4%  | R\$ 24.616.178,32         | 81,5%   | 4.965                 | R\$ 30.211.946,72         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>425.448</b>        | <b>54,8%</b>                                     | <b>R\$ 444.861.770,64</b> | <b>49,1%</b>                                     |                       | <b>45,2%</b>                                     | <b>R\$ 461.395.013,63</b> | <b>50,9%</b>                                    | <b>776.640</b>        | <b>R\$ 906.256.784,27</b> |
| Complexidade do procedimento                 | GESTÃO ESTADUAL       |  |                           |  | GESTÃO MUNICIPAL      |  |                           |   | TOTAL PARANÁ          |                           |
|  | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO  | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADO AO TOTAL DO ESTADO | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | VALOR APROVADO            |
| Média complexidade                           | 400.401               | 56,1%  | R\$ 302.354.375,08        | 51,5%  | 313.416               | 43,9%  | R\$ 284.768.553,70        | 48,5%   | 713.817               | R\$ 587.122.928,78        |
| Alta complexidade                            | 25.047                | 39,9%  | R\$ 142.507.395,56        | 44,7%  | 37.776                | 60,1%  | R\$ 176.626.459,93        | 55,3%   | 62.823                | R\$ 319.133.855,49        |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>425.448</b>        | <b>54,8%</b>                                     | <b>R\$ 444.861.770,64</b> | <b>49,1%</b>                                     | <b>351.192</b>        | <b>45,2%</b>                                     | <b>R\$ 461.395.013,63</b> | <b>50,9%</b>                                    | <b>776.640</b>        | <b>R\$ 906.256.784,27</b> |

| Grupo de procedimento         | GESTÃO ESTADUAL       |  |                           |  |                       |  | GESTÃO MUNICIPAL          |  |                       |                           | TOTAL PARANÁ |  |
|-------------------------------|-----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------|---------------------------|--------------|--|
|                               | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | % DE INTERNAÇÕES RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | VALOR APROVADO            | % VALOR APROVADO RELACIONADAS AO TOTAL DO ESTADO | NÚMERO DE INTERNAÇÕES | VALOR APROVADO            |              |  |
| UTI I                         | 1.174                 | 81,1%  | R\$ 2.265.339,78          | 74,2%  | 273                   | 18,9%  | R\$ 786.675,29            | 25,8%  | 1.447                 | R\$ 3.052.015,07          |              |  |
| UTI Adulto II                 | 20.537                | 50,0%  | R\$ 121.438.005,65        | 52,5%  | 20.562                | 50,0%  | R\$ 109.949.672,73        | 47,5%  | 41.099                | R\$ 231.387.678,38        |              |  |
| UTI Adulto III                | 2.301                 | 26,7%  | R\$ 27.644.135,53         | 40,0%  | 6.331                 | 73,3%  | R\$ 41.451.069,74         | 60,0%  | 8.632                 | R\$ 69.095.205,27         |              |  |
| UTI Infantil I                | 0                     | 0,0%   | R\$ -                     | 0,0%   | 122                   | 100,0%   | R\$ 259.283,92            | 100,0%   | 122                   | R\$ 259.283,92            |              |  |
| UTI Infantil II               | 1.108                 | 53,5%  | R\$ 8.347.973,61          | 62,5%  | 964                   | 46,5%  | R\$ 5.019.063,80          | 37,5%  | 2.072                 | R\$ 13.367.037,41         |              |  |
| UTI Infantil III              | 0                     | 0,0%   | R\$ -                     | 0,0%   | 1.857                 | 100,0%   | R\$ 17.313.162,75         | 100,0%   | 1.857                 | R\$ 17.313.162,75         |              |  |
| UTI Neonatal II               | 2.385                 | 51,9%  | R\$ 21.065.584,45         | 58,1%  | 2.213                 | 48,1%  | R\$ 15.189.953,69         | 41,9%  | 4.598                 | R\$ 36.255.538,14         |              |  |
| UTI Neonatal III              | 0                     | 0,0%   | R\$ -                     | 0,0%   | 1.550                 | 100,0%   | R\$ 14.617.925,70         | 100,0%   | 1.550                 | R\$ 14.617.925,70         |              |  |
| UTI Queimados                 | 0                     | 0,0%   | R\$ -                     | 0,0%   | 214                   | 100,0%   | R\$ 1.562.952,08          | 100,0%   | 214                   | R\$ 1.562.952,08          |              |  |
| UTI Doador                    | 63                    | 36,8%  | R\$ 220.247,81            | 44,3%  | 108                   | 63,2%  | R\$ 276.826,02            | 55,7%  | 171                   | R\$ 497.073,83            |              |  |
| <b>TOTAL ATENDIMENTOS UTI</b> | <b>27.568</b>         | <b>44,6%</b>                                     | <b>R\$ 180.981.286,83</b> | <b>46,7%</b>                                     | <b>34.194</b>         | <b>55,4%</b>                                     | <b>R\$ 206.426.585,72</b> | <b>53,5%</b>                                     | <b>61.762</b>         | <b>R\$ 387.407.872,55</b> |              |  |

FONTE: TABWIN/DATASUS\_SIA/SIH - DEOG\_DEPARTAMENTO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SISTEMAS.



## 4.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS – PARANÁ

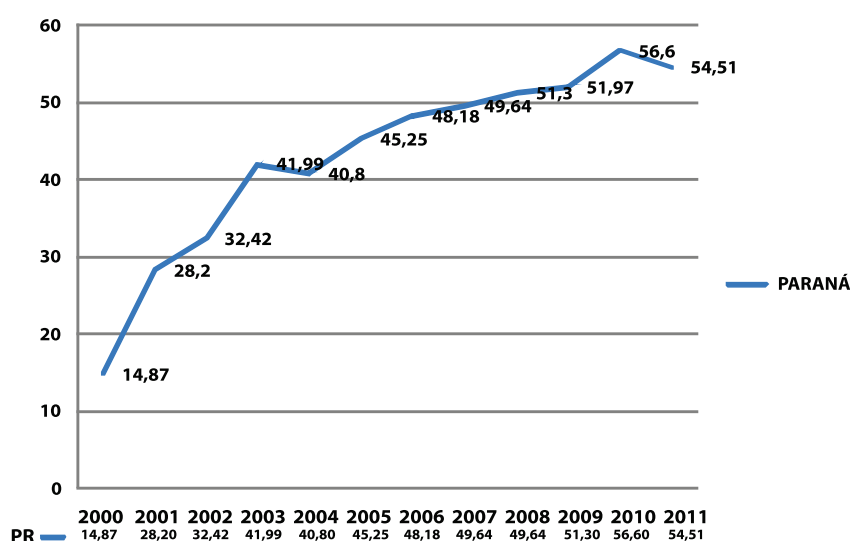
### 4.2.1 Atenção Primária em Saúde – APS

A Atenção Primária em Saúde vem se organizando cada vez mais como ponto central do SUS, com a proposta de constituir-se tanto como ordenadora dos sistemas locais regionais de saúde, quanto como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal e estadual. É incontestável a verificação de que sistemas orientados pela APS apresentam resultados positivos no que se refere a uma melhor qualidade de saúde da população, tanto relativo à equidade e eficiência, como concernente à continuidade da atenção e satisfação da população (ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

Considerando os dados do Ministério da Saúde, em novembro de 2011, o Paraná contava com 1.557 Unidades Básicas de Saúde e 953 Postos de Saúde (Tabwin-CNES), e, em dezembro de 2011, o Paraná contava com um contingente de 11.985 Agentes Comunitários de Saúde atuando em 393 municípios (98,5%) com uma cobertura estimada de 60,57% da população por ACS, sendo que 382 municípios (95,7%) possuíam equipes de Saúde da Família implantadas e 361 municípios (90,5%) contavam com equipes de Saúde Bucal implantadas (DAB/SAS/MS).

Desse modo, de acordo com dados preliminares do SIAB – consolidado estadual de dezembro de 2011, o Paraná alcançou 54,51% de cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família e 179 municípios (45%) alcançaram entre 90 e 100% de cobertura. No gráfico 27, podemos observar a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no estado do Paraná de 2000 a 2011.\*

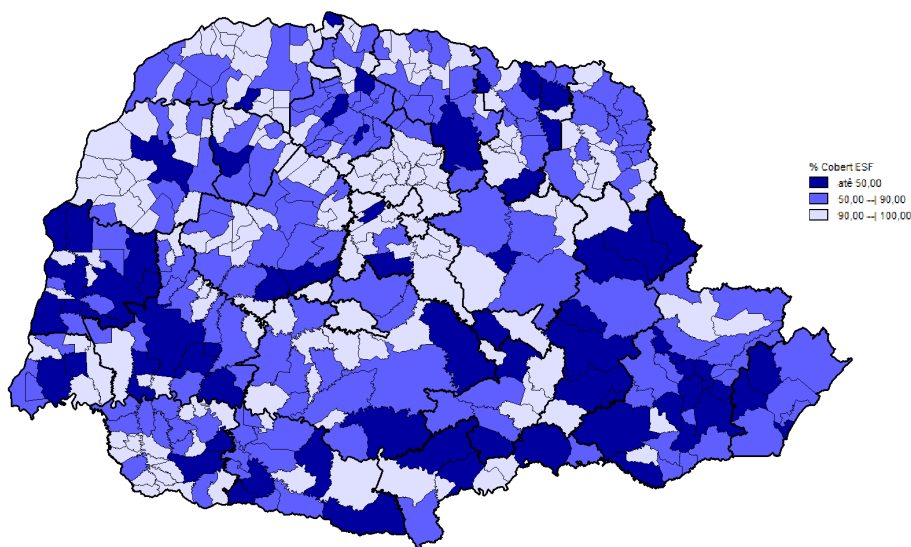
**GRÁFICO 27 – PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL PELA ESF, PARANÁ, 2000-2011\***



FONTE: DVIAS/DEST/SPP/SESA-PR/TABWIN SIAB ESTADUAL | POPULAÇÃO IBGE/DATASUS/MS / (\*): DADOS PRELIMINARES (2011).

Ao se considerar a população dos 312 municípios paranaenses com menos de 20.000 habitantes, a cobertura populacional por ESF foi de 78,18%; nos 69 municípios entre 20 e 100 mil habitantes foi de 54,54%; e de 42,74% nos 18 municípios acima de 100 mil habitantes, sendo que, dentre esses, os municípios de Cascavel, Toledo, Almirante Tamandaré não alcançaram 12% de cobertura, mapa 9 e gráfico 27, segundo dados de dezembro de 2011, obtidos por meio do Tabwin do SIAB estadual.

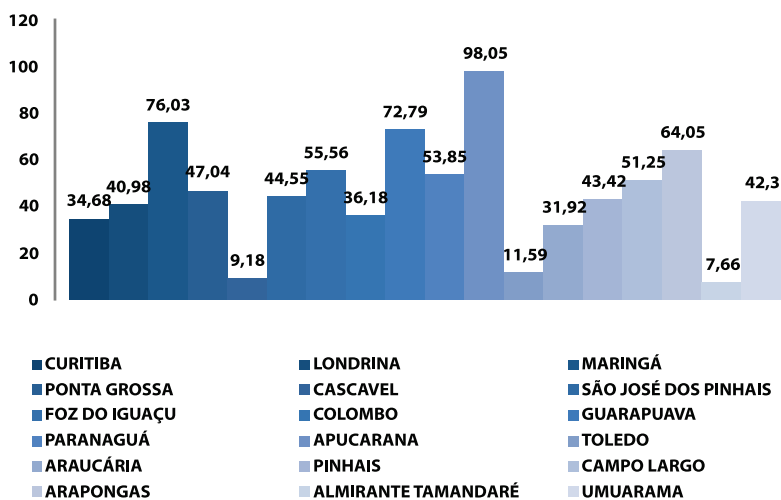
**MAPA 9 – PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL POR ESF, DEZEMBRO 2011\***



FONTE: DVIAS-DVAGE/DEST/SPP/SESA-PR/TABWIN SIAB ESTADUAL, DEZ/11

CENSO IBGE 2010/DATASUS/MS (\*): DADOS PRELIMINARES (2011)

**GRÁFICO 27– COBERTURA POPULACIONAL POR ESF, MUNICÍPIOS ACIMA DE 100 MIL HABITANTES, PARANÁ, 2011\***



FONTE: DVIAS-DVAGE/DEST/SPP/SESA-PR/TABWIN SIAB ESTADUAL, DEZ/11.

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e escopo das ações da Atenção Primária, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (Portaria GM/MS nº 154/2008) para atuar diretamente no apoio matricial às equipes de saúde da família. No Paraná, segundo dados do SCNES (Tabwin/novembro de 2011), estavam cadastrados 73 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, distribuídos em 32 municípios, para apoiar as equipes na análise e intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde da população do SUS. Destes 73 NASF: 60 são NASF 1; 07 são NASF 2, e, 06 são intermunicipais.

Outra estratégia de fortalecimento da Atenção Primária é a equipe de consultório na rua, que desempenha suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Atualmente 02 municípios do Paraná contam com Consultório na Rua, Curitiba e Maringá.

Outra iniciativa é o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF que visa viabilizar, a partir de um Acordo de Empréstimo celebrado com o BIRD, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. O Paraná aderiu ao PROESF 1, no período de 2004 a 2007, com a conclusão das metas pactuadas. O PROESF (Fase 2) contempla três componentes que agrupam um conjunto de Subcomponentes e Atividades/Ações, possíveis de serem planejadas e financiadas com os recursos do Projeto. Em 2012, o PROESF 2, componente estadual será recontratualizado, conforme Portaria GM/MS nº 2.132 de 06/09/2011, e, terá o monitoramento como componente vinculado ao PMAQ.

A Educação Permanente (EP) é outra estratégia de fundamental importância. O Programa Nacional de Telessaúde possibilita desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e à educação permanente de Saúde da Família, visando mudança na prática cotidiana dos profissionais, impactando na qualidade da Atenção Primária.

Em relação à Saúde Bucal, segundo dados do Departamento de Atenção Básica/MS, o Paraná contava, em dezembro de 2011, com 1.199 equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, sendo 823 na Modalidade I e 376 na Modalidade II, com uma cobertura populacional estimada em 39,60%. Quanto à atenção secundária, existem no Paraná 45 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e 47 Centros de Especialidade Odontológica (CEO), sendo 13 do tipo I, 28 do tipo II e 8 do tipo III, quadro 13.

**QUADRO 13 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO PARANÁ, EM 2011**

| RS | Município            | Equipe de Saúde Bucal |               |             |             |
|----|----------------------|-----------------------|---------------|-------------|-------------|
|    |                      | Modalidade I          | Modalidade II | LRPD        | CEO         |
|    |                      | Implantadas           | Implantadas   | Implantados | Implantados |
| 1  | PARANAGUÁ            | 12                    | 0             | 0           | 0           |
| 2  | REGIÃO METROPOLITANA | 142                   | 134           | 1           | 5           |
| 3  | PONTA GROSSA         | 34                    | 17            | 3           | 5           |
| 4  | IRATI                | 16                    | 4             | 1           | 1           |
| 5  | GUARAPUAVA           | 63                    | 13            | 4           | 6           |
| 6  | UNIÃO DA VITÓRIA     | 10                    | 0             | 0           | 0           |
| 7  | PATO BRANCO          | 20                    | 9             | 3           | 2           |
| 8  | FRANCISCO BELTRÃO    | 50                    | 29            | 1           | 0           |
| 9  | FOZ DO IGUAÇU        | 36                    | 5             | 1           | 4           |
| 10 | CASCADEL             | 19                    | 21            | 1           | 1           |
| 11 | CAMPO MOURÃO         | 48                    | 11            | 7           | 2           |
| 12 | UMUARAMA             | 36                    | 10            | 2           | 2           |
| 13 | CIANORTE             | 17                    | 11            | 1           | 1           |
| 14 | PARANAVAÍ            | 26                    | 24            | 4           | 2           |
| 15 | MARINGÁ              | 30                    | 17            | 5           | 4           |
| 16 | APUCARANA            | 65                    | 12            | 2           | 3           |
| 17 | LONDRINA             | 57                    | 33            | 4           | 5           |
| 18 | CORNÉLIO PROCÓPIO    | 37                    | 6             | 2           | 1           |
| 19 | JACAREZINHO          | 42                    | 9             | 1           | 2           |
| 20 | TOLEDO               | 16                    | 7             | 1           | 1           |
| 21 | TELÊMACO BORBA       | 20                    | 4             | 0           | 0           |
| 22 | IVAIPORÃ             | 27                    | 0             | 1           | 0           |
| PR |                      | 823                   | 376           | 45          | 47          |

FONTE: MS/SAS/DAB E IBGE.

Quanto à capacidade relacionada à redução da mortalidade infantil, o Paraná conta com:

- 19 hospitais credenciados como Amigo da Criança, conforme quadro 14.

**QUADRO 14 – HOSPITAIS CREDENCIADOS COMO AMIGO DA CRIANÇA, PARANÁ, 2012**

| <b>RS</b>     | <b>ESTABELECIMENTO</b>   |
|---------------|--|
| <b>2ª RS</b>  | Hospital de Clínicas, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Centro Médico Comunitário Bairro Novo, Hospital do Trabalhador, Mater Dei, Humberto Carrano da Lapa, Victor do Amaral e Maternidade Alto Maracanã |
| <b>3ª RS</b>  | Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa  |
| <b>4ª RS</b>  | Santa Casa de Irati  |
| <b>6ª RS</b>  | Associação de Proteção a Mulher e a Infância de União da Vitória   |
| <b>7ª RS</b>  | Hospital São Lucas de Pato Branco  |
| <b>9ª RS</b>  | Hospital Ministro Costa Cavalcanti   |
| <b>10ª RS</b> | Hospital Universitário de Cascavel   |
| <b>15ª RS</b> | Hospital Universitário de Maringá  |
| <b>17ª RS</b> | Hospital Universitário de Londrina, Maternidade Municipal Lucilla Balalai Londrina, Hospital Evangélico de Londrina  |
| <b>18ª RS</b> | Hospital Maternidade Ribeirão do Pinhal  |

**FONTE: SESA-PR.**

- **Rede de Banco de Leite Humano – BLH:** é constituída de 09 Bancos de Leite Humano, com perspectiva de expansão desse número, conforme implantação da Rede de Atenção Mãe Paranaense, bem como a qualificação permanente dos profissionais que atuam no BLH.

