



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008 – 2011

(Versão aprovada no CES – 25.09.08)





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Roberto Requião de Mello e Silva

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA

Secretário de Estado

Gilberto Berguio Martin

Diretor Geral

Carlos Manuel Vasconcelos Ataíde dos Santos

Superintendente de Infra-Estrutura da Saúde

Chrystiane Barbosa Pianaro Chemin

Superintendente de Políticas de Atenção Primária em Saúde

Erlene Tedeschi dos Santos

Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde

Irvando Carula

Superintendente de Vigilância em Saúde

Vera Lúcia Ferreira Gomes Drehmer

Diretor Executivo do Fundo Estadual de Saúde

Carlos Geraldo da Silva

Grupo de Planejamento Setorial

Manoel Pires de Paiva

Equipe de Colaboradores do IPARDES

Maria Lucia De Paula Urban

Maria De Lourdes Urban Kleinke

Nadia Vaiczuk Raggio





SUMÁRIO

Apresentação	01
1. Introdução	03
2. Análise Situacional	04
2.1 Condições de Saúde da População	04
2.1.1 Perfil demográfico	04
2.1.2 Perfil Sócio-Econômico	10
2.1.3. Perfil Epidemiológico	21
2.1.4 Perfil da Atenção a Saúde	53
2.1.5 Perfil da Assistência Farmacêutica	62
2.1.6 Perfil da Vigilância em Saúde	74
2.2 Gestão em Saúde	92
2.2.1 Descentralização e Regionalização	92
2.2.2 Educação em Saúde	94
2.2.3 Gestão do Trabalho	96
2.2.4 Informação em saúde	99
2.2.5 Infra-estrutura	101
2.2.6 Financiamento	104
2.2.7 Participação Social e Controle Social	106
2.2.8 Planejamento e Programação	107
2.2.9 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	108
3. Compromissos Prioritários	111
4. Objetivos, Ações Estratégicas, Indicadores	112





APRESENTAÇÃO

O Pacto pela Saúde representa um novo momento no Sistema Único de Saúde - SUS, visando o seu aperfeiçoamento. Diferente das normas, o Pacto define compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades e resultados e um processo de pactuação e acordo de responsabilidades. Reafirma os princípios do SUS inscritos na Constituição de 1988 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 e reforça o SUS como política de Estado.

As diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde são a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada integrada, a regulação da atenção à saúde, a participação e o controle social, a gestão do trabalho e a educação em saúde. Essas diretrizes apontam para as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA tem como principais atribuições formular, pactuar, implantar e implementar políticas de saúde para áreas prioritárias; responder pela integralidade da atenção à saúde e participar do financiamento do SUS. Em conjunto com os municípios e a União, a SESA apoia técnica, política e financeiramente os municípios. Coordena e organiza processos de abrangência estadual e que desenvolvam relações intermunicipais, formulando e implementando o processo permanente de planejamento orientado por problemas e necessidades em saúde para a construção do Plano Estadual de Saúde. Sua atribuição também é a de regular, monitorar, avaliar e auditar as ações, os serviços e os sistemas de saúde.

Na construção do Pacto Pela Saúde é focado o planejamento dentro do SUS, sua divulgação através da Portaria Ministerial nº 399/06, sua regulamentação através da Portaria Ministerial nº 699/06, no instrumento de formalização através do Termo de Compromisso de Gestão e na regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS através das Portarias Ministeriais nº 3.085/06 e nº 3.332/06. Neste contexto está o Plano Estadual de Saúde como expressão concreta do processo de planejamento, instrumento básico cuja formulação e implementação possibilita a qualificação da gerência e gestão do SUS.

Assim, o Plano Estadual de Saúde é aqui apresentado como instrumento referencial para discussões e reflexões que resultem em ações concretas, execução, monitoramento e avanço do SUS no Paraná para os próximos quatro anos.

Por outro lado, permeando este processo de consolidação do SUS e coincidindo com seus princípios e diretrizes, estão as macrodefinições do Governo do Estado do Paraná, apontando para a priorização das políticas sociais, indicando a descentralização, a proximidade



das ações governamentais junto ao cidadão, a otimização e a racionalidade de utilização dos recursos públicos, a resolutividade das ações e o firme compromisso com a equidade dos investimentos. Desta forma, será estabelecida a priorização de sua aplicação nas camadas populacionais de maior carência socioeconômica e a atenção às regiões de menor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do estado e com os piores indicadores sociais e sanitários.



1. INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde norteia as políticas de saúde e o seu financiamento. Deve contemplar as ações frente às demandas e necessidades de saúde da população paranaense tendo também como parâmetro as atribuições definidas no Termo de Compromisso de Gestão, os objetivos e metas assumidos no Pacto Pela Saúde, além da efetivação das propostas e diretrizes da Conferência Estadual de Saúde.

Terá vigência de 2008 a 2011 e passará pelo processo de discussão permanente através das programações anuais e dos relatórios de gestão. A partir de uma análise situacional, deverá ser utilizado como indicativo dos problemas de saúde mais importantes no Estado do Paraná, bem como de suas causas, prioridades de intervenção e estratégias a serem utilizadas para atingir soluções e ou modificar situações.

Assim, o Plano Estadual de Saúde está estruturado em três capítulos: 1- análise situacional que se divide em dois eixos temáticos; 2- compromissos prioritários e 3- objetivos, indicadores, metas e estratégias.



2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Condições de Saúde da População

2.1.1 Perfil demográfico ¹

A população do Paraná, em 2006, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, ultrapassou a casa dos 10 milhões de habitantes. As taxas de crescimento estão em declínio desde os anos 90, com registro de 1,2% ao ano, no período 2002/2006, comportamento semelhante nos três estados do sul, que apresentaram média regional de 1,3% a.a. (Tabela 1).

TABELA 1 - TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO DA POPULAÇÃO RESIDENTE – REGIÃO SUL

UNIDADE GEOGRÁFICA	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO (%)					
	Situação do Domicílio X Período					
	Total		Urbana		Rural	
	1991/2000	2002/2006	1991/2000	2002/2006	1991/2000	2002/2006
SUL	1,4	1,3	2,4	1,7	-2	-0,7
Paraná	1,4	1,2	2,6	1,6	-2,6	-0,8
Santa Catarina	1,9	1,6	3,1	2,1	-1,8	-0,8
Rio Grande do Sul	1,2	1,1	2	1,5	-1,5	-0,6

FONTE: IBGE - Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES

O crescimento urbano desacelera em todos os estados e o rural continua perdendo população, porém em ritmo mais lento, uma vez que os estoques populacionais nessa área estão cada vez menores. O crescimento populacional continua reforçando os grandes centros,



em particular a Região Metropolitana de Curitiba – RMC. Enquanto a RMC, no período 2002/2006, cresceu a 2,4% a.a., o interior cresceu à taxa de 0,7 a.a., elevando a concentração metropolitana, em relação ao total do Estado, de 29,6% para 31,0%, mantendo-se entre as regiões metropolitanas do país com maior crescimento (Tabela 2).

TABELA 2 - TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO DA POPULAÇÃO RESIDENTE – PARANÁ

UNIDADE GEOGRÁFICA	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO (%)					
	Situação do Domicílio X Período					
	Total		Urbana		Rural	
	1991/2000	2002/2006	1991/2000	2002/2006	1991/2000	2002/2006
PARANÁ	1,4	1,2	2,6	-1,6	-2,6	-0,8
RM Curitiba	3,1	2,4	3,2	2,5	2,5	1,8
Demais Regiões PR	0,8	0,7	2,3	-1,2	-3,2	-1,4

FONTE: IBGE - Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Ainda que apenas a área metropolitana evidencie saldos migratórios positivos, confirmando seu poder de concentração populacional, outras áreas, no interior do Estado, perdem expressivos contingentes rurais, mas conseguem manter crescimento significativo, em função da dinâmica urbana. Cabe destacar os principais pólos regionais e seus municípios de influência em especial as duas aglomerações mais fortes do Estado, a de Londrina e a de Maringá – que integram um importante eixo dinâmico, seguidas das de Cascavel, Foz do Iguaçu e Ponta Grossa.

No Paraná, assim como nos demais estados, persiste a forte tendência à urbanização. Em 2000, o grau de urbanização no Estado encontrava-se pouco acima de 81% e, em 2006 está próximo de 85%, situando-o com o grau mais elevado entre os estados do Sul (Tabela 3). Embora o processo de urbanização se dê de modo bastante extensivo é expressivo o número de municípios que ainda apresentam uma proporção elevada de suas populações em áreas rurais (Tabela 4).

**TABELA 3 - POPULAÇÃO RESIDENTE E GRAU DE URBANIZAÇÃO - BRASIL E ESTADOS DA REGIÃO SUL**

UNIDADE GEOGRÁFICA	POPULAÇÃO RESIDENTE (MIL PESSOAS)		GRAU DE URBANIZAÇÃO (%)
	2002	2006	2006
Brasil	173.391	187.228	83,3
Paraná	9.911	10.410	84,5
RM Curitiba	2.933	3.230	90,8
Demais Regiões PR	6.978	7.180	81,7
Santa Catarina	5.610	5.974	82,5
Rio Grande do Sul	10.515	10.984	81,5

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS E DA POPULAÇÃO SEGUNDO CLASSES DE TAMANHO DA POPULAÇÃO - PARANÁ - 2000

CLASSES DE TAMANHO (HABITANTES)	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO		
		Total	Urbana	Rural
Menos 20	318	2.665.771	1.560.381	1.105.390
20 a menos de 50	51	1.550.999	1.155.660	395.339
50 a menos 100	18	1.365.170	1.190.157	175.013
100 a menos de 500	11	2.394.203	2.292.571	101.632
Mais de 1 milhão	1	1.587.315	1.587.315	-
TOTAL	399	9.563.458	7.786.084	1.777.374

FONTE: IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO 2000.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES

Grupos Etários

No Paraná, assim como no Brasil e estados do Sul, sobressai a forte tendência decrescente da população de crianças e jovens, entre 0 e 14 anos, e o crescimento acentuado da população de 65 anos e mais. O grupo de 0 a 14 anos registra crescimento negativo, com perda menor que os outros dois estados; o grupo de 15 a 64 apresenta crescimento inferior ao de Santa Catarina e pouco acima do Rio Grande do Sul; o grupo de 65 anos e mais, tem crescimento similar ao do Rio Grande do Sul e bem inferior ao de Santa Catarina (Tabela 5).



TABELA 5 - TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO DA POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO GRANDES GRUPOS DE IDADE – BRASIL E REGIÃO SUL - 2002-2006

Unidade Geográfica	Taxas Anuais de Crescimento Geométrico (%)		
	0 - 14 anos	15 - 64 anos	65 anos e +
Brasil	0,1	2,4	4,4
Rio Grande do Sul	-0,7	1,5	3,1
Santa Catarina	-1,7	2,5	5,6
Paraná	-0,5	1,7	3,1
RM Curitiba	0,6	2,6	8,7
Demais Regiões PR	-0,9	1,3	1,2

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

Internamente, no Paraná, as diferenças entre a RMC e as demais regiões do Estado revelam que as taxas de crescimento, relativamente mais elevadas para todos os grupos na RMC, podem ser explicadas pela continuidade da migração que, mesmo em ritmo menor, reforça a concentração na capital e nos municípios do entorno. Nas demais regiões, é acentuada a perda de população no grupo de crianças e jovens e reduzido o acréscimo para os outros dois grupos.

Evolução da Estrutura Etária

A evolução da estrutura etária do Estado expressa mudanças acentuadas no comportamento reprodutivo da sociedade. Desde a década de 60, várias regiões do Brasil vêm apresentando uma trajetória de declínio da fecundidade. No Paraná, mantém-se em patamar menor que a média brasileira. O número de filhos nascidos vivos por mulher no decorrer do período reprodutivo, na década de 90, situava-se em 2,6; em 2000 já havia declinado para 2,3 e, em 2006, baixou para 1,7 sempre no patamar inferior à média brasileira (Tabela 6). O índice de 2006 revela que, em média, já se tem menos de dois filhos por mulher, evidenciando que a população paranaense já não está se repondo.

**TABELA 6 - ÍNDICES DE ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER E TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL - BRASIL E PARANÁ**

PERÍODO	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (%)		TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT)	
	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil
1990 / 2000	70,6	68,5	2,6	2,7
2000	72,0	70,4	2,3	2,4
2006	73,8	72,4	1,7	2,0

FONTES: IBGE. Indicadores sócio-demográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030.