Outras Programas/estratégias visando à melhoria da APS:

- **Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB:** lançado pelo Ministério da Saúde, que oferece incentivos aos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas que optarem por atuar nas equipes de saúde da família e outras estratégias de organização da atenção básica que contemplam também equipes que desenvolvem a atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas.

- **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ:** foi instituído visando induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade,

de acordo com as necessidades da população. Com a implantação do cadastro inicial ao PMAQ no site do MS, 324 solicitaram a adesão ao programa, cadastrando 1.093 equipes de atenção básica, porém, apenas 303 municípios tiveram adesões homologadas, num total de 981 equipes, sendo 280 equipes de atenção básica e 701 de atenção básica com saúde bucal, que corresponde à participação de 76% do total dos municípios do Paraná. Esse processo será acompanhado, monitorado e avaliado pelos três níveis de Governo. Dos municípios que aderiram ao PMAQ, até fevereiro de 2012, 303 municípios tiveram sua adesão homologada.

- **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS):** instituído pelo Ministério de Saúde, dispõe sobre o repasse de recursos financeiros para ampliação e reforma das Unidades Básicas de Saúde, mediante cadastro no Fundo Nacional de Saúde. No Paraná, em novembro de 2011, foram habilitadas 400 Unidades Básicas de Saúde em 323 municípios, para receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS, componente Reforma. Em relação ao componente ampliação, foram homologadas pré-propostas na CIB de fevereiro de 2012, que estão em processo de análise no Ministério da Saúde para posterior habilitação. Além dos recursos federais, o Paraná está repassando recursos estaduais para construção ou adequação de Unidades Básicas de Saúde, sendo apresentada uma proposta de ambiência da UBS, que considere as especificidades do processo de trabalho das equipes de saúde, conforme as orientações da Política Nacional de Atenção Básica.

- **Atenção Domiciliar:** visa à reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado na atenção domiciliar. Tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência nos hospitais, assim como a humanização da atenção e a autonomia dos usuários. Nove municípios paranaenses que possuíam equipes de ESF implantadas em dezembro de 2011, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, não apresentavam registro da população coberta por essas equipes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Catanduvas, Ivaí, Mallet, Morretes, Santa Amélia, Santa Mariana, São José das Palmeiras, Sapopema e Tupãssi.

#### 4.2.2 Atenção às condições crônicas

Para a promoção de hábitos de vida saudáveis, além das diversas academias ao ar livre existentes nos municípios paranaenses, estão habilitadas no estado, segundo dados do CNES/MS 2011, dezenove Polos de Academia de Saúde.

Referente ao Controle do Tabagismo, no Paraná estão credenciados 355 ambulatórios para tratamento de fumantes (CNES/MS, 2012).

Para a atenção em Saúde Mental, o Paraná dispõe de diversos pontos de atenção voltados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Além do atendimento realizado na estrutura da atenção primária em saúde, o Paraná conta com: 02 Consultórios na Rua, 54 Ambulatórios em Saúde Mental, 94 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (37 CAPS I, 26 CAPS II, 2 CAPS III, 08 CAPS Infantil e 21 CAPS AD), 22 Serviços Residenciais Terapêuticos, 01 Casa de Acolhimento Transitório, 190 Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, 486 vagas em Hospitais Dia, além de 2488 Leitos em Hospitais Psiquiátricos, quadro 15.

**QUADRO 15 – CAPACIDADE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL NO PARANÁ, EM 2011**

| RS  | Ambulatório de Saúde Mental | SRT* | CAT** | Hospital Dia |        | Leitos em Hospital Geral |        | Leitos em Hospital Psiquiátrico |        | CAPS*** |
|-----|-----------------------------|------|-------|--------------|--------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------|---------|
|     |                             |      |       | Nº Hospitais | Leitos | Nº Hospitais             | Leitos | Nº Hospitais                    | Leitos |         |
| 1ª  | 1                           | -    | -     | --           | -      | 2                        | 6      | -                               | -      | 1       |
| 2ª  | 21                          | 16   | -     | 5            | 450    | 6                        | 14     | 6                               | 1023   | 31      |
| 3ª  | 3                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 10     | -                               | -      | 4       |
| 4ª  | 2                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 13     | -                               | -      | 1       |
| 5ª  | 3                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 66     | -                               | -      | 5       |
| 6ª  | 1                           | -    | -     | -            | -      | -                        | -      | 1                               | 81     | 1       |
| 7ª  | 3                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 4      | -                               | -      | 3       |
| 8ª  | 1                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 6      | -                               | -      | 2       |
| 9ª  | 3                           | -    | -     | 1            | 6      | 2                        | 33     | -                               | -      | 2       |
| 10ª | 2                           | 3    | -     | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 3       |
| 11ª | 1                           | -    | -     | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 4       |
| 12ª | 1                           | -    | -     | -            | -      | -                        | -      | 1                               | 150    | 1       |
| 13ª | 0                           | -    | -     | -            | -      | 2                        | 2      | -                               | -      | 1       |
| 14ª | 2                           | -    | 1     | -            | -      | 1                        | 2      | 1                               | 48     | 3       |
| 15ª | 2                           | 3    | -     | -            | -      | 2                        | 28     | 1                               | 240    | 8       |
| 16ª | 1                           | -    | -     | -            | -      | 1                        | 1      | 1                               | 284    | 3       |
| 17ª | 2                           | -    | -     | 1            | 30     | 1                        | 5      | 3                               | 422    | 11      |

| RS        | Ambulatório de Saúde Mental | SRT*      | CAT**     | Hospital Dia |        | Leitos em Hospital Geral |        | Leitos em Hospital Psiquiátrico |        | CAPS***   |
|-----------|-----------------------------|-----------|-----------|--------------|--------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------|-----------|
|           |                             |           |           | Nº Hospitais | Leitos | Nº Hospitais             | Leitos | Nº Hospitais                    | Leitos |           |
| 18ª       | 2                           | -         | -         | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 3         |
| 19ª       | 1                           | -         | -         | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 2         |
| 20ª       | 2                           | -         | -         | -            | -      | -                        | -      | 1                               | 240    | 3         |
| 21ª       | 0                           | -         | -         | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 1         |
| 22ª       | 0                           | -         | -         | -            | -      | -                        | -      | -                               | -      | 1         |
| <b>PR</b> | <b>54</b>                   | <b>22</b> | <b>01</b> | <b>486</b>   |        | <b>190</b>               |        | <b>2.488</b>                    |        | <b>94</b> |

FORNTE: DVSM

\*SRT – SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO | \*\*CAT – CASA DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIO \*\*\*CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL.

Quanto ao monitoramento das ações prioritárias para o enfrentamento às violências constatou-se que: os municípios de Campo Largo, Colombo, Curitiba, Piraquara, Quitandinha e São José dos Pinhais, da 2ª RS, fazem parte da Rede Metropolitana de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, o município de Curitiba possui em funcionamento também a Rede de Proteção a Violência contra a Criança/Adolescente.

Na 3ª RS, o município de Ponta Grossa conta com uma Comissão de Enfrentamento às Violências, que tem como membros representantes de alguns pontos da rede de proteção. Na 9ª RS, Foz do Iguaçu tem articulada a Comissão Regional de Enfrentamento à Violência contra Criança/Adolescente.

Na 10ª RS, o município de Cascavel possui grupo que discute o enfrentamento das violências nos diferentes segmentos e que elaborou recentemente uma cartilha sobre a temática, ainda a ser publicada.

Na 15ª RS, o município de Maringá possui o Núcleo de Atendimento às Violências em pleno funcionamento.

Na 16ª RS, o Município de Apucarana já tem a rede e a ficha de notificação de violência implantada em todas as UBs. O Município de Araongas, implantou apenas a ficha de notificação, estando agendada para abril de 2012 uma oficina nesse município para a conformação da Rede.

Na 17ª RS, Londrina constituiu o NPVPS focando no ciclo vital compreendendo crianças e adolescentes e, desde 2006, foi constituída a Comissão Municipal de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes (SEMEAR), capitaneada pelas Políticas Públicas da Educação, Saúde e Assistência Social em parceria com as várias instâncias que atendem à demanda infanto-juvenil. O Projeto de Lei nº 52/2009 que institui no Município de Londrina o Núcleo de Prevenção



das Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura da Paz (Núcleo e Saúde e Paz de Londrina) foi aprovado pela Câmara Municipal.

Na 20ª RS, o município de Toledo possui o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e já recebeu recursos para o financiamento de projeto e para o desenvolvimento de algumas ações. Lá foi implantado um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que atende, além de outras situações de proteção especial às situações de violência.

No que concerne à atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, o Paraná dispõe atualmente de 19 serviços de Reabilitação Física, sendo 16 de nível intermediário (média complexidade) e 3 centros de referência em medicina física e reabilitação (média e alta complexidade). Quanto à Reabilitação Auditiva, dispõe de 20 serviços, sendo 11 de média complexidade e 9 de alta complexidade, quadro 16. A Reabilitação Intelectual é contemplada nos 299 Serviços de Reabilitação Mental/Autismo existentes no Estado, sendo que 98% destes são APAES, distribuídas em todas as Regiões do Paraná (CNES, Março/2012). Relacionado à Reabilitação Visual, até o presente momento não existe nenhum serviço que cumpra os critérios para habilitação, definidos pela Política Nacional.

**QUADRO 16 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO PARANÁ, EM 2011**

| REGIONAL DE SAÚDE    | REABILITAÇÃO AUDITIVA |                   | REABILITAÇÃO FÍSICA |                     | REABILITAÇÃO VISUAL | MENTAL AUTISMO | TOTAL |
|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|-------|
|                      | MÉDIA COMPLEXIDADE    | ALTA COMPLEXIDADE | MEDICINA FÍSICA     | NÍVEL INTERMEDIÁRIO |                     |                |       |
| Paranaguá            | 1                     | 0                 | 0                   | 0                   | 0                   | 5              | 6     |
| Região Metropolitana | 2                     | 3                 | 1                   | 1                   | 0                   | 33             | 40    |
| Ponta Grossa         | 1                     | 1                 | 0                   | 1                   | 0                   | 16             | 19    |
| Irati                | 0                     | 0                 | 0                   | 0                   | 0                   | 1              | 1     |
| Guarapuava           | 0                     | 1                 | 0                   | 1                   | 0                   | 12             | 14    |
| União da Vitória     | 0                     | 0                 | 0                   | 0                   | 0                   | 5              | 5     |
| Pato Branco          | 0                     | 0                 | 0                   | 1                   | 0                   | 12             | 13    |
| Francisco Beltrão    | 1                     | 0                 | 0                   | 1                   | 0                   | 23             | 25    |
| Foz do Iguaçu        | 1                     | 0                 | 0                   | 1                   | 0                   | 8              | 10    |
| Cascavel             | 0                     | 1                 | 1                   | 1                   | 0                   | 21             | 24    |

|                          |           |          |          |           |          |            |            |
|--------------------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|------------|------------|
| <b>Campo Mourão</b>      | 0         | 0        | 0        | 1         | 0        | 8          | 9          |
| <b>Umuarama</b>          | 0         | 0        | 0        | 1         | 0        | 12         | 13         |
| <b>Cianorte</b>          | 0         | 0        | 0        | 1         | 0        | 7          | 8          |
| <b>Paranavaí</b>         | 0         | 0        | 0        | 1         | 0        | 18         | 19         |
| <b>Maringá</b>           | 1         | 1        | 0        | 1         | 0        | 16         | 19         |
| <b>Apucarana</b>         | 2         | 0        | 0        | 1         | 0        | 13         | 16         |
| <b>Londrina</b>          | 1         | 1        | 1        | 1         | 0        | 24         | 28         |
| <b>Cornélio Procópio</b> | 0         | 1        | 0        | 0         | 0        | 19         | 20         |
| <b>Jacarezinho</b>       | 0         | 0        | 0        | 1         | 0        | 20         | 21         |
| <b>Toledo</b>            | 1         | 0        | 0        | 1         | 0        | 8          | 10         |
| <b>Telêmaco Borba</b>    | 0         | 0        | 0        | 0         | 0        | 4          | 4          |
| <b>Ivaiporã</b>          | 0         | 0        | 0        | 0         | 0        | 14         | 14         |
| <b>TOTAL</b>             | <b>11</b> | <b>9</b> | <b>3</b> | <b>16</b> | <b>0</b> | <b>299</b> | <b>338</b> |

FONTES: SESA/SGS/DEOG/DVCAC/TABWIN\_CNES.

Na área de reabilitação, além do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier, a SESA possui, ainda, o Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID) e o Centro de Atendimento ao Fissurado Labiopalatal (CAIF).

Situado em Curitiba, o CRAID presta atendimento ambulatorial de qualidade, interdisciplinar, integrado e resolutivo para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, com deficiências e bebês com risco neurológico, buscando o desenvolvimento das potencialidades humanas, com integração e melhor qualidade de vida. Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida da Pessoa com deficiência (criança e adolescente) e de sua família; por meio de um atendimento global, interdisciplinar e centralizado.

O CRAID desenvolve os seguintes programas:

- a)** Atendimento ao Bebê de Risco: Atendimento Médico, Odontológico e Terapias para bebês egressos de UTI neonatal ou com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de 0 a 3 anos.
- b)** Atendimento Médico Odontológico à Pessoas com Deficiência: de 0 a 18 anos.
- c)** Estimulação Visual: Atendimento a pessoas com visão subnormal.

No ano de 2011, o Centro realizou 54.542 procedimentos e foram cadastradas 1.024 crianças novas.

O CAIF foi criado em abril de 1992, para reabilitação de pessoas que nascem com má-formação genética de face e crânio no Paraná. Tem como missão promover o tratamento interdisciplinar das deformidades craniofaciais congênitas, possibilitando tanto a reabilitação estética e funcional, quanto a (re) inclusão dos pacientes na sociedade. Sua visão é ser um Centro de Referência para as deformidades de face e/ou crânio, por meio de parcerias públicas, privadas e sociedade civil, para a manutenção do serviço multidisciplinar proposto; e seus valores são: Ética, Respeitabilidade, Profissionalismo, Aprimoramento acadêmico-científico, Assistência Biopsicossocial Integrada, Excelência nos atendimentos e Humanização.

O Estado tem 25.915 indígenas (IBGE-2010), distribuídos em 52 aldeias, localizadas em 32 municípios (ITGC/SEAE/2008). A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e executar as ações de atenção primária à saúde dos povos indígenas. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. No Brasil existem 34 DSEIs, sendo o Distrito Litoral Sul o responsável por coordenar as ações no Paraná.

As ações nos demais níveis de atenção são prestadas pelos municípios e pelo estado através do SUS. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos Saúde – CNES, existem 05 Unidades de Saúde, conforme demonstrado na tabela 22.

**TABELA 22 – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS SAÚDE – CNES**

| <b>Regional de Saúde</b> | <b>Município</b> | <b>Serviço</b>                                  | <b>CNES</b> |
|--------------------------|------------------|---|-------------|
| <b>7<sup>a</sup></b>     | Coronel Vivida   | Posto de Saúde Reserva Indígena                 | 6388469     |
| <b>7<sup>a</sup></b>     | Mangueirinha     | Posto de Saúde Reserva Indígena de Mangueirinha | 2595141     |
| <b>4<sup>a</sup></b>     | Inácio Martins   | Miniposto Área Indígena                         | 2423669     |
| <b>22<sup>a</sup></b>    | Manoel Ribas     | Posto de Saúde Posto Indígena Manoel Ribas      | 2588781     |
| <b>17<sup>a</sup></b>    | Londrina         | UBS Reserva Indígena Apucarantina               | 2579189     |

**FONTE:**

[HTTP://CNES.DATASUS.GOV.BR/EXIBE\\_FICHA\\_ESTABELECIMENTO.ASP?VCO\\_UNIDADE=4114402595141](http://cnes.datasus.gov.br/exibe_ficha_estabelecimento.asp?vco_unidade=4114402595141); ACESSO EM: 17/05/2012.

Em Curitiba está localizada a Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI do Paraná) com capacidade para abrigar 24 indígenas oriundos de todo o Brasil, para facilitar o acesso desta população ao atendimento secundário e terciário, em especial para o tratamento de lábio leporino.

De acordo com o Censo IBGE 2010, aproximadamente 2.951.208 habitantes do Estado, cerca de 28,5%, compõe-se da população negra (pretos e pardos). Dessa população, 5.000 habitantes pertencem a Comunidades Remanescentes de Quilombo – CRQ ou Comunidades Negras Tradicionais – CNT (IBGE 2007), distribuídas em 27 municípios do Estado. Em 2009, institui-se o incentivo aos quilombolas e às comunidades negras tradicionais, por meio da resolução SESA nº 253, sendo repassado aos municípios em 2011 R\$ 316.800,00, conforme quadro 17.

**QUADRO 17 MUNICÍPIOS DO ESTADO QUE POSSUEM CRQ - COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO, QUILOMBOLAS OU CNT - COMUNIDADE NEGRA TRADICIONAL E INCENTIVO MENSAL DA SESA**

| Município / RS             | Nº comunidades quilombolas | Nº comunidades negras tradicionais | Incentivo SESA 2011 R\$ |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Adrianópolis - 2RS         | 9                          | 2                                  | 79.200,00               |
| Agudos do Sul - 2RS        | 0                          | 1                                  | 7.200,00                |
| Campo Largo - 2RS          | 1                          | 1                                  | 14.400,00               |
| Candói - 5RS               | 3                          | 0                                  | 21.600,00               |
| Castro - 3RS               | 3                          | 0                                  | 21.600,00               |
| Cerro Azul - 2RS           | 1                          | 0                                  | 7.200,00                |
| Contenda - 2RS             | 0                          | 3                                  | 21.600,00               |
| Curiúva - 21RS             | 2                          | 0                                  | 14.400,00               |
| Dr. Ulysses - 2RS          | 1                          | 1                                  | 14.400,00               |
| Guaíra - 20RS              | 1                          | 0                                  | 7.200,00                |
| Guaraqueçaba - 1RS         | 2                          | 0                                  | 14.400,00               |
| Ivaí - 3RS                 | 2                          | 0                                  | 14.400,00               |
| Lapa - 2RS                 | 3                          | 0                                  | 21.600,00               |
| Palmas - 7RS               | 2                          | 1                                  | 21.600,00               |
| Ponta Grossa - 3RS         | 2                          | 0                                  | 14.400,00               |
| São Miguel do Iguaçu - 9RS | 1                          | 0                                  | 7.200,00                |
| Tijucas do Sul - 2RS       | 0                          | 1                                  | 7.200,00                |
| Turvo - 5RS                | 1                          | 0                                  | 7.200,00                |
| <b>TOTAL</b>               | <b>34</b>                  | <b>10</b>                          | <b>316.800,00</b>       |

FONTE: DVPCD/DEAR/SPP/SESA-PR EM MARÇO DE 2012.

### 4.2.3 Atenção à urgência e emergência

Atualmente, o Paraná conta com a estrutura a seguir discriminada de serviços assistenciais atuantes na Urgência e Emergência, porém, ainda não estão organizados em rede.

**a) Pronto-atendimento:** existe na maioria dos municípios do Estado, mas, com baixa resolutividade;

**b) UPA (Unidades de Pronto-atendimento):** atualmente, no Paraná, estão implantadas e em funcionamento 12 Unidades de Pronto-atendimento – UPAs: Foz do Iguaçu (habilitada em 2010), Castro (habilitada em 2012), Apucarana (habilitada em 2012), 5 em Curitiba (habilitadas em 2012), Lapa e Maringá. Além dessas, outras 46 Unidades de Pronto-atendimento, aprovadas pelo Ministério da Saúde, se encontram em diferentes etapas de construção, com período previsto de aproximadamente 24 meses entre aprovação e conclusão da obra, totalizando 58 UPAS, quadro 18.

**QUADRO 18 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAS**

| MUNICÍPIO            | PORTE |    |     | SITUAÇÃO           |
|----------------------|-------|----|-----|--------------------|
|                      | I     | II | III |                    |
| Paranaguá            |       | 1  |     |                    |
| Curitiba             |       |    | 7   | 5 EM FUNCIONAMENTO |
| São José dos Pinhais | 1     |    | 1   |                    |
| Campo Largo          |       | 1  |     |                    |
| Almirante Tamandaré  | 1     |    |     |                    |
| Araucária            |       |    | 1   |                    |
| Colombo              |       |    | 1   |                    |
| Fazenda Rio Grande   |       | 1  |     |                    |
| Lapa                 | 1     |    |     | EM FUNCIONAMENTO   |
| Pinhais              |       | 1  |     |                    |
| Piraquara            | 1     |    |     |                    |
| Quatro Barras        | 1     |    |     |                    |
| Rio Branco do Sul    | 1     |    |     |                    |
| Rio Negro            | 1     |    |     |                    |
| Ponta Grossa         | 1     | 1  |     |                    |
| Castro               |       | 1  |     | EM FUNCIONAMENTO   |

| MUNICÍPIO                        | PORTE |    |     | SITUAÇÃO                   |
|----------------------------------|-------|----|-----|----------------------------|
|                                  | I     | II | III |                            |
| <b>Irati</b>                     | 1     |    |     | AUTORIZADO, NÃO EXECUTOU   |
| <b>Guarapuava</b>                | 1     | 1  |     | NOVA, PAC 2 2012           |
| <b>Coronel Vivida</b>            | 1     |    |     |                            |
| <b>Pato Branco</b>               |       | 1  |     |                            |
| <b>Francisco Beltrão</b>         |       | 1  |     |                            |
| <b>Realeza</b>                   | 1     |    |     | REFORMA PA, PAC 2 2012     |
| <b>Santo Antônio do Sudoeste</b> | 1     |    |     | NOVA, PAC 2 2012           |
| <b>Foz do Iguaçu</b>             |       | 1  | 1   | 1 NOVA/ 1 EM FUNCIONAMENTO |
| <b>Cascavel</b>                  | 2     | 1  |     |                            |
| <b>Campo Mourão</b>              |       | 1  |     |                            |
| <b>Umuarama</b>                  |       | 1  |     | NOVA, PAC 2 2012           |
| <b>Cianorte</b>                  |       | 1  |     | NOVA, PAC 2 2012           |
| <b>Paranavaí</b>                 |       | 1  |     |                            |
| <b>Maringá</b>                   |       | 1  | 1   | NOVA/ 1 EM FUNCIONAMENTO   |
| <b>Sarandi</b>                   | 1     |    |     |                            |
| <b>Apucarana</b>                 |       | 1  |     | EM FUNCIONAMENTO           |
| <b>Arapongas</b>                 |       | 1  |     |                            |
| <b>Jandaia do Sul</b>            | 1     |    |     |                            |
| <b>Faxinal</b>                   | 1     |    |     |                            |
| <b>Londrina</b>                  |       | 1  | 2   |                            |
| <b>Cambé</b>                     |       | 1  |     |                            |
| <b>Ibiporã</b>                   | 1     |    |     |                            |
| <b>Centenário do Sul</b>         | 1     |    |     |                            |
| <b>Rolândia</b>                  | 1     |    |     |                            |
| <b>Toledo</b>                    |       | 1  |     |                            |
| <b>Telêmaco Borba</b>            | 1     |    |     |                            |
| <b>Ivaiporã</b>                  | 1     |    |     |                            |
|                                  | 23    | 21 | 14  |                            |
| <b>TOTAL UPAs</b>                |       |    |     | <b>58</b>                  |

FORNTE: SESA-PR 2012.

**c) Serviços Pré-hospitalares Móveis:** a assistência pré-hospitalar móvel às urgências no Estado é viabilizada mediante a atuação complementar dos seguintes serviços:

**SIATE** - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência. Opera desde 1990, por meio de uma parceria entre o Corpo de Bombeiros, Secretaria Estadual de Saúde e Municípios, sendo especializado no atendimento ao trauma, e desde sua implantação conta com regulação médica. Está implantado no modelo integral em 8 municípios do Paraná – Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel, com atuação parcial em mais 7 municípios, que não contam com regulação e intervenção médica mas possuem ambulâncias com bombeiros socorristas treinados que prestam o suporte básico de vida. O SIATE mantém um padrão de excelência no atendimento às vítimas de trauma e historicamente tem reconhecimento da população paranaense.

**SAMU 192** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Atualmente, o Paraná conta com 08 Centrais de Regulação Médica do SAMU 192 em funcionamento, municipais ou microrregionais, que fazem atendimento das emergências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e traumáticas 24 horas por dia. O SAMU Curitiba, implantado em 2004, foi o pioneiro no Estado e serviu como referência para os demais.

Os SAMUs habilitados até 2011 são: SAMU microregional Curitiba, SAMU Ponta Grossa, SAMU Londrina, SAMU Apucarana, SAMU Cascavel, SAMU Guarapuava, SAMU Maringá e SAMU Foz do Iguaçu, abrangendo 15 municípios até o final de 2011. A cobertura populacional nesse período foi de 4.553.445 habitantes, ou seja, 44% da população do Paraná já contava com Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, acionado pela Central – SAMU 192, quadro 19.

**QUADRO 19 – COBERTURA DOS SERVIÇOS DO SIATE E DO SAMU ATÉ O FINAL DE 2011**

|                             | SAMU Nº DE AMBULÂNCIAS |           | SIATE - Nº DE AMBULÂNCIAS | COBERTURA POPULACIONAL |
|-----------------------------|------------------------|-----------|---------------------------|------------------------|
|                             | USA                    | USB       |                           |                        |
| <b>CURITIBA</b>             | 7                      | 18        | 9                         | 2.243.060              |
| <b>SÃO JOSÉ DOS PINHAIS</b> | 1                      | 2         | 3                         |                        |
| <b>CAMPO LARGO</b>          | 1                      | 1         | 1                         |                        |
| <b>LONDRINA</b>             | 2                      | 4         | 3                         | 655.550                |
| <b>CAMBE</b>                |                        | 1         |                           |                        |
| <b>IBIPORÃ</b>              |                        | 1         |                           |                        |
| <b>MARINGÁ</b>              | 1                      | 3         | 4                         | 420.162                |
| <b>SARANDI</b>              |                        | 1         |                           |                        |
| <b>PONTA GROSSA</b>         | 1                      | 3         | 3                         | 382.752                |
| <b>CASTRO</b>               |                        | 1         |                           |                        |
| <b>FOZ DO IGUAÇU</b>        | 1                      | 3         | 3                         | 325.137                |
| <b>CASCADEL</b>             | 1                      | 3         | 5                         | 296.254                |
| <b>APUCARANA</b>            | 1                      | 1         | 2                         | 224.315                |
| <b>ARAPONGAS</b>            |                        | 1         |                           |                        |
| <b>GUARAPUAVA</b>           | 1                      | 1         | 1                         | 172.728                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>17</b>              | <b>44</b> | <b>34</b>                 | <b>44%</b>             |

**d) Transporte Inter-hospitalar Medicalizado** – Paraná Urgência / USAV. O serviço de transporte inter-hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde possui 10 Bases de Suporte Avançado de Vida, hoje distribuídas nas seguintes localidades: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa, Jacarezinho, Campo Mourão, Umuarama, Francisco Beltrão e Guarapuava. Conta com ambulâncias tipo D com equipamentos de UTI, profissionais médicos, enfermeiros e motoristas e atua de maneira complementar à rede com cobertura em todo o estado do Paraná, fazendo transporte inter-hospitalar e intermunicipal de pacientes em situação de urgência, regulados pela Central Estadual de Regulação de Leitos.

**e) Transporte aeromédico** – Até o final de 2011, o transporte aeromédico era realizado mediante 01 (um) helicóptero operado em parceria entre a Polícia Rodoviária Federal e o SAMU Curitiba, com cobertura regional atingindo a 2ª Regional de Saúde. Em complemento a esse serviço, opera 1 (um) helicóptero do GRAER / Polícia Militar / Corpo de Bombeiros, em situações de resgate, em parceria com o SIATE Curitiba. Os transportes de longa distância são viabilizados pelas aeronaves da Casa Militar em parceria com as Unidades de USAV da SESA.



**f) Portas Hospitalares de Urgência** – O Paraná conta com 22.420 leitos hospitalares ofertados em 458 hospitais públicos, filantrópicos ou privados que atendem SUS. Desses, 331 (72,3%) tem menos de 50 leitos. Logo, uma quantidade significativa de hospitais de pequeno porte, muitos que funcionam sem economia de escala, sem recursos tecnológicos e poucos recursos humanos, logo, sem resolutividade, mesmo para eventos agudos de pequena e média gravidade.

Apenas 100 hospitais tem mais que 100 leitos – equivale a 11% do total, localizados nos municípios sedes das macrorregiões: Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel, onde estão concentrados os recursos hospitalares de maior densidade tecnológica, serviços mais complexos, mais onerosos e de maior capacidade resolutiva. Embora o Paraná disponha de cerca de 2 leitos por 1.000 habitantes, esse número é insuficiente devido à baixa escala e baixa eficiência da grande maioria dos hospitais que atendem SUS no Paraná.

De acordo com a Resolução SESA no. 0172/2011, foi instituído o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde – 1a. Fase e fixadas as suas diretrizes, o qual foi também aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde em 2012. Os hospitais que fazem parte do Programa constituem referência para urgência e emergência e à gestão de risco, atendendo aos requisitos necessários, conforme quadro 20 a seguir.

**QUADRO 20 – PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS DO PARANÁ - HOSPSUS**

| <b>RS</b> | <b>MUNICÍPIO</b>             | <b>HOSPITAIS</b>   |
|-----------|------------------------------|--|
| 1         | <b>Paranaguá</b>             | Hospital Regional do litoral                             |
| 2         | <b>Campina Grande do Sul</b> | Hospital Angelina Caron                                  |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital do Idoso Zilda Arns                             |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital Universitário Cajuru                            |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital do Trabalhador                                  |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital Evangélico                                      |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Santa Casa   |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital Pequeno Principe                                |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Hospital de Clínicas                                     |
| 2         | <b>Curitiba</b>              | Mater Dei  |
| 2         | <b>Campo Largo</b>           | Hospital Waldermar Monastier                             |
| 2         | <b>Rio Negro</b>             | Hospital e Maternidade Bom Jesus                         |
| 2         | <b>São José dos Pinhais</b>  | Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais |
| 3         | <b>Castro</b>                | Hospital Anna Fiorillo Menarim                           |
| 3         | <b>Ponta Grossa</b>          | Hospital Regional de Ponta Grossa                        |
| 3         | <b>Ponta Grossa</b>          | Hospital Bom Jesus                                       |
| 3         | <b>Ponta Grossa</b>          | Hospital Vicentino                                       |
| 3         | <b>Ponta Grossa</b>          | Santa Casa   |
| 3         | <b>Jaguariaiva</b>           | Hospital Carolina Lupion                                 |
| 4         | <b>Irati</b>                 | Santa Casa de Irati                                      |
| 5         | <b>Guarapuava</b>            | Hospital São Vicente de Paulo                            |
| 5         | <b>Pitanga</b>               | Santa Casa de Pitanga                                    |
| 5         | <b>Laranjeiras do Sul</b>    | Hospital São José  |
| 6         | <b>União da Vitória</b>      | Hospital Reg de Caridade N S Aparecida                   |
| 8         | <b>Francisco Beltrão</b>     | Hospital Regional do Sudoeste                            |
| 9         | <b>Foz do Iguaçu</b>         | Hospital Mun de Foz do Iguaçu                            |
| 9         | <b>Foz do Iguaçu</b>         | Hospital Ministro Costa Cavalcanti                       |
| 9         | <b>Medianeira</b>            | Hospital Nossa Senhora da Luz                            |
| 10        | <b>Cascavel</b>              | Hospital Universitário do Oeste do Paraná                |
| 11        | <b>Campo Mourão</b>          | Santa Casa   |
| 1         | <b>Goioerê</b>               | Santa Casa de Goioerê                                    |
| 13        | <b>Cianorte</b>              | Santa Casa de Cianorte                                   |
| 14        | <b>Paranavaí</b>             | Santa Casa de Paranavaí                                  |
| 15        | <b>Maringá</b>               | Hospital Santa Casa (Maria Auxiliadora)                  |
| 15        | <b>Maringá</b>               | Hospital Universitário De Maringá                        |
| 15        | <b>Sarandi</b>               | Hospital Metropolitano                                   |
| 16        | <b>Apucarana</b>             | Hospital Da Providência                                  |

| RS | MUNICÍPIO                | HOSPITAIS                                 |
|----|--------------------------|---|
| 16 | Arapongas                | Hospital João de Freitas                  |
| 16 | Arapongas                | Santa Casa de Arapongas                   |
| 17 | Londrina                 | Hospital Universitário do Norte do Paraná |
| 17 | Londrina                 | Santa Casa                                |
| 17 | Londrina                 | Hospital Evangélico                       |
| 17 | Rolândia                 | Hospital São Rafael de Rolândia           |
| 17 | Cambé                    | Santa Casa de Cambé                       |
| 17 | Ibiporã                  | Santa Casa de Ibiporã                     |
| 18 | Cornélio Procópio        | Sta Casa de Cornélio Procópio             |
| 19 | Santo Antonio da Platina | Hospital Regional Norte Pioneiro          |
| 19 | Jacarezinho              | Santa Casa de Jacarezinho                 |
| 20 | Toledo                   | Hospital Bom Jesus (HOESP)                |
| 22 | Ivaiporã                 | Hospital Bom Jesus                        |

FONTE: SESA-PR.

**g) Sistema de Regulação Estadual:** Atualmente, o Sistema de Regulação Estadual compõe-se de cinco Centrais Regionais de Leitos e Consultas, situadas em Curitiba, Ponta Grossa, Londrina, Maringá e Cascavel. Estão interligadas à Central Estadual de Regulação e gerenciam as demandas de leitos de internação e de consultas especializadas para todo o estado. É utilizado um sistema operacional de registro de solicitações e de geração de reserva, porém ainda sem controle efetivo de disponibilidade de leitos junto aos prestadores

#### 4.3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), regulamentado por meio da Lei Estadual nº 10.913 de 04 de outubro de 1994, é composto paritariamente por 50% de representantes dos usuários, 25% representantes de gestores e prestadores de saúde, e 25% de representantes de profissionais de saúde. Integram o conselho 72 membros, sendo 36 titulares e 36 suplentes, o Conselho Estadual de Saúde – CES/PR é coordenado por uma mesa diretora formada por 08 membros.

Em termos de estrutura, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR possui uma Secretaria Executiva, composta por uma secretária executiva, um servidor técnico administrativo, um servidor auxiliar administrativo, um servidor comissionado e dois estagiários de nível médio.

Atualmente, a Secretaria Executiva está instalada na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, na Rua Piquiri, 170, Bairro Rebouças, Curitiba/PR.

Com objetivo de subsidiar as decisões, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná mantém nove Comissões Temáticas, sendo: Comissão de Orçamento, Comissão de Assistência e Acesso ao SUS, Comissão de Saúde Mental, Comissão de Saúde da Mulher, Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador, Comissão Interestadual de Recursos Humanos, Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social, Comissão DST/AIDS e Comissão de Vigilância em Saúde. As comissões temáticas realizam reuniões mensais, que são pautadas pela Mesa Diretora do CES/PR, são produtivas e realizam debates técnicos e da política da Saúde.

Além das Comissões Temáticas que são permanentes, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, diante de demandas específicas, formaliza comissões temporárias para estudo e análise das questões, para posterior apresentação ao pleno do conselho para deliberações.

O Conselho Estadual de Saúde – CES/PR reúne-se mensalmente em reunião ordinária e extraordinária conforme demanda apresentada. O CES/PR possui como características positivas: a estrutura operacional e organizativa; a infraestrutura, a secretaria executiva; a manutenção da agenda, a participação e realização de capacitações, o tempo de existência, a maturidade, os avanços conquistados, conselheiros titulares e suplentes comprometidos.

Como “pontos fracos” do CES/PR, identifica-se: falta de autonomia frente à gestão (a necessidade de orçamento próprio); falta de prestação de contas dos representantes de suas entidades; falta de integração com os coordenadores de plenária e conselhos municipais; falta de pautas encaminhadas pelas entidades; fragilidade para discussão do conselho perante o gestor; site do CES desatualizado, bem como falta de informação; falta de capacitação para os conselheiros; falta de presença nas atividades do CES (esvaziamento das comissões); quantidade insuficiente de funcionários na Secretaria Executiva do CES; falta de assessoria técnica: contábil, jurídica, comunicação, estrutura física com necessidade de ajustes; falta de definições de prioridades e organização das atividades; falta definir prioridade entre prevenção e área assistencial; falta de integralidade das ações dos conselheiros (o conselheiro deve falar da saúde como um todo e não apenas rever as necessidades de sua entidade); falta de fortalecimento dos segmentos e de representatividade local dos conselheiros estaduais, responsabilização das representações do CES/PR.