Rio de Janeiro, 2006, PNAD.

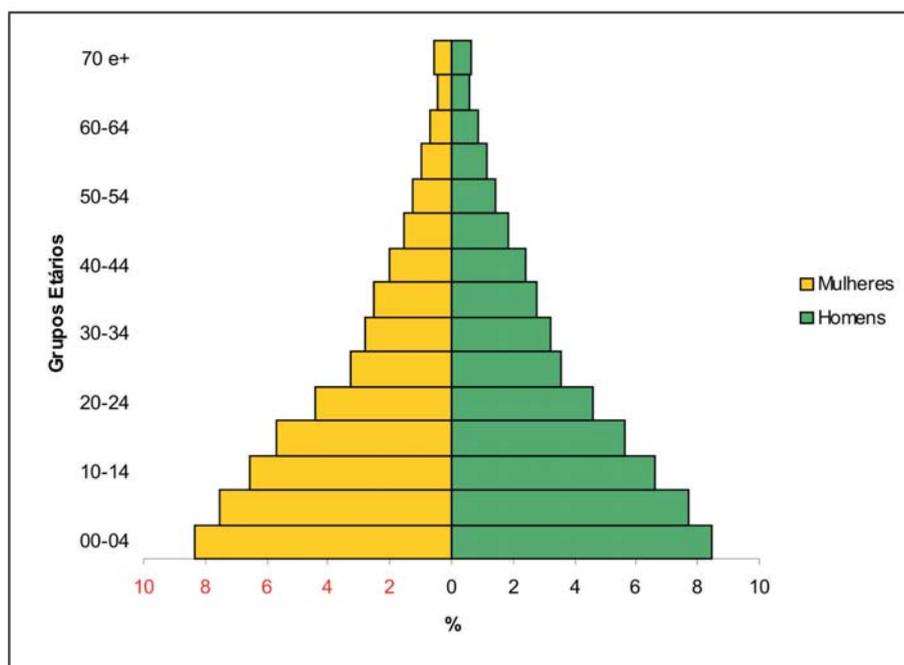
NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

As mudanças na estrutura etária refletem, também, o declínio contínuo da mortalidade com conseqüentes ganhos na esperança de vida. No Paraná a esperança de vida no período 2000 a 2006 passa de 70,6 para 73,8 anos, resultados também superiores aos observados para o Brasil. Cabe notar que a expectativa de vida feminina exhibe índices bastante superiores à masculina.

As mudanças na dinâmica migratória, nos níveis de fecundidade e de mortalidade definiram uma nova conformação à estrutura etária e por sexo da população. Até o início dos anos 70, as pirâmides etárias representativas da população do Paraná apresentavam formato acentuadamente triangular, de base larga; e, ao final dos anos 90, os padrões etários tiveram paulatino envelhecimento com redução do peso dos grupos de idade mais jovens, e aumento, por outro lado, das proporções das idades adultas e idosas (Gráficos 1, 2 e 3) (IPARDES, 2004).



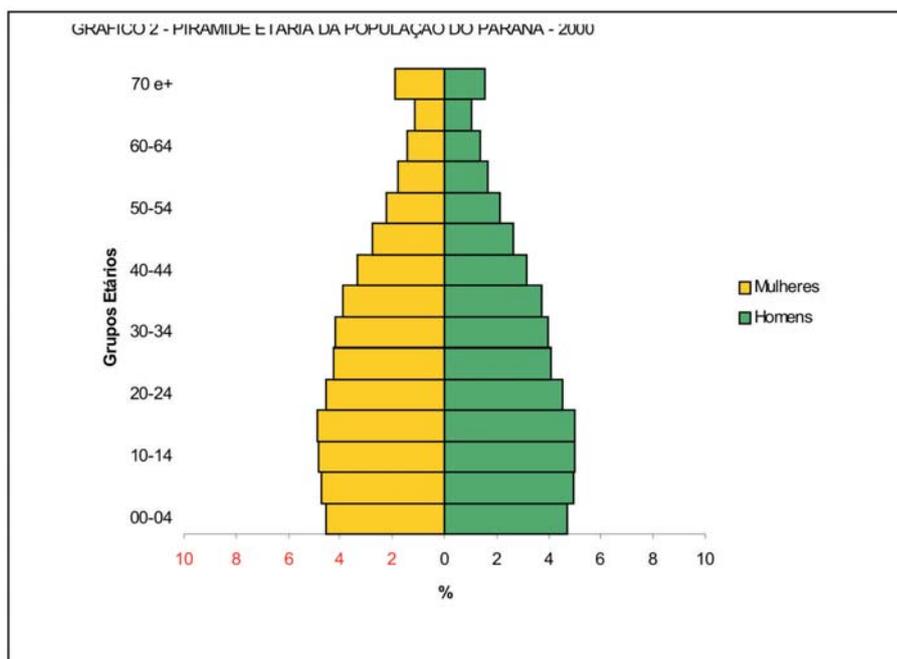
GRÁFICO 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO PARANÁ – 1990



FONTE: IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

GRÁFICO 2 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO PARANÁ – 2000

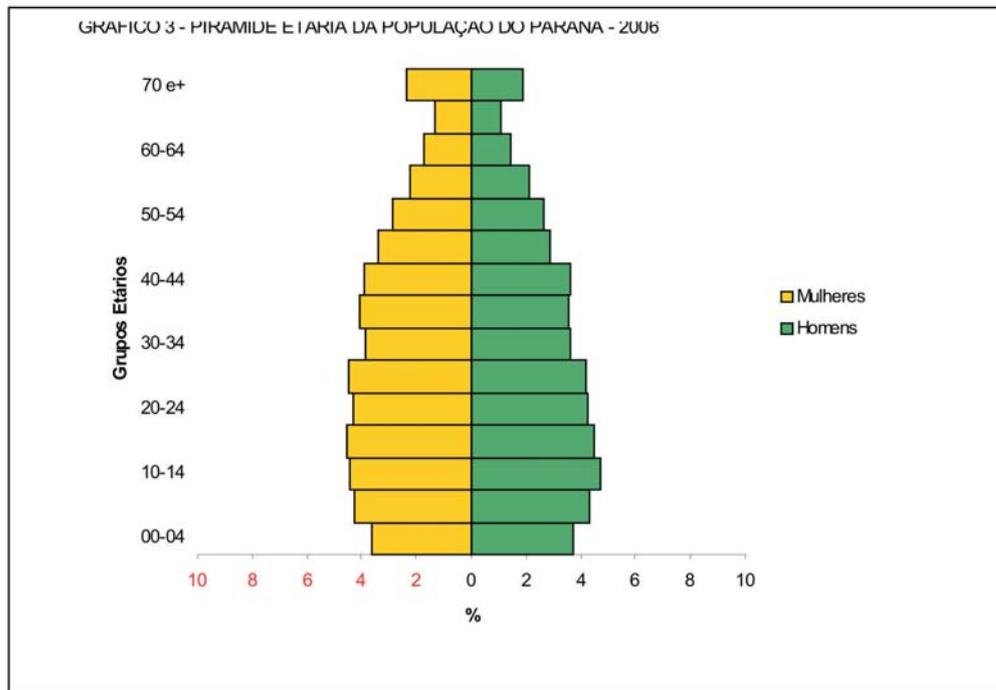


FONTE: IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.



GRÁFICO 3 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO PARANÁ – 2006



FONTE: IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

2.1.2 Perfil Sócio-Econômico²

Segundo estimativas do IPARDES, o Produto Interno Bruto (PIB) do Paraná deverá crescer 6,0% em 2007, ficando acima da taxa de 4,7% projetada para a economia brasileira pelo Banco Central (Tabela 7). O significativo desempenho econômico do Estado reflete a combinação dos resultados positivos que vêm sendo registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços, evidenciando a recuperação das atividades produtivas, após dois anos de baixas taxas de crescimento, por conta principalmente dos prejuízos impostos pelas estiagens ao agronegócio.

Em 2005 e 2006, os prolongados períodos de seca foram responsáveis por expressivos decréscimos da produção agrícola no Paraná, afetando não somente o setor primário, mas também os ramos industriais e de serviços articulados à atividade agropecuária. Já, nos exercícios de 2003 e 2004, a economia estadual apresentou considerável dinamismo, registrando variações reais de 4,5% e 4,9%, respectivamente.

**TABELA 7 – PRODUTO INTERNO BRUTO – PARANÁ E BRASIL - 2003-2007**

ANO	PARANÁ		BRASIL	
	PIB (R\$ milhões) (1)	Taxa Real (%)	PIB (R\$ milhões) (1)	Taxa Real (%)
2003	109 459	4,5	1.699.948	1,1
2004	122 434	4,9	1.941.498	5,7
2005	126 622	-0,1	2.147.239	3,2
2006	...	1,4	2.322.818	3,7
2007	...	6,0		4,7

FONTE: IBGE / IPARDES NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

Sinal convencional utilizado: ... Dado não disponível.

(1) A preços correntes. (2) Projeção do IPARDES para o PIB do Paraná. (3) Projeções do IPARDES para o PIB do Paraná e do Banco Central para o PIB do Brasil (mediana das expectativas de mercado).

Estrutura de Ocupação

Na qualidade de vida da população as possibilidades e condições de inserção no processo produtivo constituem o fator de maior influência. Essa inserção de pessoas em ocupações formais/informais ou desempregadas expressa também a dinâmica produtiva que impulsiona a economia do Estado.

De acordo com os resultados da PNAD, no período de 2002 a 2006, o Paraná aumentou o número de ocupados de 4.982 para 5.407, o que representa uma variação de 8,5%, inferior apenas ao registrado para São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio de Janeiro. A importância desse crescimento mede-se também pela contribuição ao aumento do emprego formal que passou de 40% para 43,4% (Tabela 8).

TABELA 8 - EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE OCUPAÇÃO - 2002/2006

ESTADO	TOTAL DE OCUPADOS EM 2002	TOTAL DE OCUPADOS EM 2006	VARIACÃO		CONTRIBUIÇÃO DO FORMAL (%)
			Absoluta	%	
São Paulo	17.410.904	19.768.238	2.357.334	13,5	77,8
Minas Gerais	8.816.217	9.872.047	1.055.830	12,0	70,0
Rio de Janeiro	6.289.568	6.876.064	586.496	9,3	80,7
Bahia	6.021.866	6.440.164	418.298	6,9	81,9
Rio Grande do Sul	5.505.813	5.869.020	363.207	6,6	76,0
Santa Catarina	2.937.676	3.246.624	308.948	10,5	72,7
Paraná	4.982.612	5.406.998	424.386	8,5	82,2
BRASIL	78.958.866	89.318.095	10.359.229	13,1	60,8

FONTE: IBGE: PNAD



A par desse crescimento, aumenta também a pressão sobre o mercado de trabalho, de tal modo que a queda na taxa de desocupação (relação entre população desocupada e a economicamente ativa) é reduzida, situando-se próximo à taxa média da Região Sul e bastante inferior à do Brasil.

Na estrutura setorial, as ocupações urbanas têm forte predominância enquanto as ocupações agrícolas continuam em declínio e, em 2006, respondem por 19,4% do total das ocupações. Esse declínio está associado à forte redução da população rural e às mudanças no padrão produtivo que permitiram ganhos de maior produtividade, aliada ao bom desempenho, principalmente das atividades com maior articulação à agroindústria. Na dinâmica urbana, as atividades que se fortalecem estão relacionadas às áreas de serviços que absorvem próximo a 40% do total de ocupados, e incluem desde ocupações em segmentos bastante complexos a outros que não dependem de maior formação ou qualificação.

O setor industrial absorve 15,4% do total de ocupados. Este setor vem apresentando investimentos importantes com reforço à diversificação e sofisticação tecnológica, em especial no segmento metal-mecânico, porém não apresenta a mesma capacidade de geração de ocupações, se comparado ao setor de serviços. O comércio com 19,4% do total de ocupados, embora se caracterize por uma diversidade interna bastante ampla, não se equipara ao potencial gerador de ocupações do setor de serviços (Tabela 9).