“Desafios” do Conselho Estadual de Saúde: rever a Lei do CES/PR; estabelecer critérios de representatividade nos eventos; adequar o regimento interno; cumprir a Resolução 453 do Con-

selho Nacional de Saúde – CNS e as Deliberações da Plenária de Conselho; ser pró-ativo e trazer temas para a discussão em tempo adequado; garantir que as deliberações e resoluções sejam cumpridas; usar dados epidemiológicos nas discussões e trabalhos do CES/PR; cumprir planejamento estratégico; estruturar reuniões nas macrorregiões; melhorar a estrutura organizativa: funcionários para a Secretaria Executiva e assessoria técnica, atualizar o site, adequar e definir o espaço físico, intensificar as capacitações e orçamento próprio do CES/PR.

#### 4.4 REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

Com a publicação do Decreto Presidencial 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8.080/1990, fica explicitado em seu artigo 3º que: “O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos de forma direta ou indireta mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.”

No Estado do Paraná, o processo de regionalização expressa o reconhecimento das regiões de saúde (22 regiões de saúde e 04 macrorregiões) em suas diferentes formas, objetivando: a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. Contém também os desenhos das redes de atenção à saúde, em suas diversas linhas de cuidado, organizadas dentro das Regiões de Saúde, das Macrorregiões e do Polo Estadual, que serão consolidados pelo Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP. Como resultado final, ter-se-á a integração dos planos de saúde dos entes federativos na rede de atenção à saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, CIB – Comissão Intergestores Bipartite Estadual e CIBs Regionais.

A CIB Estadual caracteriza-se como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, sendo constituída paritariamente por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais. Foi instituída em 1993 e, atualmente, é composta por cinco representantes da SESA e cinco representantes do COSEMS. Desde a sua criação, se reúnem regularmente sempre com o compromisso de avançar numa política de saúde voltada para a população, buscando consolidar e fortalecer o SUS no Paraná.

Outro elemento importante para o processo de organização do SUS no âmbito das regiões de saúde são os Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, que desenvolvem atividades relacio-

nadas a consultas e exames especializados desde a década de 1990. Baseados nos princípios do SUS, representam uma forma de associação entre municípios com vistas a assegurar ações de saúde à população das regiões de saúde. Há 24 Consórcios de Saúde localizados em todas as 22 regiões do Estado apresentados na tabela 23.

**TABELA 23- RELAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E A RESPECTIVA CIDADE SEDE, PARANÁ**

| <b>CONSÓRCIO/ ASSOCIAÇÃO</b>  | <b>MUNICÍPIO/SEDE</b> |
|---|-----------------------|
| <b>CISVIR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Apucarana</b>          | APUCARANA             |
| <b>CIS - COMCAM – Consórcio Intermunic.de Saúde da Comunidade dos municípios da região Deão</b> | CAMPO MOURÃO          |
| <b>CISOP – Consórcio Intermunicipal do oeste do Paraná</b>                                      | CASCAVEL              |
| <b>CISCENOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná</b>                          | CIANORTE              |
| <b>CISVAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema</b>                       | COLORADO              |
| <b>CISNOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná</b>                            | CORNÉLIO PROCÓPIO     |
| <b>COMESP – Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná</b>                                      | CURITIBA              |
| <b>Consórcio PARANÁSAÚDE</b>  | CURITIBA              |
| <b>ARSS – Associação regional de Saúde do Sudoeste</b>  | FRANCISCO BELTRÃO     |
| <b>CIS – CENTRO OESTE</b>   | GUARAPUAVA            |
| <b>CISGAP</b>   | GUARAPUAVA            |
| <b>CIS – AMCESPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde</b>                                       | IRATI                 |
| <b>CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde</b>  | IVAIPORÃ              |
| <b>CISNORPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro</b>                           | JACAREZINHO           |
| <b>ASSISCOPE – Associação intermunicipais de saúde do Centro Oeste do Paraná</b>                | LARANJEIRAS           |
| <b>CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema</b>                       | LONDRINA              |
| <b>CISAMUSEP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense</b>           | MARINGÁ               |
| <b>CISI – Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu</b>  | MEDIANEIRA            |
| <b>CISLIPA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná</b>                         | PARANAGUÁ             |
| <b>CIS/AMUNPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde</b>  | PARANAVAÍ             |
| <b>ASSIMS – Associação Intermunicipal de Saúde</b>  | PATO BRANCO           |

| <b>CONSÓRCIO/ ASSOCIAÇÃO</b>  | <b>MUNICÍPIO/SEDE</b> |
|---|-----------------------|
| <b>CIMSAÚDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde</b>                       | PONTA GROSSA          |
| <b>CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná</b> | TOLEDO                |
| <b>CISA-AMERIOS – Consórcio Intermunicipal de Saúde Amerios</b>           | UMARAMA               |
| <b>CISVALI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu</b>      | UNIÃO DA VITÓRIA      |

FORNE: SESA-PR.

Os CIS do Paraná funcionam na mesma linha de atuação com diferenciais adequados às realidades de cada região, tais como: disponibilidade de recursos humanos e prestadores de serviço na área médica; situação geográfica e desenvolvimento socioeconômico.

#### 4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde está descentralizada no Estado do Paraná, tendo os municípios assumido as ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, acerca de duas décadas. Poucos municípios executam as ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Há uma série de legislações e pactuações entre os gestores que especifica as atribuições das secretarias municipais e estadual de saúde. Como a maioria dos municípios é de pequeno porte, a SESA teria que executar ações, em caráter complementar, nas atividades de maior complexidade; mas acaba, na medida do possível, executando ações suplementares dada a precária estrutura, sobretudo de pessoal, dos mesmos.



## **OBJETIVO, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS**

5. 1 OBJETIVO

5. 2. DIRETRIZES, AÇÕES E METAS



# 5 OBJETIVO, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS

## 5.1 OBJETIVO

O presente Plano tem como objetivo aperfeiçoar o SUS no Paraná para reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão, levando a Saúde mais perto das pessoas por meio das REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, organizadas em todas as 22 regiões do Estado do Paraná.

Considerando os principais problemas apontados na análise situacional e contextualização sobre o SUS no Paraná, as diretrizes definidas, ou sejam, as linhas pelas quais serão traçadas um conjunto de ações e as metas para alcançar o que propõe o objetivo, são:

- **Diretriz 1** - Organização da Atenção Materno-Infantil, por meio da Rede Mãe Paranaense
- **Diretriz 2** - Implantação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- **Diretriz 3** - Implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (PcD)
- **Diretriz 4** - Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas
- **Diretriz 5** - Implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
- **Diretriz 6** - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do SUS no Paraná ( APSUS )
- **Diretriz 7** - Melhoria do Acesso e do Cuidado das Comunidades Vulneráveis (população negra, indígena, populações privadas de liberdade)
- **Diretriz 8** - Fortalecimento do Desenvolvimento Regional na Atenção à Saúde (COMSUS)

- **Diretriz 9** - Estruturação dos Serviços Próprios
- **Diretriz 10** - Promoção do Acesso da População a Medicamentos Seguros, Efizes e de Qualidade, garantindo sua Adequada Dispensação
- **Diretriz 11** - Promoção do Acesso da População a Serviços de Qualidade, com Equidade e em Tempo adequado às necessidades de Saúde, por meio do Complexo Regulador
- **Diretriz 12** - Implementação da Política de Vigilância e Promoção em Saúde coordenando e regulando as Ações de Forma Articulada e Integrada intra e intersetorial e com a Sociedade Civil em Âmbito Estadual e Regional
- **Diretriz 13** - Democratização da Gestão do Trabalho
- **Diretriz 14** - Desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente
- **Diretriz 15** - Ampliação e Fortalecimento dos Espaços de Participação da Sociedade e do Controle Social
- **Diretriz 16** - Qualificação dos Gastos e Ampliação de Recursos no Financiamento do SUS

## 5.2 DIRETRIZES, AÇÕES E METAS

### **DIRETRIZ 1 - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO MATERNO INFANTIL, POR MEIO DA REDE MÃE PARANAENSE**

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil.

As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionadas à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Considera-se, portanto, importante identificar os fatores de risco para a mortalidade materna e infantil, e trabalhar formas de atender diferentemente os desiguais. Ao analisarmos a mortalidade materna e infantil no Paraná, observamos que apesar da redução da mortalidade infantil no Estado, esta redução é lenta e desigual. O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 16,4 a 13,2 em 2007, e 13,0 em 2008 e 12,12 /1000 Nascidos Vivos (NV) em 2010. Com dados preliminares, encontra-se para o ano de 2011, 11,37/1000 Nascidos Vivos. Os cinco princi-

país grupos de causas de mortalidade infantil no Paraná, no período de 2000 a 2008, revelam a persistência dos seguintes fatores: o primeiro grupo de causas dos óbitos investigados refere-se às afecções no período perinatal, com prevalência média de 57,58% dos casos/ano. O segundo, as má-formações congênitas (26,30), seguido das doenças do aparelho respiratório (2,44%), causas externas (4,56%) e causas mal definidas (3,23%).

De acordo com a análise do Comitê de Investigação de Óbitos Infantis do Paraná, no período entre 2006 e 2008, 68,2% dos óbitos foram considerados evitáveis. Desses, 53% apresentaram como causa problemas na atenção hospitalar e ambulatorial. Assim, os 3.131 óbitos infantis do período estudado poderiam ser reduzidos com a adoção de medidas básicas de prevenção, direcionadas às gestantes e recém-nascidos.

A série histórica da mortalidade materna demonstra variação importante. Segundo dados preliminares, o coeficiente em 2010 foi de 63,8/100.000 NV, indicando a necessidade de novas medidas para alterar esse quadro. No ano de 2010, nove Regionais de Saúde apresentaram coeficientes de mortalidade infantil acima da média do estado.

Apesar dos esforços, o Paraná ainda apresenta a manutenção do coeficiente no patamar muito acima da média de países desenvolvidos. Outro dado que chama a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no estado, considerando-se o aumento de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009.

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil, qualificando o cuidado Materno-Infantil nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, e, com isso, reduzir a Mortalidade Materna e Infantil em todo o Estado do Paraná. A implantação dessa Rede se dará de forma articulada à política e ações estratégicas do Ministério da Saúde.

## AÇÕES

- 1** - Apoio técnico e financeiro para os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária em Saúde, investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS).

- 2** - Estabelecimento de incentivo financeiro para os municípios, fundo a fundo, para custeio das ações de vigilância em saúde e promoção, e atividades de prevenção e atenção Primária, com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social.
- 3** - Constituição das referências para o atendimento hospitalar e ambulatorial para as gestantes e crianças de risco habitual, intermediário e alto risco.
- 4** - Implantação do programa permanente de capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento às gestantes e crianças para toda a rede de atenção à gestante e à criança.
- 5** - Apoio técnico para que as equipes da Atenção Primária em Saúde desenvolvam atividades de promoção à saúde da mulher, abordando assuntos pertinentes à gestação (incluindo a captação precoce), parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.
- 6** - Implantação da segunda opinião e telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de atenção primária.
- 7** - Padronização da utilização da Carteira da Gestante e da Criança em todo o Estado.
- 8** - Implantação da classificação de risco com garantia da referência ambulatorial e hospitalar para atendimento das gestantes e crianças de risco.
- 9** - Implantação da Central de Atendimento às Gestantes, que promoverá orientações e monitoramento das gestações de risco.
- 10** - Investimento nas unidades hospitalares, ampliando o número de leitos de UTI adulto e neonatal nas regiões que se fizerem necessárias.
- 11** - Implantação de protocolo de atendimento às gestantes e criança.
- 12** - Efetivação da humanização do alojamento conjunto nas maternidades do Estado.
- 13** - Implantação do Incentivo financeiro de Qualidade ao Parto (IQP) – para os hospitais que atenderem aos requisitos definidos para atendimento à gestante e à criança com qualidade.

**14** - Promoção da adesão de 80% dos municípios à Rede Mãe Paranaense.

**15** - Ampliação dos serviços de banco de leite humano, garantindo a oferta para todas as regiões.

**16** - Estímulo para que a adesão dos municípios à Rede Mãe Paranaense, seja aprovada pelos Conselhos Municipais de Saúde.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |  | INDICADOR   |
|---|--|---|
| 2012  | 2013-2015  |   |
| 88% de gestantes SUS com 7 ou mais consultas no pré-natal   | 90% de gestantes SUS com 7 ou mais consultas no pré-natal ao ano                                     | Proporção de NV de mães com no mínimo 7 ou mais consultas de pré-natal            |
| Reduzir a Mortalidade Materna em 1%, números absolutos, em relação a 2010                           | Reduzir a Mortalidade Materna em 5%, números absolutos, em relação a 2010                            | Número absoluto de óbitos maternos  |
| Reduzir o Coeficiente/Taxa de Mortalidade Infantil em 3%, em relação a 2010.                        | Reduzir o Coeficiente/Taxa de Mortalidade Infantil, até 2015, em 15% em relação a 2010               | Coeficiente/Taxa da mortalidade infantil  |
| Aumentar em 2% ao ano o parto normal no Estado  | Aumentar em 10% o parto normal no Estado   | Proporção de partos normais   |
| Aumentar em 5% ao ano o número de gestantes com teste rápido para sífilis de acordo com o protocolo | Aumentar em 50% o número de gestantes com teste rápido para sífilis de acordo com o protocolo        | Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis |
| 5% das gestantes vinculadas ao hospital para a realização do parto, conforme classificação de risco | 50% das gestantes vinculadas ao hospital para a realização do parto, conforme classificação de risco | Proporção de gestantes vinculadas ao hospital                                     |

## DIRETRIZ 2 - IMPLANTAÇÃO DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A área de atenção à urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde da população e deve ser estruturado para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entradas dos serviços de saúde do SUS devem acolher o ci-

dadão acometido de um agravo súbito à saúde, oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierarquizado. Nesse contexto, a organização da Rede Integral de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Paraná é considerada compromisso prioritário entre as metas pactuadas pela Secretaria de Estado da Saúde junto ao Governo do Estado do Paraná, estratégia de ação convergente com a atual política nacional de urgência, registrada na publicação das últimas Portarias Ministeriais (Portarias GM/MS 1.600/2011, 2.026/2011, 2.648/2011, 2.395/2011, entre outras). Importante ressaltar que a proposta de intervenção visa não somente superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, mas também desenvolver medidas relacionadas à prevenção, promoção e vigilância em saúde.

As diretrizes gerais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Paraná são:

- Organização da Atenção Primária em Saúde em todos os municípios, de forma a ter equipe de Atenção Primária de referência para 100% da população.
- Implantação da Classificação de Risco em todos os Níveis de Atenção, com adoção da metodologia Manchester no Estado.
- Estabelecimento de parâmetros de atendimento, com definição de tempo-resposta, segundo critérios técnico-assistenciais contemporâneos.
- Estabelecimento das competências de cada Ponto de Atenção, que devem ser garantidas pelos gestores.
- Definição do Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatismos.
- Definição dos pontos de atenção secundários e terciários, regionalizados e articulados, com implantação de transferência sob regulação.
- Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
- Implementação de pactuações interestaduais, quando aplicável para o sistema de emergência.
- Adoção de Planos de Manejo de Desastres e Catástrofes.
- Definição e implantação de Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências e Emergências.

Desta forma, constituem-se como COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS todos os elementos a seguir, que serão alvo do desenvolvimento das ações nesse Plano:

1. Componente Promoção, Prevenção e Vigilância
2. Componente Atenção Primária em Saúde
3. Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / SAMU
4. Componente Atendimento Aeromédico
5. Componente Sala de Estabilização
6. Componente UPA / Unidades 24 horas
7. Componente Portas de Urgência Hospitalares
8. Componente Atenção Domiciliar
9. Componente Complexo Regulador

## AÇÕES

1. Ampliação e qualificação do componente hospitalar do SUS na área de Urgência e Emergência, ampliando os serviços assistenciais de urgência, compreendendo: aumento do número de leitos de UTI adulto e pediátrico, leitos de retaguarda clínico-cirúrgica, serviços hospitalares de emergência/pronto socorros, instalação de helipontos e ampliação do parque de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, por meio das ações do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos – HOSPSUS.
2. Implantação do Complexo Regulador da Assistência com construção, ampliação e reforma de área física das Centrais SAMU e Centrais de Leitos, promovendo integração com outros serviços de urgência pública – segurança, e implantação do sistema operacional de gestão e regulação da assistência, integrando toda a rede assistencial.

- 3.** Implantação e consolidação de 12 SAMUs regionais: Litoral (Paranaguá), Metropolitano (Curitiba), Campos Gerais (Ponta Grossa), Guarapuava, Sudoeste (Pato Branco), Oeste (Cascavel), Foz do Iguaçu, Noroeste (Umuarama), Maringá, Norte (Londrina), Centro-norte (Apucarana), Norte Pioneiro (Cornélio Procópio); e repasse de recursos para financiamento SAMU Regional.
- 4.** Implantação de atendimento e resgate aeromédico com helicópteros vinculados aos SAMUs/SIATEs e serviço de transporte aéreo de pacientes críticos com aeronave qualificada.
- 5.** Implementação de serviço de trauma / resgate – SIATE, mediante a ampliação e qualificação do serviço do SIATE, vinculando-o aos SAMUs Regionais, garantindo a regulação médica de todas as ambulâncias da frota.
- 6.** Implementação do serviço de transporte inter-hospitalar, qualificando o serviço de transporte de pacientes críticos, integrando-o aos SAMUs Regionais e ampliando sua capacidade de intervenção.
- 7.** Qualificação das equipes assistenciais de toda a rede de Urgência, Emergência, bem como das equipes de Vigilância em Saúde, abrangendo o processo de classificação de risco e protocolos assistenciais.
- 8.** Implantação da classificação de risco em todos os pontos de atenção, a partir da atenção primária e estendendo-se a todos os demais.
- 9.** Desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais na urgência e emergência baseado em evidências científicas, em todos os pontos de atenção da rede.
- 10.** Implantação de telemedicina/linhas de cuidado cardio-cerebro-vascular e trauma em serviços de referência nas três linhas de cuidado, garantindo suporte especializado para o processo de diagnóstico e de intervenção emergencial.
- 11.** Implantação de núcleo técnico de manejo de desastres, qualificando a resposta mediante equipamentos e protocolos técnicos e de gestão, potencializando a resposta do SAMU e do SIATE, e da Vigilância em Saúde, agregando à ação Defesa Civil.