TABELA 9 - PESSOAS OCUPADAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR GRUPAMENTO DE ATIVIDADE, SEGUNDO SEXO - PARANÁ

GRUPAMENTOS DE ATIVIDADE DO TRABALHO PRINCIPAL	PESSOAS OCUPADAS DE 10 ANOS OU MAIS (1000 PESSOAS)					
	Total		Homens		Mulheres	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Agrícola	1.046	19,35	646	21,27	401	16,89
Indústria	835	15,45	544	17,93	291	12,27
Construção	339	6,27	326	10,74	13	0,54
Comércio e reparação	1.047	19,36	638	21,01	409	17,25
Alojamento e alimentação	185	3,43	82	2,71	103	4,34
Transporte, armazenagem e comunicação	268	4,95	232	7,66	35	1,49
Administração pública	214	3,97	133	4,37	82	3,45
Educação, saúde e serviços sociais	475	8,78	93	3,05	382	16,11
Serviços domésticos	382	7,06	16	0,52	366	15,42
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	225	4,15	89	2,92	136	5,74
Outras atividades	391	7,22	236	7,78	155	6,51
Atividades mal definidas ou não-declaradas	1	0,01	1	0,02	-	-
TOTAL	5.407	100,00	3.035	100,00	2.372	100,00

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006. NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

A presença de mulheres no mercado de trabalho alcança 44% do total de ocupados, com maior concentração nos tradicionais segmentos do setor de serviços, em especial, nos serviços domésticos e de educação, saúde e serviços sociais. Comparativamente, os homens estão mais presentes no setor agrícola e industrial.

Quanto ao rendimento observa-se que a maior parte dos trabalhadores, 68%, convive com uma média salarial que não ultrapassa a dois salários mínimos. Nesse conjunto a parcela sem rendimento, na qual estão incluídos trabalhadores familiares sem rendimento quer em atividades urbanas ou rurais, e aquela com até ½ salário mínimo, somam 18%. No outro extremo desta escala, apenas 3% atingem a faixa superior a 10 salários mínimos (Tabela 10 e Gráfico 4).

**TABELA 10 - PESSOAS OCUPADAS, DISTRIBUIÇÃO % E VALOR DO RENDIMENTO MÉDIO MENSAL , SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL DE TODOS OS TRABALHOS**

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL DE TODOS OS TRABALHOS	PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA	(1000 PESSOAS)	VALOR DO RENDIMENTO MÉDIO MENSAL DE TODOS OS TRABALHOS DAS PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA (R\$ 1,00) (1)		
			Total	Homens	Mulheres
S/ renda	660	12	0	0	0
Até 1/2 SM	351	6	107	109	105
Mais de 1/2 a 1 SM	903	17	301	302	301
Mais de 1 a 2 SM	1.777	33	520	534	500
Mais de 2 a 3 SM	668	12	883	881	887
Mais de 3 a 5 SM	480	9	1.375	1.365	1.396
Mais de 5 a 10 SM	381	7	2.388	2.408	2.340
Mais de 10 a 20 SM	119	2	4.929	4.955	4.797
Mais de 20 SM	45	1	12.285	12.170	12.767
S/ decl. SM	25	0	-	-	-
TOTAL	5.407	100	841	1.036	591

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006.

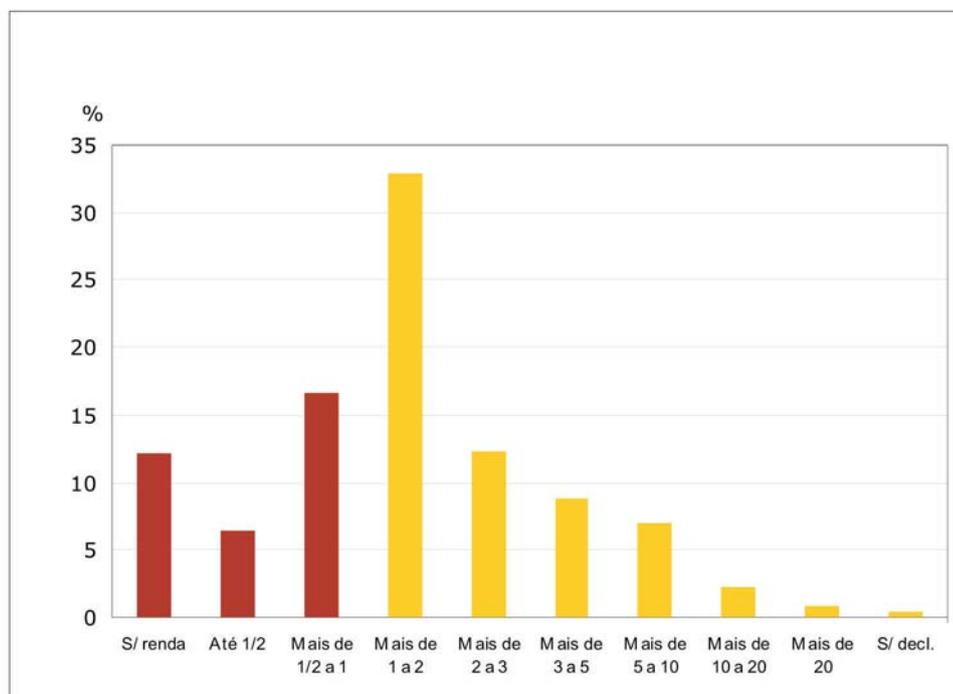
NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

(1) Excluídas as pessoas sem declaração do valor de rendimento de todos os trabalhos.

(2) Incluídas as pessoas que receberam somente em benefícios de todos os trabalhos.



GRÁFICO 4 - CLASSES DE RENDIMENTO DE TODOS OS TRABALHOS - PARANÁ – 2006



FONTE: IBGE - PNAD 2006.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

Índice de Desenvolvimento Humano e Pobreza

Construído a partir de informações fundamentais para dimensionar as condições sociais da população – esperança de vida, escolaridade, analfabetismo e renda – o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) resulta em uma importante síntese pela possibilidade de expor desigualdades entre estruturas político-administrativas e permitir comparações que contribuem para a gestão pública.

Tendo como referência o ano 2000, o Paraná situa-se numa posição extremamente desfavorável, em relação aos estados sulinos e a São Paulo, concentrando maior número de municípios num patamar muito inferior ao IDH-M do Brasil. Enquanto no Paraná a mancha contínua de municípios com IDH-M inferior ao do Brasil predomina, nos demais estados destacam-se grandes conjuntos de municípios com índices superiores a 0,800, considerado de alto desenvolvimento humano.