**12.** Implantação de estratégias de prevenção de agravos e de eventos adversos em saúde de qualquer natureza, com desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à redução da incidência de agravos à saúde, com foco nas maiores causas de morbimortalidade, inclusive os relacionados ao trabalho.

**13.** Desenvolvimento da Operação Verão Saúde anual.

**14.** Estruturação da rede assistencial e de Vigilância em Saúde para o atendimento ao evento da Copa do Mundo 2014, e outros eventos de grande densidade populacional.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013 - 2015)

| METAS  |  | INDICADOR   |
|--|--|---|
| 2012   | 2013-2015  |   |
| Reduzir em 0,5% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010   | Reduzir, até 2015, em 2,9% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010  | Taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências                                |
| Reduzir em 1% a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos        | Reduzir, até 2015, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares em 4%, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos | Taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos |
| 60% da população coberta pelo SAMU   | 100% da população coberta pelo SAMU  | Cobertura populacional do SAMU no Estado do Paraná  |
| Ampliar em 1% o número das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências | Ampliar em 3% o número das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências     | Percentual de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada        |
| 30% das internações de urgência e emergência reguladas pela central de regulação   | 50% das internações de urgência e emergência reguladas pela central de regulação   | Proporção de internações de urgência e emergência reguladas                               |

## DIRETRIZ 3 - IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

De acordo com o IBGE 2010, o Paraná tem 10.444.526 habitantes e, desses, estima-se que 1.462.233 possuam algum tipo de deficiência. Partindo da premissa de que há subregistro do número de pessoas com deficiência, bem como dos tipos de deficiências que as mesmas portam, faz-se necessário implementar ações que visem melhorar a qualidade das informações. Partindo da perspectiva de propiciar atenção integral à saúde para pessoa com deficiência, o Estado segue as mesmas diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência, quais sejam: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços. E tem como desafio promover a garantia de acessibilidade e a implementação e criação de Políticas Públicas de Saúde, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência considerando, de forma qualificada, e em rede a atenção integral aos diferentes tipos de deficiência (motora, mental, visual e auditiva) promovendo autonomia, independência e melhoria das condições de vida desta população.

É de fundamental importância o papel da Rede de Atenção Primária em Saúde, pois, Unidades Básicas e na Estratégia de Saúde da Família, promovem ações informativas e educativas, de prevenção, de promoção e de cuidados à saúde, e a identificação precoce dos fatores desencadeantes e das diferentes tipos de deficiências junto à população.

### AÇÕES

1. Prestação de atenção à saúde, integral e qualificada, à pessoa com deficiência – PcD na atenção primária, secundária e terciária.
2. Implementação dos serviços de reabilitação, integrando-os à Rede da Pessoa com Deficiência, para garantir a assistência para a população.
3. Implementação de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências.
4. Promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais.

- 5.** Articulação com os três níveis de governo a viabilização de transporte acessível para atendimento às PcD, sempre que indispensável para a assistência.
- 6.** Implantação de equipes multidisciplinares nos Centros de Atenção Especializada nas 22 regiões de saúde do Estado, por meio do CIS-COMSUS.
- 7.** Prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar em reabilitação.
- 8.** Produção e impressão de material educativo, orientativo e de divulgação sobre e para Pessoas com Deficiência (física, visual, auditiva e intelectual) – Cartazes, folhinhos, cartilhas, CDs.
- 9.** Capacitação e qualificação dos profissionais da atenção primária no atendimento à Pessoa com Deficiência, valorizando o conhecimento da prática vivenciada pelas pessoas com deficiências.
- 10.** Promoção da melhoria do registro de dados sobre as pessoas com deficiência no Estado, em especial com relação à tipologia da deficiência, articulando a inclusão dessa informação nos Sistemas de Informação da Atenção Primária.
- 11.** Investimentos em estrutura equipamentos em Unidades de Saúde do SUS – observada a acessibilidade do usuário.
- 12.** Estruturação e funcionamento do Hospital Estadual de Reabilitação.
- 13.** Analisar os dados de informação referentes a acidentes que provocam incapacidade funcional e propor ações intersetoriais de enfrentamento a esses agravos.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| Implantar equipes multidisciplinares em Consórcio Intermunicipal de Saúde, localizados em 03 Regionais de Saúde | Ter, até 2015, equipes multidisciplinares implantadas em Consórcios Intermunicipais de Saúde, nas 22 RS | Nº de Regionais de Saúde com equipes multidisciplinares implantadas nos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS |
| Realizar teste de triagem auditiva em 100% dos Nascidos Vivos no Estado   | Realizar teste de triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos no Estado                                 | % de nascidos vivos que realizaram o teste da triagem auditiva  |
| Realizar teste do pezinho em 100% dos nascidos vivos no Estado.   | Realizar Teste do Pezinho em 100% dos Nascidos Vivos no Estado.   | % de nascidos vivos que realizaram o teste do pezinho.  |

### DIRETRIZ 4 - FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DO CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

É necessária a reestruturação da atenção à saúde mental no Paraná. O uso abusivo do álcool, das drogas em geral, e em especial o crack, disseminam-se pelo país e não é diferente no Paraná, e nos impõe a necessidade de incorporar novas alternativas de intervenção e de tratamento desse grave problema de saúde pública. Sendo assim, é um desafio construir um sistema de saúde capaz de enfrentar os determinantes e condicionantes da saúde, pois requer a estruturação de uma Rede de Atenção em Saúde organizada a partir da Atenção Primária em Saúde – caracterizada por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no individual e nos coletivos, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Considerando que as drogas de modo geral, com especial foco no alcoolismo e no crack, merecem uma atenção diferenciada propõe-se a implantação de serviços especializados para lidar com estas situações, por meio dos Centros de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas – CETRAD. Construir a Rede de Cuidados em Saúde Mental implica em articular ações intersetoriais, ou seja, para além dos serviços, que não se limitam às questões técnicas, mas inclui no escopo de competências, o trabalho com os demais equipamentos do território com vistas a ampliar saberes e aprimorar o

atendimento em Saúde Mental. Nesse sentido, pretende-se apoiar a implantação de equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade.

## AÇÕES

- 1.** Implantação e implementação, incluindo a criação de incentivos, para a Rede de Atenção à Saúde Mental no Estado do Paraná, com todos os seus pontos de atenção: ações de saúde mental na atenção primária, NASF, consultórios na rua, ambulatórios, CAPS, unidades de acolhimento transitório, serviços residenciais terapêuticos e leitos de internação para sofrimento ou transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- 2.** Organização dos serviços para a prevenção de agravos e promoção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, respondendo às demandas individuais e coletivas.
- 3.** Implantação no Paraná do tratamento das necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas com oferta de atividades de esporte, lazer, terapia ocupacional, biblioteca, cultura, em um ambiente que seja acolhedor para o jovem.
- 4.** Apoio técnico e financeiro à implantação de equipes comunitárias para a promoção à saúde mental, a prevenção dos agravos, o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade, tendo a vinculação e acolhimento como possibilidade de produção de saúde.
- 5.** Apoio aos municípios para a implantação de pontos de atenção à saúde mental e programas de reabilitação psicossocial em todas as regiões de saúde do Estado.
- 6.** Implementação da Educação Permanente e materiais técnicos para os profissionais de saúde, com ênfase nos profissionais da Atenção Primária à Saúde, com vistas à qualificação dos serviços.
- 7.** Promoção da articulação intersetorial com os diversos setores que atuam na atenção em Saúde Mental (Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança Pública e afins), propondo articulação em rede, com ações das diversas áreas e políticas sociais que garantam proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis à Saúde Mental.

8. Construção, estruturação e apoio ao custeio para o funcionamento de Centros de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas – CETRAD.
9. Implantação de ações de saúde mental por meio de equipes multiprofissionais nos ambulatorios dos consórcios em todas as regiões de saúde.
10. Elaboração, impressão e distribuição de materiais educativos e de orientação para profissionais e comunidade.
11. Implantação do Telessaúde para apoiar as equipes nos atendimentos em saúde mental.
12. Avaliação e Monitoramento da Rede de Atenção à Saúde Mental.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR  |
|---|---|--|
| 2012  | 2013-2015   |  |
| Ampliar a cobertura populacional atendida em CAPS, para 0,76 CAPS/100.000hab.                               | Ampliar, até 2015, a cobertura populacional atendida em CAPS, para 0,82 CAPS/100.000hab.  | Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por 100 mil habitantes.        |
| Implantar Centro de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CETRAD em 01 macrorregião estratégica. | Ter, até 2015, 04 Centros de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CETRAD, implantados em 04 macrorregiões estratégicas. | Número de Centros de Atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas - CETRAD, implantados. |
| Capacitar profissionais da Saúde em Saúde Mental  | Capacitar profissionais de saúde em Saúde Mental  | Número de profissionais de saúde capacitados em atenção à saúde mental.                    |

## DIRETRIZ 5 - IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

A nova característica demográfica do Paraná traz um grande desafio, que é prover assistência adequada a uma crescente população de idosos, que apresenta características próprias, diferentes das apresentadas pelas populações mais jovens. Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral crônicas, pela heterogeneidade, uso de múltiplos medicamentos, apresentação atípica de doenças, possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas,

risco de perda da autonomia e independência, demandas sociais e psicológicas específicas, necessidade de cuidados em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituições de longa permanência, centros dia e de convivência, serviços de reabilitação). Assim a atenção à saúde do idoso exige a criação de estrutura inovadora, que, integrando profissionais e serviços, seja capaz de atender a todas as necessidades desta população. Neste contexto, apresentamos a seguir as bases do planejamento para a Saúde do Idoso.

## AÇÕES

- 1.** Implantação da Rede de Atenção à Pessoa Idosa.
- 2.** Elaboração e Implantação da Linha Guia e protocolos de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.
- 3.** Capacitação da rede SUS, em saúde do idoso, com ênfase para aqueles que atuam na APS e nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família.
- 4.** Formação de profissionais da rede pública, nas áreas específicas de Geriatria e Gerontologia, para que possam vir a atuar como referências nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde da pessoa idosa.
- 5.** Capacitação contínua de cuidadores formais e informais da pessoa idosa, oferecendo suporte ao desempenho de sua função.
- 6.** Articulação com outras áreas de atuação para atendimento integral das demandas da população idosa.
- 7.** Promoção de ações, visando estimular a população para a adoção de estilo de vida saudável em todos os ciclos de vida, utilizando, para isso, processo contínuo de educação em saúde (incluindo aspectos sobre risco cardiovascular, prática de atividade física, nutrição, violência, saúde mental, sexualidade e prevenção DST/Aids) e oferta de serviços relacionados, a fim de contribuir para que os indivíduos alcancem idades avançadas com boas condições de saúde.
- 8.** Desenvolvimento de estratégias para prevenção de quedas na população idosa e para a prevenção, detecção e tratamento precoces da osteoporose.

9. Promoção de ações, em conjunto com outros setores do governo, que visem estimular e disponibilizar oportunidades para a população idosa para o treino cognitivo, enriquecimento das relações intergeracionais e participação social.
10. Implantação de programa de atenção à saúde da pessoa idosa residentes em instituições de longa permanência.
11. Ampliação e monitoramento do processo de implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Paraná.
12. Construção de novos indicadores, até 2014, que permitam, de fato, avaliar as condições de saúde da população idosa.
13. Implantação de equipe de atenção à saúde da pessoa idosa nos Centros de Atenção Especializada, por meio dos consórcios de saúde.
14. Estimular a implantação da atenção domiciliar para o atendimento da população idosa que necessita de cuidados especiais, conforme a Política Nacional estabelecida pelo Ministério da Saúde.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| Reduzir a taxa de internação por fratura de fêmur na população idosa, em relação ao ano de 2011 | Reduzir até 2015, a taxa de internação por fratura de fêmur, na população idosa, para $\leq$ a 19/10.000 idosos | Taxa de internação por fratura de fêmur   |
| Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos)                                       | - Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos)   | - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) |

SÉRIE HISTÓRICA 2000-2011: 18,45 / 18,39 / 22,71 / 20,68 / 20,54 / 21,89 / 21,31 / 18,77 / 18,77 / 20,65 / 22,25 / 20,16 (DADOS PRELIMINARES PARA 2011).



A fratura de fêmur em pessoas idosas ocorre, em 90% das vezes, em consequência de “queda”, sendo sua prevenção tema de grande complexidade, que envolve a saúde do idoso em todas suas facetas, exige o envolvimento de diferentes setores e demanda por mudança de hábitos de vida. Reduzir a ocorrência de quedas e do número de internamento de idosos por fratura de fêmur é, portanto, meta que se obterá a médio e longo prazo.

## **DIRETRIZ 6 - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Para que a Atenção Primária à Saúde assuma de fato seu papel no sistema de saúde – de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, coordenadora do cuidado dos usuários e responsável pelos resultados sanitários de uma determinada população, é necessária a criação de mecanismos de apoio para sua ampliação e consolidação e ações de reorientação das práticas profissionais voltadas à formação e qualificação das equipes de saúde.

O APSUS institui uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo a capacidade de gestão e qualificando o cuidado.

Como projeto estruturante, o APSUS é uma estratégia de reorganização dos sistemas municipais de saúde, na perspectiva da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Paraná. Tem como objetivos:

- Ordenar os processos de trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde que atuem ou não com a estratégia Saúde da Família.
- Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades Básicas de Saúde, com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS. Isso ocorrerá por meio do acesso a práticas orientadas a todos os usuários-famílias da comunidade, em todo o ciclo de vida, inclusive a fase laboral e produtiva, visando à garantia da integralidade da atenção, mediante oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.
- Instrumentalizar equipes locais e municipais com vistas às práticas da Vigilância em Saúde, com base na epidemiologia clínica e social.

- Implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as regiões do Estado, como enfoque prioritário às redes: Mãe Paranaense (materno-infantil), de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, de Atenção à Pessoa Idosa e de Atenção à Pessoa com Deficiência (Pcd).
- Mudar o modelo de atenção à saúde centrado nas condições agudas, para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão do caso e as tecnologias de promoção do autocuidado apoiado.
- Promover e implementar ações de Promoção da Saúde nas equipes de APS, e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

O APSUS compreende 3 componentes: Capacitação, Investimento na melhoria das Unidades Básicas de Saúde e Custeio das Ações da APS.

A capacitação das equipes, como primeiro componente, envolve os profissionais das Regionais de Saúde, Municípios e Universidades, por meio da realização de oficinas temáticas para as equipes da Atenção Primária dos municípios do Paraná. As oficinas têm o objetivo de fomentar a reflexão do trabalho das equipes e promover as mudanças no processo de trabalho, para a melhoria do acesso e da qualidade. São constituídas por módulos e realizadas para trinta e cinco mil trabalhadores e gestores em saúde, do Estado e dos municípios.

## OFICINAS PLANEJADAS

- 1ª** - As Redes de Atenção à Saúde no Paraná (realizada em setembro/2011);
- 2ª** - A Rede Mãe Paranaense (realizada em fevereiro/2012);
- 3ª** - A Rede de Urgência e Emergência (realizada em maio/2012);
- 4ª** - Sistemas de Informação (realizada em agosto/2012);
- 5ª** - Vigilância em Saúde (data a confirmar).

O segundo componente é a melhoria da estrutura das unidades de atenção primária, que prevê o financiamento para os municípios para investimento na APS, sendo que, para definir os

municípios que receberão investimentos em construções, reformas, ampliações e equipamentos, serão identificados os locais considerados vazios assistenciais em Atenção Primária à Saúde.

O terceiro componente é o custeio das ações da APS. Para cumprir com o objetivo de melhoria dos indicadores de saúde e da redução das desigualdades, a SESA elaborou o Fator de Redução das Desigualdades para a Alocação de recursos Estaduais destinados à Atenção Primária no Paraná.

Os recursos do Incentivo Estadual para o custeio e qualificação das ações da APS serão definidos com base no Fator de Redução das Desigualdades, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite de fevereiro de 2012.

O critério adotado para a criação do Fator de Redução das Desigualdades é a classificação dos municípios, de acordo com uma pontuação que varia de 0 a 10, calculada a partir da média ponderada dos indicadores abaixo, com a atribuição dos seguintes pesos:

- PIB per capita (peso 2)
- Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1)
- Percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1)
- Grau de Urbanização (peso 1)
- Índice IPARDES de Desempenho Municipal (peso 1)

## AÇÕES

- 1.** Implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS como estratégia de diagnóstico, planejamento e implementação de ações de saúde nos 399 municípios do Paraná.
- 2.** Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do sistema de saúde com vistas à implementação das Redes de Atenção à Saúde no Estado.
- 3.** Identificação e mapeamento dos vazios assistenciais na atenção primária, a fim de orientar as prioridades de investimento e reduzir deficiências estruturais nos serviços.
- 4.** Implantação da Educação Permanente para as equipes da APS.

- 5.** Capacitação das equipes da Atenção Primária em Saúde.
- 6.** Expansão das equipes de APS e implementação da estratégia Saúde da Família nos municípios com baixa cobertura da estratégia.
- 7.** Qualificação do trabalho das equipes de APS.
- 8.** Implantação dos contratos de gestão entre Regionais de Saúde da SESA e Municípios, com vistas ao compromisso dos municípios com a qualidade e os resultados da atenção à saúde.
- 9.** Investimento no custeio da APS, com base em critérios epidemiológicos e sociais, visando à redução de iniquidades regionais.
- 10.** Investimento na melhoria da estrutura de Unidades Básicas de Saúde mediante a reforma, ampliação e/ou construção de Unidades de Atenção Primária.
- 11.** Apoio para a expansão da implantação das Equipes de Saúde da Família, com vistas à qualidade da atenção e impacto sobre indicadores de saúde.
- 12.** Ampliação do acesso de grupos da população com vulnerabilidades sociais às ações e serviços da Atenção Primária;
- 13.** Ampliação do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, conforme necessidades das regiões de saúde do Estado.

## **AÇÕES DE SAÚDE BUCAL**

- 1.** Implementação das ações de Saúde Bucal na APS.
- 2.** Estímulo aos municípios para a implantação dos Centros de Especialidades e Laboratórios de prótese dentária.
- 3.** Implementação de ações em Saúde Bucal na Rede Mãe Paranaense.
- 4.** Fortalecimento de ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de doenças bucais, como, por exemplo, a escovação supervisionada e bochechos com flúor.
- 5.** Incremento do diagnóstico e detecção do Câncer Bucal.
- 6.** Implantação do atendimento odontológico na rede de atenção hospitalar.

7. Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade, sobre atenção em saúde bucal.

## AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

1. Capacitação e qualificação de profissionais da atenção primária em saúde para atenção integral à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, climatério e menopausa;

2. Estímulo para desenvolvimento de políticas de atenção à saúde da mulher, junto aos municípios, que propiciem a atenção integral às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, inclusive com a implantação de estratégias que viabilizem o atendimento das mulheres trabalhadoras.

3. Implementação de educação em saúde e campanhas para a população, que visem promoção e prevenção em saúde da mulher em todos os ciclos de vida.

4. Avaliação dos serviços públicos e privados, que atendam à legislação vigente, potencialmente aptos para realizarem procedimentos de reprodução assistida.

## AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM

1. Implantação e/ou estímulo aos serviços de saúde, ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade.

2. Formação e qualificação dos profissionais de saúde da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.

3. Promoção de ações integradas com outras áreas governamentais.

4. Estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal, enfocando a paternidade responsável.

5. Apoio a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica.

6. Promoção de ações de prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.

- 7.** Capacitação de profissionais de saúde para a atenção às disfunções sexuais masculinas.
- 8.** Estabelecimento de parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a promoção à Saúde do Homem.
- 9.** Ampliação de ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde.
- 10.** Construção de indicadores da Saúde do Homem, para monitoramento do acesso e das ações realizadas nos serviços de saúde.

## **AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER**

- 1.** Monitoramento e Controle de Qualidade dos exames laboratoriais, citopatológicos e histológicos, do colo de útero, da mama, e de boca, por meio de instituição devidamente capacitada para esse trabalho, que também deverá fazer a assessoria técnica aos laboratórios vinculados, à educação continuada e ao treinamento dos médicos patologistas e citopatologistas, técnicos e funcionários dos laboratórios de Anatomia Patológica e Citopatologia, assim como a divulgação para o meio médico e população em geral e população dos resultados obtidos;
- 2.** Estruturação do Centro de Laudos para mamografia na SESA.
- 3.** Capacitação dos profissionais das Regionais de Saúde para trabalhar com os sistemas de informação sobre o Câncer.
- 4.** Realização de encontros anuais, para coordenadores municipais e Regionais do Programa do Câncer, para monitoramento e avaliação das ações, inserindo as recomendações do INCA para o rastreamento organizado do câncer de colo de útero e de mama, que inclui 100% de seguimento das mulheres com exames citopatológicos ou mamografias alterados.
- 5.** Aquisição e distribuição dos Kits de exames citopatológicos de colo de útero.
- 6.** Elaboração de materiais educativos, informativos e de campanha.
- 7.** Elaboração de Diagnóstico Situacional do Câncer Infantil no Estado do Paraná, de modo a orientar ações a serem implementadas para essa população.

## AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- 1.** Articulação junto à Secretaria de Estado da Educação (SEED) de estratégias para acompanhamento da saúde da criança e adolescente em idade escolar.
- 2.** Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente nos municípios do Estado.
- 3.** Estímulo para expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) em todos os municípios paranaenses.
- 4.** Estímulo para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a capacitação das equipes de atenção primária em saúde em tecnologias de abordagens significativas para a população adolescente, em especial aos adolescentes vulneráveis.
- 5.** Habilitação do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei.
- 6.** Implantação de incentivo financeiro para os municípios sede de CENSE para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde.
- 7.** Estímulo para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente, de caráter intersetorial, com grupos multiprofissionais e multidisciplinares, em todos os municípios, incluindo aspectos sobre: sexualidade, gravidez precoce, prevenção de DST/Aids, prática de atividade física, nutrição, violência, uso de álcool e drogas.

## AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

- 1.** Capacitação de equipes técnicas, gestores regionais e municipais, nas ações da área de Alimentação e Nutrição.
- 2.** Elaboração e distribuição de materiais educativos sobre promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis para utilização em ações de educação, promoção e prevenção em saúde.
- 3.** Monitoramento: da situação alimentar e nutricional dos usuários da rede de atenção primária em saúde do SUS por meio do Sistema de Vigilância Alimentar – SISVAN; do acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários

do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa Leite das Crianças; da implantação da Estratégia Nacional da Promoção da Alimentação Complementar Saudável ) (ENPACS); e outras ações da área de Alimentação e Nutrição.

## **AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO**

- 1.** Monitoramento e acompanhamento dos ambulatórios que oferecem o tratamento ao fumante.
- 2.** Sensibilização dos Núcleos Regionais de Educação (NRE).
- 3.** Elaboração e distribuição de materiais educativos aplicados na promoção da saúde, voltados ao controle do tabagismo.
- 4.** Parceria com a Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento nas ações educativas e de saúde no Programa de Reconversão da Fumicultura.
- 5.** Capacitação dos profissionais de saúde, referente às ações educativas para o cumprimento da Lei Antifumo.
- 6.** Implantação do Programa Saber Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Educação.
- 7.** Participação nas ações educativas de promoção da saúde e prevenção na aplicação da Lei Antifumo, em parceria com a área de Vigilância em Saúde.
- 8.** Manutenção de parceria com outras instituições para o desenvolvimento de pesquisa.

## **AÇÕES DE PREVENÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR**

- 1.** Capacitação de gestores e profissionais de saúde.
- 2.** Sensibilização da população sobre o risco cardiovascular, por meio da elaboração de material educativo, palestras, divulgação na mídia falada e escrita, campanhas.
- 3.** Elaboração e implantação de linhas-guia estaduais.
- 4.** Elaboração de fluxos e condutas do Estado.



## AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

1. Capacitação e monitoramento das equipes das Regionais de Saúde e Municípios do Estado, quanto ao enfrentamento da violência.
2. Elaboração e divulgação da Linha Guia de Atenção à Mulher em Situação de Violência.
3. Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade.
4. Implantação de ações conjuntas com a Secretaria de Segurança na divulgação dos riscos, na prevenção da violência e na atenção às vítimas de violência.

## AÇÕES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

1. Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem surgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, ou seja: a população está envelhecendo e com isso aumentando a prevalência de doenças crônicas. Dessa forma, urge a necessidade de alternativas assistenciais para atender a essa crescente demanda.

## SERVIÇO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA - ODP

1. Implantação do Protocolo de Atendimento do Serviço de ODP, formalizando critérios clínicos e administrativos, assim como atribuindo responsabilidades às partes envolvidas no processo (secretarias, prestador de serviço e usuário), para o atendimento dos usuários que necessitam de atendimento domiciliar de oxigenoterapia.
2. Capacitação de gestores e profissionais de saúde.
3. Elaboração e confecção de material educativo.
4. Ampliação do número de aparelhos (concentradores de oxigênio e ventiladores não invasivos), atualmente locados pela SESA, de forma a atender à demanda reprimida.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS  |  | INDICADOR  |
|--|--|--|
| 2012   | 2013-2015  |  |
| 56% de cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária     | 60% de cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária     | Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária                |
| 22,30% de internações por causas sensíveis da Atenção Primária               | 21,90% de internações por causas sensíveis da Atenção Primária               | Proporção de internações por causas sensíveis da Atenção Primária                |
| 4,5% de ação coletiva de escovação dental supervisionada                     | 4,75% de ação coletiva de escovação dental supervisionada                    | Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada                        |
| 82% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família        | 85% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família        | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família      |
| 40% de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal          | 45% de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal          | Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.            |
| 0,75 exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos | 0,75 exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos | Razão de exames citopatológicos de colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos |

### DIRETRIZ 7 - MELHORIA DO ACESSO E DO CUIDADO DAS COMUNIDADES VULNERÁVEIS (POPULAÇÃO NEGRA, INDÍGENA, POPULAÇÕES PRIVADAS DE LIBERDADE)

Pensando em um conceito de vulnerabilidade mais amplo, que ultrapassa o clássico conceito de risco, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos e considerando que o Sistema Único de Saúde tem entre seus eixos a equidade, as políticas de saúde devem estar atentas para a identificação de problemas relativos às populações em situação de vulnerabilidade.

Verificando essa situação e entendendo que deve haver um incremento na estratégia de planejamento de ações voltadas à saúde das populações em situação de vulnerabilidade, a SESA desenvolverá um conjunto de ações destinadas a essas populações.

As diretrizes observadas para a efetivação das ações serão a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cujo propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito à saúde para esta população e a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem como objetivo organizar o acesso da população, Penitenciária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Além desses dois segmentos populacionais, a Saúde dos Indígenas também será objeto de trabalho.

## AÇÕES

- 1.** Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por meio de capacitação de profissionais de saúde das regionais de saúde e municípios em saúde da população negra.
- 2.** Implantação de critérios de classificação de risco para as gestantes e crianças negras e indígenas.
- 3.** Implantação do protocolo de investigação da mortalidade materna e infantil nas áreas indígenas.
- 4.** Implantação do exame de eletroforese de hemoglobina, no pré-natal das gestantes negras, e diagnóstico precoce de anemia falciforme por meio do teste do pezinho.
- 5.** Elaboração e distribuição de material educativo e informativo, para a população e profissionais de saúde, sobre temas inerentes à saúde das comunidades vulneráveis.
- 6.** Sensibilização das equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI para adesão à Rede Mãe Paranaense e para as demais ações voltadas às condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.
- 7.** Sensibilização das equipes de saúde dos municípios com Comunidades Quilombolas, para o desenvolvimento de ações que garantam a atenção integral à saúde dessa população, inclusive com a manutenção do Incentivo Estadual para Comunidades Quilombolas.
- 8.** Revisão do Plano Operativo Estadual (POE) de Saúde no Sistema Penitenciário, em conjunto com a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos – SEJU.

9. Estabelecer parcerias com a Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social (SEDS) e Municípios para o desenvolvimento de ações em saúde, por meio de equipe multiprofissional, buscando garantir atenção integral às pessoas privadas de liberdade.

10. Capacitação de profissionais das Regionais de Saúde, Municípios, Ambulatórios das Unidades Penais e CENSES em saúde das pessoas privadas de liberdade.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS  |   | INDICADOR  |
|--|---|--|
| 2012   | 2013-2015   |  |
| 70% das áreas indígenas com protocolo de estratificação de risco para a gestante implantado        | 100% das áreas indígenas com protocolo de estratificação de risco para a gestante implantado  | Percentual de áreas indígenas com protocolo de estratificação de risco para a gestante implantado                        |
| 30% das áreas indígenas com protocolo de investigação da mortalidade materna e infantil implantado | 100% das áreas indígenas com protocolo de investigação de mortalidade materna e infantil implantado, até 2015 (50% 2013; 70% em 2014) | Percentual de áreas indígenas com protocolo de investigação da mortalidade materna e infantil implantado                 |
| 30% de municípios desenvolvendo ações voltadas para as comunidades quilombolas                     | 100% de municípios desenvolvendo ações voltadas para as comunidades quilombolas, até 2015 (50% 2013; 70% em 2014)                     | Percentual de municípios desenvolvendo ações em saúde voltadas para as comunidades quilombolas                           |
| 40% das Regionais com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra implantada          | 100% das Regionais de Saúde com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra implantada                                   | Percentual de regionais de saúde com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra implantada                 |
| 40% das equipes de Saúde das Unidades Penais com cadastro no CNES                                  | 100% das equipes de Saúde das Unidades Penais com cadastro no CNES  | Percentual das equipes de saúde das Unidades Penais cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) |
| 40% das equipes de Saúde das Unidades Penais capacitadas   | 100% das equipes de Saúde das Unidades Penais capacitadas   | Percentual das equipes de saúde das Unidades Penais capacitadas  |

## DIRETRIZ 8 - FORTALECIMENTO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE

Essa Diretriz se guiará pelas estratégias de implantação e implementação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – COMSUS, e o fortalecimento da CIB Estadual e das 22 CIBs Regionais.

O COMSUS tem como propósito qualificar a atenção ambulatorial secundária, os sistemas de apoio e logísticos em todas as regiões de saúde, contribuindo para a organização das redes de atenção à saúde prioritárias, para atender às necessidades de saúde da população do Estado. Seu principal objetivo é implantar os centros regionais de especialidade em todas as regiões de saúde do Estado, mediante parceria firmada entre os Consórcios e a SESA/PR.

### AÇÕES

- 1.** Construção, ampliação e reforma de Centros Regionais de Especialidades, em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, visando melhorar o acesso da população e seu atendimento.
- 2.** Aquisição de equipamentos para os Centros Regionais de Especialidades de acordo com as necessidades decorrentes da implantação das redes de atenção à saúde.
- 3.** Implantação de incentivo para o custeio dos Centros Regionais de Especialidades mediante parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, considerando as desigualdades regionais.
- 4.** Implantação de processo de qualificação gerencial em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde.
- 5.** Implantação do Sistema Regional de Transporte Sanitário.
- 6.** Ampliação do acesso a exames de imagem, por meio de criação de Central de Laudos à Distância.
- 7.** Construção, Ampliação e Reforma de Regionais de Saúde

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| Implantar o COMSUS junto aos 25 CIS do Estado do Paraná   | Manter as ações do COMSUS em todas as regiões de saúde  | Número de CIS que aderiram ao COMSUS  |
|   | Construir, ampliar ou reformar 22 Centros Regionais de Especialidades                             | Número de Centros Regionais de Especialidades construídos, ampliados ou reformado                   |
| Repasse de recursos para aquisição de equipamentos para os 25 Centros Regionais de Especialidades | Repasse de recursos para aquisição de equipamentos para os 25 Centros Regionais de Especialidades | Número de Centros Regionais de Especialidades que receberam recursos para aquisição de equipamentos |
| 03 Oficinas   | 04 Cursos e 04 Oficinas   | Número de Cursos realizados em parceria com os Consórcios, voltados à gestão em saúde               |
| Implantar 01 Sistema  | Implantar 21 Sistemas   | Número de Sistemas Regionais de Transporte Sanitário implantados                                    |
|   | Implantar 01 Central Estadual – 2013  | Número de Centrais de Laudos à Distância implantadas  |
| Construir, ampliar ou reformar 08 Regionais de Saúde  | Construir, ampliar ou reformar 14 Regionais de Saúde  | Número de Regionais de Saúde construídas, ampliadas ou reformadas                                   |

## DIRETRIZ 9 - ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS

Com base em levantamento realizado em 2011, foram definidas as necessidades de reestruturação física das unidades próprias, bem como a priorização de algumas ações referentes à gestão administrativa das unidades. As Leis Orçamentárias Anuais, elaboradas a partir do PPA 2012-2015, definem o Programa de Obras a serem executados nas unidades próprias da SESA. O anexo do Programa de Obras da Lei n.º 17.012, de 14/12/2011, apresenta entre outras as obras previstas pela SESA.

## AÇÕES

1. Reestruturação das áreas físicas das unidades próprias já existentes.
2. Conclusão da obra do Hospital em Telêmaco Borba, com a inclusão no projeto de construção e ampliação dos leitos para a criação da UTI (Unidade Terapia Intensiva).
3. Aquisição de equipamentos para os Hospitais de acordo com as necessidades de abertura de novos leitos e serviços e a implantação nas redes de atenção à saúde.
4. Implantação de um sistema informatizado que contemple todas as necessidades da gestão hospitalar, integrando os hospitais entre si e monitorado pela SESA.
5. Implantação de um Programa de Qualidade que proporcione condições para a garantia da qualidade e eficiência dos serviços prestados.
6. Implantação da Gestão de Custos Hospitalares para a garantia da otimização dos recursos públicos.
7. Implantar ações para o aumento da produtividade hospitalar e ambulatorial.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |  | INDICADOR  |
|---|--|--|
| 2012  | 2013-2015  |  |
| Concluir a obra do Hospital Telêmaco Borba e elaborar o projeto para UTI  | Concluir a obra da UTI do Hospital de Telêmaco Borba   | Obra concluída   |
| Elaborar e incluir na LOA 2013, o Programa de Estruturação dos Hospitais Próprios do Estado do Paraná com recursos para investimento, custeio e capacitação | Construir, ampliar ou reformar 22 Centros Regionais de Especialidades  | Número de Centros Regionais de Especialidades construídos, ampliados ou reformados       |
|   | Implantar o Programa de Estruturação dos Hospitais Próprios do Estado do Paraná com recursos para investimentos, custeio e capacitação | Programa implantado  |
| Acreditar 01 (uma) unidade hospitalar em nível I pela ONA – Organização Nacional de Acreditação   | Acreditar as demais unidades hospitalares em nível I pela ONA – Organização Nacional de Acreditação                                    | Unidades hospitalares acreditadas nível I pela ONA – Organização Nacional de Acreditação |

| METAS   |  | INDICADOR  |
|---|--|--|
| 2012  | 2013-2015  |  |
| Elaborar o plano de ação para a implantação da gestão de custos hospitalares nos hospitais próprios, a partir de 2013 | Implantar a gestão de custos hospitalares em todos os hospitais próprios   | Unidades hospitalares com sistema de gestão de custos implantado                   |
| Aumentar em 5% a produtividade hospitalar e 5% da produtividade ambulatorial  | Aumentar em 5% a produtividade hospitalar e 10% a produtividade ambulatorial, ao ano   | Percentual de ocupação dos leitos hospitalares e capacidade produtiva ambulatorial |
| Elaborar o projeto de construção da FASE II do LACEN GUATUPÊ  | Concluir a Obra da FASE II do LACEN GUATUPÊ  | Obra concluída   |
| Capacitar 30% dos profissionais da rede nas áreas de hemoterapia e hematologia  | Capacitar 40% dos profissionais da rede nas áreas de hemoterapia e hematologia   | Capacitações concluídas  |
|   | Ampliar a área física do Hemonúcleo coordenador  | Ampliação concluída  |
| Construir a Unidade de Coleta de Paranaguá, Telêmaco Borba e Cianorte, e o Hemonúcleo de Paranaíba                    | Construir a Unidade de Coleta de Toledo, Hemonúcleo de Foz do Iguaçu e Sala de Coleta do Hospital do Trabalhador em Curitiba | Obras concluídas   |

## DIRETRIZ 10 - PROMOÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO A MEDICAMENTOS SEGUROS, EFICAZES E DE QUALIDADE, GARANTINDO SUA ADEQUADA DISPENSAÇÃO.