Visto da ótica da distribuição de população, 33% da população paranaense vive em municípios com IDH-M inferior ao do Brasil. Nos demais estados essa proporção é substancialmente menor, menos de 10 %. No outro extremo, no Paraná, apenas 36% da



população do Paraná vive em municípios com índices de alto desenvolvimento, enquanto nos demais essa proporção é de 60%, sendo que em Santa Catarina e em São Paulo atinge 72% (IPARDES, 2003).

Outro indicador que quantifica e qualifica a situação de pobreza, é a renda familiar. Constitui um referencial analítico capaz de expressar aspectos da privação humana, relacionados às necessidades básicas insatisfeitas. Neste estudo, este limiar está relacionado à renda familiar *per capita* até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, de acordo com estudo “Famílias Pobres no Estado do Paraná”, Curitiba: IPARDES, 2003.

Em conformidade com este critério havia, no Paraná, em 2000, 589 mil famílias em situação de pobreza, o que representa uma taxa de 21%. Deste total, 67% residem em áreas urbanas, a outra parcela em áreas rurais. Cabe notar que a distribuição das famílias pobres tem uma forte correspondência com a dos municípios com baixo IDH-M.

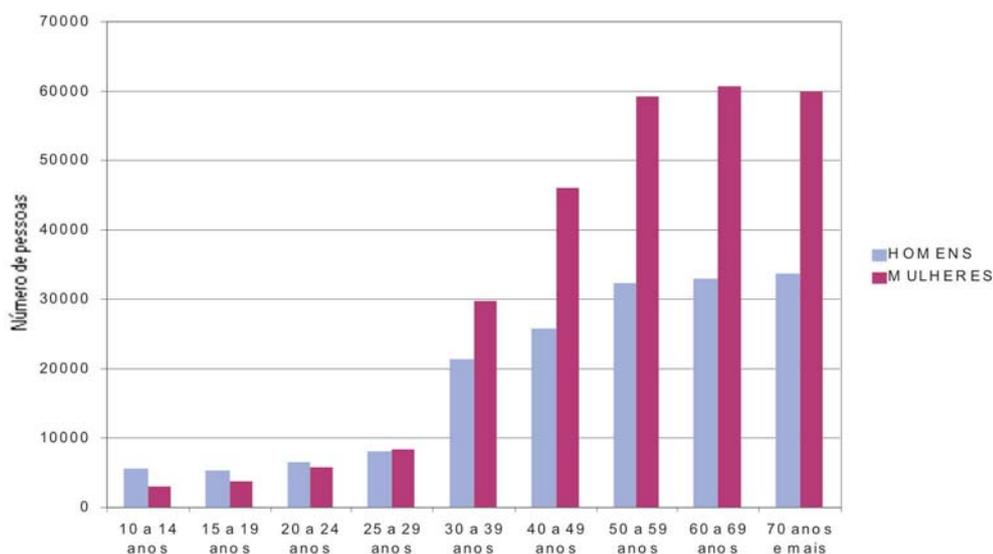
Associado a esses indicativos de pobreza é necessário explicitar a presença de um segmento de trabalhadores infanto-juvenis, que compreende 36 mil crianças de 10 a 13 anos, 5% do grupo etário, e 216 mil adolescentes, 29% de seu grupo. Esse conjunto tem um papel fundamental de contribuir para o aumento da renda familiar, porém, arca com prejuízos ao seu desenvolvimento pelo elevado grau de supressão da infância, pela dificuldade na realização da formação escolar e ainda por penalizações, causadas pela exposição a riscos resultante dos trabalhos que desempenham. Numa outra dimensão, estão os grupos de crianças e adolescentes que se encontram em um patamar de graves dificuldades, sujeitos ao abandono familiar, uso de drogas e elevada exposição à violência.

Educação

A política de educação, assim como da saúde, tem como meta o atendimento universalizado. Contudo, a oferta desses serviços continua atestando dificuldades em complementar essa meta, sobretudo quando integram etapas mais avançadas em sua realização. As taxas de analfabetismo, relativamente ainda muito elevadas, refletem essa dificuldade. Os avanços das políticas educacionais beneficiaram especialmente o ensino fundamental, restando uma grande dívida com os segmentos mais velhos (Gráficos 5 e 6). Segundo conceito de não-alfabetizado do IBGE – pessoa não capaz de ler nem escrever um bilhete simples – a taxa de analfabetismo vem reduzindo na população de 15 anos ou mais. No período 2002-2006, no Brasil esse declínio foi de 9,3 para 8,3; na Região Sul de 5,4 para 4,6%, no Paraná de 7,9 para 6,5% e na RMC de 4,3 para 3,2% (Tabela 11).



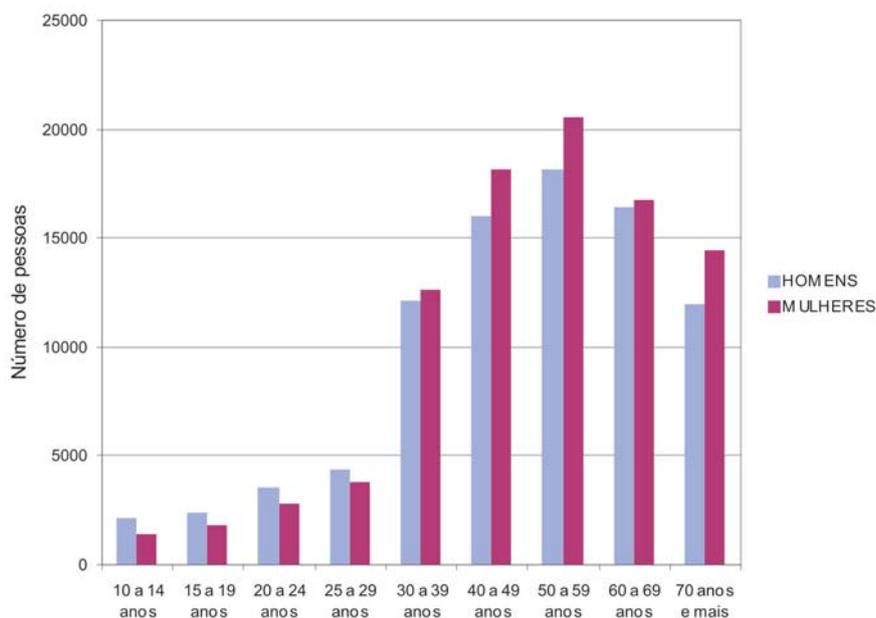
GRÁFICO 5 – POPULAÇÃO URBANA NÃO ALFABETIZADA – PARANÁ 2000