As seguintes ações contribuirão para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Paraná, tornando a Assistência Farmacêutica um sistema fundamental para a organização das redes de atenção à saúde no Estado, por meio do Programa Farmácia do Paraná:

1. Estruturação das Farmácias, das Seções de Insumos Estratégicos e dos Almojarifados das 22 Regionais de Saúde e do Centro de Medicamentos do Paraná – CEMEPAR.
2. Qualificação da Assistência Farmacêutica, por meio de capacitações de profissionais que atuam nesse âmbito, em municípios e RS, em parceria com o Consórcio Paraná Saúde, com foco nas áreas de gestão do medicamento e no desenvolvimento de habilidades clínicas.



- 3.** Repasse financeiro referente à contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica aos municípios não consorciados e ao Consórcio Paraná Saúde, estratégia que consolida a aquisição de medicamentos destinados à Atenção Primária em Saúde.
- 4.** Recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica às RS, com posterior distribuição aos municípios paranaenses.
- 5.** Aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, mantendo a regularidade do atendimento dos usuários cadastrados junto às RS.
- 6.** Aquisição dos medicamentos dos programas especiais da SESA, bem como o recebimento, armazenamento e distribuição, para posterior dispensação aos usuários cadastrados junto às RS ou atendidos nas unidades próprias da SESA.
- 7.** Implantação do Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica. Em 2012, o referido incentivo foi pactuado em CIB (Deliberação nº 25/2012) e publicado por meio da Resolução SESA nº 139/2012, com o objetivo de contribuir para a organização dos serviços farmacêuticos nos municípios paranaenses. Destina-se inicialmente a 111 (cento e onze) municípios com população abaixo de 10.000 habitantes, elencados em ordem crescente, conforme o fator de redução das desigualdades regionais para alocação de recursos estaduais. A transferência dos recursos dar-se-á do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |  | INDICADOR   |
|---|--|---|
| 2012  | 2013-2015  |   |
| Estruturar (adequar, reformar, ampliar, ou construir) 09 (nove) Farmácias das RS, de acordo com o previsto no PPA:<br>Construção: 1ª RS; Ampliação: 11ª, 13ª, 14ª, 16ª e 18ª RS; Adequação do CRE Marechal – 2ª RS; Locação e Adequação: 6ª e 7ª RS; Adequação: 3ª, 10ª, 15ª, 17ª, 19ª e 22ª RS | Estruturar 13 (treze) Farmácias das RS   | Número de Farmácias estruturadas  |
| Realizar 02 (dois) eventos para capacitação de farmacêuticos sobre a gestão técnica do medicamento e habilidades clínicas aplicadas à assistência farmacêutica  | Realizar 06 (seis) eventos para capacitação de farmacêuticos sobre a gestão técnica do medicamento e habilidades clínicas aplicadas à assistência farmacêutica | Número de eventos realizados para capacitação   |
| Implantar o Incentivo à Organização da AF em 111 municípios paranaenses com até 10.000 habitantes   | Estender a implantação do Incentivo à Organização da AF para todos os municípios paranaenses com menos de 20.000 habitantes                                    | Número de municípios com menos de 10.000 hab. (2011) e com menos de 20.000 hab. (2013 a 2015) que aderiram ao Incentivo |

### DIRETRIZ 11 - PROMOÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE POR MEIO DO COMPLEXO REGULADOR

O controle de acesso do paciente ao Sistema de Saúde deve garantir a equidade na alocação de recursos, além de priorizar os casos mais graves em que o tempo-resposta do atendimento deve ser mais curto. A simples existência de Centrais de Regulação de Emergência do SIATE e do SAMU, e das Centrais de Leitos Macrorregionais e Estadual, não garante a necessária continuidade do cuidado aos pacientes, notadamente quando há concorrência das demandas de emergência, urgência e eletivas pelo mesmo leito. Os atuais sistemas operacionais, bem como fluxos de trabalho não interconectados, permitem a gestão parcial de pequena porção da demanda, o que por si só inviabiliza o controle de fluxo e a adoção de medidas assistenciais oportunas. Desta forma, a implantação de um Complexo Regulador da Assistência, criando as necessárias interfaces entre os diferentes níveis de gestão e controle, permitirá implemento significativo no processo de assistência qualificada às demandas da população.

A implantação do Complexo Regulador da Assistência e a consequente integração de centrais de regulação de emergência, de leitos e de consultas, propicia ao cidadão o acesso único, qualificado e resolutivo aos serviços de urgência, com garantia de atendimento pré-hospitalar rápido e com otimização de recursos, garantindo interfaces com outros serviços de urgências e outras unidades reguladoras. Corresponde a uma integração operacional de acesso e garantia de fluxos, tendo em vista o resultado mais eficaz possível, com economia de escala e de escopo.

Considerados pontos de gestão da rede, serão 04 (quatro) Complexos Reguladores Macrorregionais implantados no Estado, localizados em: Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel, além das 08 (oito) Centrais Integradas correspondentes às sedes das Centrais de Regulação dos SAMUs Regionais.

Para a implantação desses Complexos Reguladores, é necessária a adaptação de áreas pré-existentes bem como construção de novas áreas, permitindo assim a junção dos diferentes serviços em áreas contíguas – Central de Regulação do SAMU, Centrais de Leitos Municipal e Estadual, e a Central Estadual de Regulação, permitindo o exercício concreto da Regulação da Rede. Estão previstas também a integração com outras centrais de emergências como SIATE, Bombeiros, Defesa Civil, etc.

O requisito essencial para a implantação eficaz do Complexo Regulador é a existência de um Sistema Operacional de Gestão e Regulação, com recursos técnicos e capacidade de viabilizar controle integral da oferta de leitos e serviços em tempo real. Adicionalmente, deve monitorar todo paciente atendido a partir do SAMU, vinculando-o ao atendimento prestado nas diferentes Unidades Assistenciais, garantindo a rastreabilidade de todo o processo, permitindo ainda a adoção de sistema de classificação de risco individual como forma de ordenar a assistência. Com essas ferramentas, a equipe de regulação (tanto da emergência/SAMU quanto de leitos) tem capacidade de garantir a melhor resposta possível às diferentes demandas além de gerenciar a ocupação e utilização eficaz dos serviços assistenciais disponíveis.

## AÇÕES:

1. Implantação do Complexo Regulador Estadual, com previsão de conclusão em 2014.
2. Implantação do Sistema de Gestão Estadual de Regulação Assistencial do SUS.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS  |  | INDICADOR  |
|--|--|--|
| 2012   | 2013-2015  |  |
| Iniciar a estruturação ou reestruturação das Centrais instaladas em Curitiba, Maringá, Londrina e Cascavel | Concluir a estruturação/reestruturação das 04 Centrais Macrorregionais | Número de centrais macrorregionais de regulação estruturadas ou reestruturadas.  |
| Contratar o Sistema de Gestão Estadual de Regulação Assistencial do SUS                                    | Concluir a implantação do Sistema                                      | Sistema de Gestão Estadual de Regulação Assistencial do SUS/PR implantado, conforme requisitos e critérios definidos em contrato |

### DIRETRIZ 12 - IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO EM SAÚDE, COORDENANDO E REGULANDO AS AÇÕES DE FORMA ARTICULADA E INTEGRADA INTRA E INTERSETORIALMENTE E COM A SOCIEDADE CIVIL EM ÂMBITO ESTADUAL E REGIONAL

A Vigilância em Saúde é um conjunto articulado de ações que, com atribuições complementares nas três esferas do Sistema Único de Saúde, analisa a situação de saúde, identifica e controla determinantes, riscos e danos à saúde da população, sob a ótica da integralidade, da prevenção, da atenção e da promoção da saúde, com abordagens individuais e coletivas dos problemas.

Incluem-se neste conceito as ações das seguintes áreas:

- 1. Vigilância Epidemiológica:** responsável pela análise da situação de saúde, controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, agravos emergentes, eventos inusitados, bem como a detecção de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva;
- 2. Vigilância Sanitária:** responsável pelas ações que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde;
- 3. Vigilância em Saúde Ambiental:** visa à detecção de mudanças nos fatores condicionantes e determinantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, controlando água, lixo, dejetos, contaminantes químicos, vetores, zoonoses, animais peçonhentos, entre outros;
- 4. Vigilância em Saúde do Trabalhador:** visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, integrando ações de intervenção nos agravos e seus determinantes decorrentes dos processos produtivos;

**5.** Promoção em Saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela determinação e controle de doenças e agravos crônicos e agudos à saúde.

## **AÇÕES: REESTRUTURAÇÃO, REORGANIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.**

- 1.** Monitoramento e gerenciamento dos riscos à saúde decorrentes de ambientes, processos de trabalho, produtos e serviços de interesse da saúde pública.
- 2.** Monitoramento e gerenciamento dos riscos à saúde decorrentes de eventos adversos, doenças e agravos inusitados, surtos, epidemias e emergências em saúde pública.
- 3.** Implementação de ações da vigilância epidemiológica e epidemiologia das doenças infecciosas, transmissíveis, não transmissíveis e agravos à saúde mediante o monitoramento, análise de dados e informações, prevenção, promoção e proteção da saúde.
- 4.** Implementação da rede de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST), conforme política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador.
- 5.** Implantação e implementação da rede estadual de laboratórios de saúde pública.
- 6.** Ampliação e modernização da produção de imunobiológicos e desenvolvimento de pesquisas.
- 7.** Inserção de inovações científicas e tecnológicas no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde.
- 8.** Articulação intrasetorial e intersetorial com planejamento e proposição de ações prioritárias e de intervenção de interesses do setor saúde nas políticas públicas.
- 9.** Desenvolvimento de ações de educação permanente em Vigilância em Saúde, com a realização de cursos básicos de capacitação técnica, especialização e mestrado.
- 10.** Implantação do Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde – VIGIASUS.

**11.** Estruturação e implantação do Programa Saúde do Viajante do Estado do Paraná e eventos de massa e Copa do Mundo de Futebol de 2014.

**12.** Implementação de programas com ações em regiões estratégicas como o Litoral (ProMar) e Fronteira Oeste (ProOeste).

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| 100% dos municípios desenvolvendo ações de vigilância em saúde.   | 100% dos municípios desenvolvendo ações de vigilância em saúde.   | Percentual de municípios com ações de vigilância em saúde.  |
| Desenvolver o Programa Estadual de Controle da Dengue, visando à prevenção de epidemias e óbitos, reduzindo em 80% o nº absoluto de óbitos.       | Desenvolver o Programa Estadual de Controle da Dengue, visando a prevenção de epidemias e óbitos reduzindo em 80% o nº absoluto de óbitos.        | Número de casos confirmados/100 mil habs. e taxa de letalidade de casos graves.   |
| Realizar investigação em 100% dos eventos adversos à saúde de qualquer natureza, de notificação compulsória, bem como outros eventos de interesse | Realizar investigação em 100% dos eventos adversos à saúde de qualquer natureza, de notificação compulsória, bem como outros eventos de interesse | Percentual de investigação realizada sobre a notificação  |
| Investigar 70% dos óbitos infantis (menor 01 ano), 60% dos óbitos fetais com mais de 2.500 gramas e 92% dos óbitos de mulheres em idade fértil    | Investigar 80% dos óbitos infantis (menor 01 ano), 70% dos óbitos fetais com mais de 2.500 gramas e 95% dos óbitos de mulheres em idade fértil    | Percentual de óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil investigados  |
| Atingir as coberturas vacinais e a homogeneidade vacinal preconizadas pelo Ministério da Saúde  | Atingir as coberturas vacinais e a homogeneidade vacinal preconizadas pelo Ministério da Saúde  | Percentual de cobertura vacinal, por imunobiológico;<br>Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, por imunobiológico |
| Curar 90% dos casos diagnosticados de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano da coorte   | Aumentar em 1% ao ano, em relação ao ano anterior, a taxa de cura de hanseníase no ano da coorte, atingindo 93% em 2015                           | Taxa de cura em hanseníase dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes  |

| METAS  |  | INDICADOR   |
|--|--|---|
| 2012   | 2013-2015  |   |
| Curar 76% dos casos diagnosticados de tuberculose  | Aumentar em 3,0% ao ano, em relação aos anos anteriores, a taxa de cura de tuberculose, atingindo 85% em 2015  | Taxa de cura dos casos novos diagnosticados nos anos da coorte  |
| Reduzir a taxa de abandono ao tratamento de tuberculose para 6,0%  | Reduzir em 0,5% ao ano, em relação ao ano anterior a taxa de abandono ao tratamento de tuberculose, atingindo menos de 5,0%, em 2015   | Taxa de abandono ao tratamento de tuberculose   |
| Detectar uma taxa de 11,0/100.000 hab., de portadores de Hepatite B  | Aumentar em 1,0/100.000 ao ano, em relação ao ano anterior, a taxa de detecção de portadores de Hepatite B, atingindo 14,0/100.000 hab. em 2015  | Taxa de detecção de HVB por 100.000 ao ano  |
| Detectar uma taxa de incidência de 8,03/100.000 hab., de portadores de hepatite C crônica  | Aumentar em 10% ao ano, em relação ao ano anterior, a taxa de detecção de portadores de hepatite C crônica atingindo 10,7/100.000 em 2015  | Taxa de detecção de HVC por 100.000 ao ano  |
| Ampliar as notificações de agravos e doenças em saúde do trabalhador em 10% em conformidade com a Portaria MS 104/2011   | Ampliar as notificações de agravos e doenças em saúde do trabalhador em 10% em conformidade com a Portaria MS 104/2011   | Percentual de notificações de agravos e doenças em Saúde do Trabalhador                                   |
| Ampliar em 5% ao ano a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez, tendo como referência 40% da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem | Ampliar em 5% ao ano a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez, tendo como referência 40% da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem | Número de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez/ano |
| Apoiar a implantação de Núcleo de Prevenção da Violência em um município de cada Regional de Saúde   | Apoiar a implantação de Núcleo de Prevenção da Violência em um município de cada Regional de Saúde   | Número de municípios que implantaram o Núcleo em cada Regional de Saúde.                                  |
| Aumentar em 10% a produção de imunobiológicos, antígenos e insumos   | Aumentar a produção de imunobiológicos, antígenos e insumos em 30% até 2015  | Número de frascos produzidos/ano.   |

| METAS  |  | INDICADOR  |
|--|--|--|
| 2012   | 2013-2015  |  |
| Reduzir em 5% ao ano o diagnóstico tardio da infecção por HIV  | Reduzir em 5% ao ano o diagnóstico tardio da infecção por HIV  | Proporção de pacientes HIV+ com o 1º CD4 inferior a 350cl/mm3 registrado no SISCEL.        |
| Reduzir em 5% ao ano a transmissão vertical de sífilis congênita em crianças   | Reduzir em 5% ao ano a transmissão vertical de sífilis congênita em crianças   | Número de casos de sífilis congênita em recém nato/número de nascidos vivos x 1000.        |
| Reduzir em 5% ao ano a transmissão vertical do HIV/AIDS  | Reduzir em 5% ao ano a transmissão vertical do HIV/AIDS  | Número de casos de HIV/AIDS em menores de 5 anos /população de menores de 5 anos x 100.000 |
| Inspecionar em caráter complementar ou suplementar os estabelecimentos de interesse à saúde, considerados de maior risco | Inspecionar em caráter complementar ou suplementar os estabelecimentos de interesse à saúde, considerados de maior risco | Percentual de inspeções realizadas/inspeções programadas                                   |

## DIRETRIZ 13 - DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO

A Administração Pública deve obedecer aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, impostos por meio do Artigo 37 da Constituição Federal.

Em cumprimento presente diretriz, estão previstas as ações abaixo discriminadas:

1. Consolidação do chamamento e nomeação de servidores concursados para a SESA.
2. Implantação da Mesa Estadual de Negociação Permanente – MENPSUS-PR.
3. Elaboração e instituição da proposta de Plano de Carreira dos servidores da SESA.
4. Elaboração e implantação de Projeto Técnico de Saúde Ocupacional para as unidades da SESA.



## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS  |   | INDICADOR  |
|--|---|--|
| 2012   | 2013-2015   |  |
| Nomear 1.773 servidores  | Nomear 1.500 servidores até 2015                  | Número de servidores concursados nomeados e tomados posse. |
| Instalar a Mesa Estadual de Negociação Permanente MENPSUS-PR       | Manter em funcionamento a MENPSUS-PR              | Mesa Estadual instalada e em funcionamento                 |
| Elaborar Proposta do Plano de Carreiras para os servidores da SESA | Instituição do Plano de Carreiras dos servidores. | Proposta de Plano de Carreiras elaborada e instituída      |
| Elaborar projeto técnico de Saúde Ocupacional                      | Implantar o projeto técnico de Saúde ocupacional  | Projeto de Saúde Ocupacional elaborado e implantado        |

### DIRETRIZ 14 - DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS

Para fortalecer e aperfeiçoar os processos educacionais em saúde no Paraná, a Escola de Saúde Pública do Paraná vem atuando na perspectiva da educação permanente que traz em sua essência a valorização e reconhecimento dos espaços de trabalho como locais privilegiados de formação. Assim a educação permanente valoriza os processos formativos no e para o trabalho para que ocorra a melhoria do desempenho dos serviços e consequente melhoria da situação de saúde da população paranaense.

Apesar de o Paraná ser um dos estados da federação com maior número de instituições universitárias públicas estaduais e de haver um processo de articulação ensino-serviços-comunidade em desenvolvimento há mais de duas décadas, existe um grande contingente de profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde que precisam ser capacitados e atualizados permanentemente para o desempenho de suas atividades cotidianas de trabalho.

Essa demanda soma-se à dos profissionais de nível médio (técnicos de saúde) e demais trabalhadores do SUS (ACS e ACE) precisam de processos educacionais condizentes com as necessidades de suas funções.

A ESPP tem participado ativamente dos editais de financiamento do Ministério da Saúde para ofertar seus cursos, como o do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e de outros de especialização mediante a apresentação de projetos submetidos à aprovação.

Em 2011, a ESPP teve o projeto de Telessaúde aprovado pelo Ministério da Saúde e está em

fase de definição do projeto operacional para sua implantação no estado do Paraná. Cabe ressaltar que, da região sul do país, o Paraná é o único estado que ainda não tem Telessaúde, ensino à distância e o Observatório de Recursos Humanos instalados.

Portanto, para ampliar o escopo da ESPP, além desses investimentos acima citados, é de suma importância a expansão e adequação dos processos educacionais para os diferentes tipos de necessidades e profissionais e trabalhadores da SESA e uma aproximação à gestão do trabalho com vistas a articular ambos os processos de modo a garantir a melhoria contínua da qualidade e resolutividade do cuidado em saúde.