FONTE: IBGE – PNAD 2006.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

GRÁFICO 6 - POPULAÇÃO RURAL NÃO ALFABETIZADA - PARANÁ 2000



FONTE: IBGE – CENSO DEMOGRÁFICO 2000.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

**TABELA 11 - TAXA DE ANALFABETISMO 2002-2006**

UNIDADE GEOGRÁFICA	TAXA DE ANALFABETISMO DAS PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS	
	2002	2006
Brasil	9,34	8,32
Região Sul	5,38	4,62
Paraná	7,87	6,51
Região Metropolitana de Curitiba	4,30	3,17

FONTE: IBGE - Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

A dimensão desse segmento no Paraná atualmente é de 772 mil pessoas. O desafio de superar a situação de não alfabetizado na sociedade moderna é muito mais complexo ao se considerar as exigências de instrução ditadas pela realidade econômica e tecnológica atual.

A escolaridade média da população paranaense também vem aumentando. Entre 2002 e 2006 o Paraná evolui de 6,6 para 7,2 anos, médias mais elevadas que a nacional e similares às da região Sul, que podem ser consideradas baixas uma vez que não atingem o equivalente ao ensino fundamental completo. Esse patamar no Paraná é superado apenas na RMC onde a escolaridade média da população passa de 7,5 para 8,1 anos de estudo (Tabela 12).

TABELA 12 - MÉDIA DE ANOS DE ESTUDO DA POPULAÇÃO DE 10 ANOS OU MAIS - 2002-2006

UNIDADE GEOGRÁFICA	MÉDIA DE ANOS DE ESTUDO DA POPULAÇÃO DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR SEXO	
	2002	2006
Brasil	6,20	6,80
Região Sul	6,70	7,20
Paraná	6,60	7,20
Região Metropolitana de Curitiba	7,50	8,10

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios



As dificuldades da trajetória escolar da população podem ser também dimensionadas pela parcela dos diferentes grupos etários que se encontram inseridos no processo de formação. No Paraná, para 2006 em comparação com o ano de 2002, amplia-se de 34,6% para 41% a taxa de frequência à escola para as crianças de 0 a 6 anos, enquanto o grupo etário de 7 a 14 anos mantém praticamente inalterada sua presença na escola, de 97,7% para 98,0%. Já o grupo de 15 a 17 anos sofre ampliação de 77,4% para 80,0%, enquanto o grupo de 18 a 24 anos praticamente não se altera, passa de 28,5 para 28,4 %; da mesma forma que os de 25 anos e mais, 4,9 para 5,2% (Tabela13).

TABELA 13 - TAXA DE FREQUÊNCIA À ESCOLA OU CRECHE DA POPULAÇÃO RESIDENTE -PARANÁ - 2002-2006

	TOTAL	0 E 6 ANOS	7 A 14 ANOS	15 A 17 ANOS	18 A 24 ANOS	25 ANOS E MAIS
PARANÁ						
2002	29,7	34,6	97,7	77,4	28,5	4,9
2006	29,2	41,0	98,0	80,0	28,4	5,2
RMC						
2002	29,7	46,8	96,9	80,4	31,2	5,6
2006	30,3	33,7	98,9	79,8	32,1	6,4

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006.

NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

As dificuldades de avanço nas taxas de frequência escolar, para o grupo de menor idade, estão associadas a limites na oferta de serviços adequados e, ainda, constata-se a relativa seletividade, impeditiva da universalização escolar, em particular, para o nível médio do ensino.

Condições dos domicílios e meio ambiente

A ocupação e o uso dos espaços, de forma acelerada e desordenada, não observa os cuidados mínimos necessários à manutenção de um equilíbrio natural. Nas áreas urbanas, a ocupação imobiliária e as ocupações irregulares resultam em riscos sociais e ambientais afetando o ciclo natural desses recursos, pela poluição por dejetos de esgotamento domiciliar, resíduos industriais e rejeitos, algumas vezes de alta toxicidade (IPARDES, 2003).



O número de domicílios particulares permanentes no Paraná passou de 2.902.537 em 2002, para 3.175.276 em 2006, correspondendo a 9,4 % de acréscimo no total de domicílios no período. Verificou-se, também, no mesmo período, uma expansão dos domicílios com condições adequadas de infra-estrutura. Os serviços de coleta de lixo e de abastecimento de água evoluíram e encontram-se bastante próximos à universalização. Os domicílios atendidos pelos serviços de coleta de lixo apresentaram incremento, passando de 85,8% para 88,6% no período analisado. A expansão dos domicílios com abastecimento de água adequado, ou seja, abastecidos por rede geral e com canalização interna, foi de 85,06 % para 88,06%. Em proporção equivalente ampliou-se o número de domicílios com sanitário de uso exclusivo do domicílio, que passou de 96,4 para 97,9% do total. Os domicílios com esgoto adequado, ou seja, atendidos por rede geral ou fossa séptica, ampliaram-se de 61,0% para 69,7%. Esse percentual, inferior ao atendimento do abastecimento de água apresentaria maior descompasso se considerados apenas os domicílios atendidos pela rede geral. Além disso, pesa o fato do baixo índice de tratamento adequado do esgotamento sanitário (Tabela 14).

TABELA 14 - DOMICÍLIOS ATENDIDOS POR INFRA-ESTRUTURA DE SANEAMENTO - PARANÁ – 2002-2006

DOMICÍLIOS PARTICULARES	2002		2006	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Com abastecimento de água adequado	2.468.786	85,06	2.796.199	88,06
Com esgoto adequado	1.771.730	61,04	2.214.203	69,73
Com sanitário de uso exclusivo do domicílio	2.797.840	96,39	3.111.478	97,99
Com serviço de coleta de lixo	2.491.279	85,83	2.815.604	88,67
TOTAL	2.902.537		3.175.276	

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002/2006.
NOTA: Dados trabalhados pelo IPARDES.