## **AÇÕES:**

- 1.** Estruturação e implantação da nova Escola de Saúde Pública do Paraná.
- 2.** Implantação e implementação da oferta de cursos de acordo com as necessidades dos serviços de saúde.
- 3.** Implementação e fortalecimento dos processos de formação e qualificação profissional nos níveis básico, técnico e pós-graduação.
- 4.** Descentralização da oferta de cursos e da educação permanente em saúde para as regionais de saúde e municípios, em parceria com instituições de ensino e de serviços.
- 5.** Implantação e implementação de novas tecnologias de ensino em serviço: Telessaúde e Educação à distância (EaD).
- 6.** Instalação da Estação “ObservaRH Paraná”, integrando a rede Observatório de RH para o SUS.
- 7.** Implantação do Programa Estadual de Educação Permanente no SUS.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| Credenciar a Escola como certificadora em nível de especialização junto ao CEE.                             | Inaugurar a nova Escola de Saúde Pública, reestruturada, com sede e instalações próprias. | Escola de Saúde adequadamente instalada e em nova sede.   |
| Implantar capacitação em APS para profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde.                   | Consolidar processos de formação em APS   | Nº de capacitações e cursos em APS implantados no período.<br>Nº de ingressos e de concluintes nas capacitações e cursos realizados no período.       |
| Implantar Capacitação de Conselheiros de Saúde.   | Ofertar regularmente as capacitações, conforme necessidade.                               | Nº de capacitações para conselheiros de saúde realizadas.<br>Nº de ingressos e de concluintes nas capacitações para Conselheiros ofertadas no período |
| Fortalecer os processos de formação e qualificação profissional nos níveis básico, técnico e pós-graduação. | Ofertar regularmente as capacitações e cursos de acordo com as necessidades do SUS.       | Nº e tipo de cursos regulares implantados pela ESPP no período.<br>Nº de ingressos e de concluintes dos cursos regulares e livres.                    |
| Implantar o Telessaúde no Paraná.   | Implementar o Telessaúde.   | Telessaúde implantado e em funcionamento  |
| Ampliar a oferta de web-conferências e vídeo-conferências.  | Consolidar a utilização de web-conferência em processos educacionais e de gestão.         | Nº de web-conferências realizadas nos processos formativos.<br>Nº de web-conferências realizadas nos processos de gestão                              |
| Elaborar projeto de oferta de EaD na ESPP   | Implantar plataforma e cursos de educação à distância (EaD)                               | Plataforma EaD implantada.<br>Nº de ingressos e de concluintes nas capacitações à distância implantados.  |

## DIRETRIZ 15 - AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E DO CONTROLE SOCIAL

### PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

#### AÇÕES:

1. Estruturação e Qualificação das Ouvidorias Regionais do SUS-SESA.
2. Qualificação e ampliação do número de Ouvidorias do SUS no Paraná.
3. Participação e apoio ao Sistema Nacional de Ouvidoria.
4. Participação da Integração das Ouvidorias do Estado do Paraná.
5. Elaboração e divulgação de Material Educativo que propicie o conhecimento da população sobre seus direitos e deveres nos serviços do SUS/PR.

### METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS  |                | INDICADOR  |
|--|----------------|--|
| 2012   | 2013-2015      |  |
| Implantar Ouvidorias Municipais nos municípios que recebem recursos do PARTICIPASUS (92) e em municípios acima de 50.000 habs. ( 32 ) – municípios que ainda não têm Ouvidoria | 275 municípios | Percentual de ouvidorias implantadas nos municípios, atendendo a critérios pactuados |

### CONTROLE SOCIAL

Ações do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, com resultados para a sociedade:

- a. Fortalecer o SUS, com equidade e acesso universal aos serviços públicos de saúde com qualidade.
- b. Articular as ações do CES com os Conselhos Municipais de Saúde para o exercício do controle social.

## METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS |  | INDICADOR   |
|-------|--|---|
| 2012  | 2013-2015  |   |
|       | - Fiscalizar e avaliar a execução do Planejamento Plurianual, do Plano Estadual de Saúde, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual e o Relatório Anual de Gestão | - % de cumprimento de cada instrumento de gestão  |
|       | - Garantir o cumprimento de 100% das deliberações e resoluções do CES/PR, das plenárias temáticas e das conferências gerais  | - % de cumprimento das deliberações e resoluções do CES/PR  |
|       | - Realizar 422 capacitações (01 para o CES, 22 para facilitadores, 399 para Conselhos Municipais de Saúde)   | - % de capacitações realizadas  |
|       | - Realizar 1 encontro anual com o Ministério Público e o Tribunal de Contas  | - Ata do Encontro realizado   |
|       | - Aprovar o do novo Regimento Interno  | - Novo Regimento Interno aprovado e publicado   |
|       | - Realizar 01 reunião por macrorregional por ano   | - % de reuniões realizadas  |
|       | - Publicar Resolução do CES definindo critérios de participação em eventos de interesse do CES   | - Resolução publicada   |
|       | - 100% de participação das entidades e conselheiros nas atividades relativas ao CES  | - % de frequência dos conselheiros nas atividades relativas ao CES<br>- % de temas agendados pelas entidades conselheiras |
|       | - Acompanhar o perfil socioepidemiológico do Estado.   | - acompanhar 100% dos indicadores de saúde selecionados   |
|       | - Realizar Conferências de Saúde e Conferências Temáticas agendadas  | - % de conferências realizadas  |
|       | - Promover a participação do CES em movimentos de mais recursos para o SUS   | - Número de participações em eventos relacionados ao financiamento do SUS   |
|       | - Deliberar sobre 100% das propostas orçamentárias para a saúde  | - % das propostas orçamentárias deliberadas   |
|       | - Acompanhar a execução orçamentário financeira  | - Relatório de gestão quadrimestral apresentado   |
|       | - 100% da programação do CES realizada   | - % de execução da programação do CES   |
|       | - Acompanhar a alocação de mais recursos para 100% dos municípios com menor Fator de Redução das Desigualdades Regionais   | - % de municípios com menor Fator de Redução das Desigualdades Regionais e maior alocação de recursos acompanhados        |

## DIRETRIZ 16 - QUALIFICAÇÃO DOS GASTOS E AMPLIAÇÃO DE RECURSOS NO FINANCIAMENTO DO SUS

### AÇÕES

1. Estruturação administrativa do Fundo Estadual de Saúde – FUNSAÚDE e aprovação de novo arranjo legal.
2. Otimização e racionalização dos recursos orçamentários e financeiros , redefinindo a sua alocação conforme planejamento estratégico.
3. Prestação de contas de forma transparente da aplicação de recursos orçamentários e financeiros.
4. Captação de recursos na área governamental e em instituições financeiras internacionais, por meio do Governo do Estado.
5. Transferência de recursos financeiros aos municípios, fundo a fundo para custeio e investimento, com base em metodologia de alocação a partir da aplicação do Fator de Redução das Desigualdades Regionais.

### METAS E INDICADORES (2012 E 2013-2015)

| METAS   |   | INDICADOR   |
|---|---|---|
| 2012  | 2013-2015   |   |
| Cumprir a Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 | Cumprir a Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 | % de recursos aplicados em ações e serviços de saúde, de acordo com a LC no. 141/12 |

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Cadernos de Saúde Pública. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.1727-1742, ago. 2008.

BRASIL, Ministério de Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica/ Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2009, 813 páginas.

BRASIL, Ministério de Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso/ Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2010, 444 páginas.

BOYACIYAN, Krikor. **A Mortalidade Materna No Brasil**. Disponível em: <http://latina.obgyn.net/portugues/default.asp?page=/portugues/articles/mortalidad>. Acesso em: 19/01/2011.

BUSS, P M **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177, Fiocruz RJ 2000.

IANNI, Octávio. **O Imperialismo na América Latina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

MARTINS, Eunice Francisca. **Mortalidade Perinatal e Avaliação da Assistência Pré natal, ao Parto, e ao Recém Nascido em Belo Horizonte**, Minas Gerais. NÚMERO DE FOLHAS. **Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010**. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c1617ab88911.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1617ab88911.pdf) Acesso em: 19/01/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica\\_Portugues.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf) . Acesso em: 19/01/2011

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não transmissíveis**. Brasília: 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>. Acesso em: 19/01/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Roteiro para Uso do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Portaria nº 3.125 de outubro de 2010**. Brasília: 2010.

MOREIRA, Morvan de Mello, **Mudanças Estruturais na Distribuição Etária Brasileira: 1950-2050**. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>, n 117/2002, Maio/2002. Acesso em: 19/01/2011

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Disponível em: [http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO\\_EPIDEMIOLOGICA\\_E\\_CARGA\\_DE\\_DOENCA\\_NO\\_BRASIL.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO_EPIDEMIOLOGICA_E_CARGA_DE_DOENCA_NO_BRASIL.pdf). Acesso em: 19/01/2011

TRENTO, A. **Do outro lado do Atlântico, um século de imigração italiana no Brasil**. São Paulo: Livraria Nobel S.A, 1989.

WHO, World Health Organization. **Carta de Otawa**. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/nph/docs/ottawacharter.nr.pdf>.



# LISTA DE SIGLAS

**AATO** - Associação dos Auxiliares Técnicos em Odontologia

**ABEN** - Associação Brasileira de Enfermagem

**ABO** - Associação Brasileira de Odontologia

**ABTO** - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

**ACE** - Agente de Controle de Endemias

**ACISPAR** - Associações dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**AF** - Assistência Farmacêutica

**AFAB** - Assistência Farmacêutica Básica

**AIDS** - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**AIH** - Autorizações de Internação Hospitalar

**ANEPS** - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde do Paraná

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APAC** - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

**APAES** - Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais

**APS** - Atenção Primária em Saúde

**APSUS** - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

**ARV** - Antirretroviral

**ASAJ/MS** - Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde

**ASSEMPA** - Associação de Entidade de Mulheres do Paraná

**AT** - Acidente de Transporte

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**BIRD** - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

**BLH** - Banco de Leite Humano

**CAIF** - Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal

**CALI** - Central de Apoio Logístico de Insumos e Equipamentos

**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial

**CASAI** - Casa de Saúde do Índio

**CEAF** - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**CELEPAR** - Companhia de Informática do Paraná

**CEMEPAR** - Centro de Medicamentos do Paraná

**CENSE** - Centros de Socioeducação

**CEO** - Centros de Especialidades Odontológicas

**CEPI** - Centro de Epidemiologia

**CES** - Conselho Estadual de Saúde

**CEST** - Centro Estadual de Saúde do Trabalhador

**CET-PR** - Central Estadual de Transplantes do Paraná

**CETRAD** - Centros de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

**CEVA** - Centro de Vigilância Ambiental

**CEVS** - Centro de Vigilância Sanitária

**CHC** - Carcinoma Hepatocelular

**CIB** - Comissão Intergestores Bipartite

**CID 10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua Décima Revisão.

**CIES** - Comissão Ensino Serviço

**CIEVS** - Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde

**CIS** - Consórcios Intermunicipais de Saúde

**CIT** - Comissão Intergestores Tripartite

**CMP** - Central de Movimentos Populares

**CNE** - Conselho Nacional de Educação

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**CNT** - Comunidades Negras Tradicionais

**COAP** - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

**COMSUS** - Consórcios Intermunicipais de Saúde

**CONITEC** - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

**COSEMS** - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná

**CPPI** - Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos

**CRAID** - Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente

**CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

**CREFITO** - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**CRESS** - Conselho Regional de Serviço Social

**CRESEMS** - Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde

**CRF** - Conselho Regional de Farmácia

**CRM** - Conselho Regional de Medicina

**CRMV** - Conselho Regional de Medicina Veterinária do Paraná

**CRN** - Conselho Regional de Nutrição

**CRQ** - Comunidades Remanescentes de Quilombos

**CRO** - Conselho Regional de Odontologia

**CRP** - Conselho Regional de Psicologia

**CSTO** - Centro de Suporte Técnico Operacional, aqui não seria o DEST= Departamento de Suporte Técnico e Operacional

**CUT** - Central Única dos Trabalhadores

**DAB** - Departamento de Atenção Básica

**DAF** - Departamento de Assistência Farmacêutica

**DATASUS** - Departamento de Informática do SUS

**DEFIPAR** - Federação das Entidades de Portadores de Deficiências Físicas do Estado do PR

**DEN-4** - Virus tipo 4 da Dengue

**DENASUS** - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

**DHEG** - Doença Hipertensiva Específica da Gestação

**DOTS** - Directly Observed Treatment Short Course

**DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

**DSEI** - Distrito Sanitário Especial Indígena

**DST** - Doenças sexualmente transmissíveis

**DVVGs** - Divisão de Vigilância em Saúde

**EAD** - Ensino à Distância

**EC 29** - Emenda Constitucional nº 29

**ENPACS** - Estratégia Nacional da Promoção da Alimentação Complementar Saudável

**EP** - Educação Permanente

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**ESPP** - Escola de Saúde Pública do Paraná

**EUA** - Estados Unidos da América

**FAMOPAR** - Federação das Associações de Moradores do Paraná

**FEHOSPAR** - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná

**FEMIPA** - Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná

**FEPE** - Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional

**FESSMUC- PR** - Federação dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais Cutista do Estado do Paraná

**FETAEP** - Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado do Paraná

Fsindical - Força Sindical

**FÓRUM ONG AIDS** - Fórum Paranaense de ONG/AIDS

**FUNSAÚDE** - Fundo Estadual de Saúde

**GM/MS** - Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**HBV** - Vírus da Hepatite B

**HCV** - Vírus da Hepatite C

**HEMEPAR** - Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná

**HIV** - Human Immunodeficiency vírus (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

**HOSPSUS** - Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná

**IAFAB** - Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

**IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio

**IBDa** - Instituto Brasileiro das Pessoas com Deficiência em ação

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IHAC** - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

**INCA** - Instituto Nacional do Câncer

**INSIC** - Inquérito Nacional de Soroprevalência da Infecção Chagásica

**IQP** - Incentivo Financeiro de Qualidade ao Parto

**LACEN** - Laboratório Central do Estado do Paraná

**LARENs** - Unidades Regionais do LACEN

**LPD** - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

**MENPSUS** - Mesa Estadual de Negociação Permanente de SUS

**MS** - Ministério da Saúde

**MOPS** - Movimento Popular de Saúde do Paraná

**MST** - Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NPVPS** - Núcleo de Prevenção das Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura da Paz

**NRE** - Núcleo Regional de Educação

**NT** - Norma Técnica

**NV** - Nascidos Vivos

**ODP** - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONA** - Organização Nacional de Acreditação

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Panamericana de Saúde

**OPM** - Órteses, Próteses e Meios de Locomoção

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**ParticipaSUS** - Política Nacional de Gestão Estratégica do SUS

**PBF** - Programa Bolsa Família

**PCCG** - Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico

**PCD** - Pessoas com Deficiência

**PCDT** - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

**PCDT** - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

**PECT** - Programa Estadual de Controle da Tuberculose

**PGE** - Procuradoria Geral do Estado

**PIB** - Produto Interno Bruto

**PLC** - Programa Leite das Crianças

**PMAQ** - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**PNAISH** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**PNCT** - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

**PNI** - Programa Nacional de Imunização

**PNM** - Política Nacional de Medicamentos

**PNSIPN** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra

**POE** - Plano Operativo Estadual

**PROESF** - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

**PROFASP** - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

**ProMAR** - Programa de ações para o Litoral

**ProOeste** - Programa de Ações para a Fronteira Oeste

**PROVAB** - Programa de Valorização de Atenção Básica

**PSE** - Programa Saúde na Escola

**QPPE** - Quadro Próprio do Poder Executivo

**RAS** - Redes de Atenção em Saúde

**REDOME** - Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea

**RENAME** - Relação de Medicamentos Essenciais

**RENAST** - Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

**RH** - Recursos Humanos

**RIPSA** - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

**RMC** - Região Metropolitana de Curitiba

**RMM** - Razão de Mortalidade Materna

**RN** - Recém Nascido

**RS** - Regional de Saúde

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SANEPAR** - Companhia de Saneamento do Paraná

**SBP** - Sociedade Brasileira de Pediatria

**SCVSAT** - Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador

**SEAA** - Sistema Estadual de Auditoria

**SEAB** - Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento do Paraná

**SEDS** - Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social do Paraná

**SEED** - Secretaria de Estado da Educação do Paraná

**SEJU** - Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná

**SESA** - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**SESAFARM** - Sistema de Assistência Farmacêutica para o Programa de Medicamentos Excepcionais

**SESAI** - Secretaria Especial de Saúde Indígena

**SESP** - Secretaria de Estado da Segurança Pública do Paraná

**SGS** - Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde

**SIA** - Sistema de Informação Ambulatorial

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SIATE** - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

**SIH** - Sistema de Informação Hospitalar

**SILTB** - Sistema Informatizado de Notificação do Tratamento da Infecção Latente

**SIM** - Sistema de Informação de Mortalidade

**SIMI** - Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil do Paraná

**SINAN** - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

**SINASC** - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

**SINDIFAR-PR** - Sindicato dos Farmacêuticos

**SINDNAPI** - Sindicato Nacional dos Aposentados Pensionistas e Idosos

**SINDPETRO** - Sindicato dos Petroleiros do Paraná e Santa Catarina

**SINDPREVS** - Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho e Previdência Social e Ação Social do Estado do Paraná

**SINDSAÚDE/PR** - Sindicato dos Servidores Estaduais da Saúde do Paraná

**SISMEDEX** - Sistema de Gestão para Medicamentos de Alto Custo

**SISVAN** - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

**SNT** - Sistema Nacional de Transplantes

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SPP** - Superintendência de Políticas de Atenção Primária

**SVS** - Superintendência de Vigilância em Saúde

**TBMR** - Tuberculose Multirresistente

**TDO** - Tratamento Diretamente Observado

**TRS** - Terapia Renal Substitutiva

**UAPS** - Unidades de Atenção Primária em Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UCI** - Unidade de Cuidados Intermediários

**UEL** - Universidade Estadual de Londrina

**UEM** - Universidade Estadual de Maringá

**UFPR** - Universidade Federal do Paraná

**UGT** - União Geral dos Trabalhadores do PR-

**UOPECAN** - União Oeste Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer

**UPAs** - Unidades de Pronto Atendimento

**USAV** - Unidades de Suporte Avançado de Vida

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

**VIGIASUS** - Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde

**VIVA** - Vigilância de Violência e Acidentes

**WHO** - World Health Organization



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