Essas condições associadas à pobreza e à impossibilidade de opções têm levado à autoconstrução, a assentamentos informais, a ocupações em área de valor ou de risco ambiental, que resultam na exaustão das matas ciliares e fundamentalmente comprometem a qualidade das águas. As precárias condições de moradia em áreas com elevada concentração populacional, aliadas a outras carências sociais e ao desemprego, intensificam situações de conflito e favorecem o surgimento da violência e da criminalidade.



2.1.3 Perfil Epidemiológico

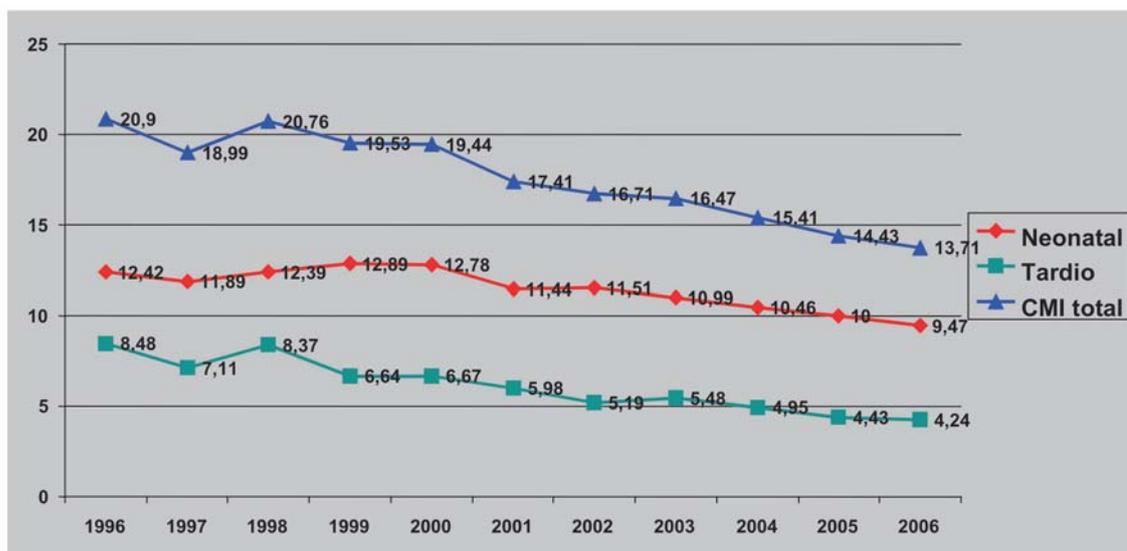
Mortalidade

No que se refere à mortalidade, foram selecionados alguns indicadores básicos para análise de variações temporais, geográficas, de gênero e faixa etária: o coeficiente/a taxa de mortalidade infantil, que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida; o coeficiente/ a taxa de mortalidade materna, que estima a frequência de óbitos femininos em relação aos nascimentos ocorridos, atribuídos a causas relacionadas ou agravados pela gravidez, parto e puerpério; a mortalidade proporcional por faixa etária, focando a proporção de óbitos de crianças menores de 01 ano e de adultos de 50 anos e mais em relação ao total de óbitos; e a mortalidade por grupo de causas.

O coeficiente de **mortalidade infantil** no Paraná mostra evidente redução, passando de 53,2/1.000 nascidos vivos em 1980 para 35,0 em 1990; 19,6 em 2000 e 13,7 em 2006 (Gráfico 7). Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos.

De acordo com o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil, em média, de 2000 a 2006, 65% dos óbitos em menores de 1 ano ocorreram no período neonatal (0 a 28 dias após o nascimento). O coeficiente de mortalidade neonatal foi de 9,4/1.000 nascidos vivos em 2006. Os óbitos nesse período são influenciados por fatores vinculados à gestação e ao parto, e à assistência prestada.

GRÁFICO 7 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E TARDIA NO PARANÁ DE 1996 A 2006



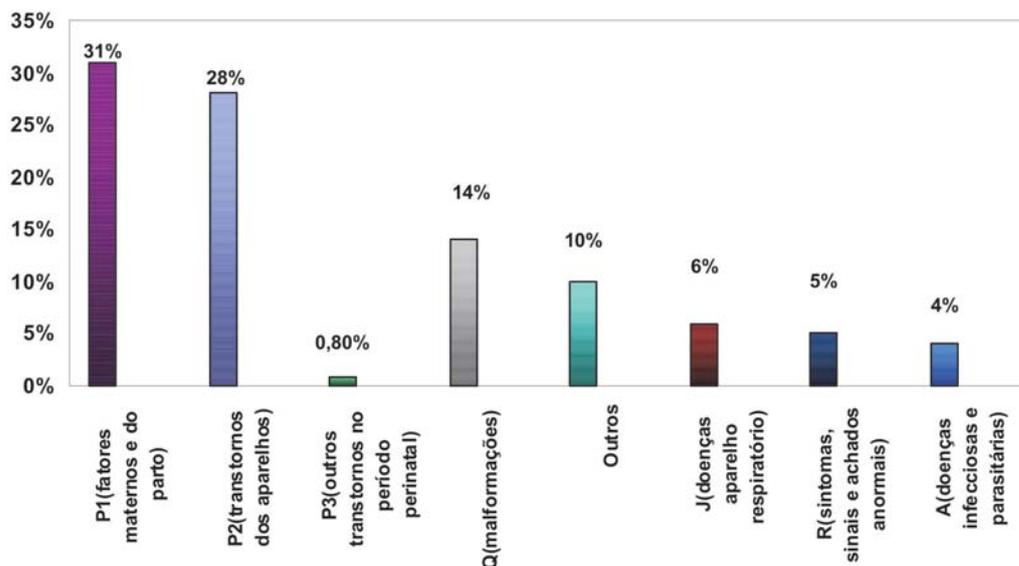
FONTE: SESA-PR.



No ano de 2006, 11 Regionais de Saúde apresentaram coeficientes de mortalidade infantil acima da média do Estado: Jacarezinho (19ª RS) 14,2; Apucarana (16ª RS) 14,5; Telêmaco Borba (21ª RS) 15,9; Irati (4ª RS) 16,1; Guarapuava (5ª RS) 16,2; Campo Mourão (11ª RS) 16,2; Ponta Grossa (3ª RS) 17,5; Toledo (20ª RS) 18,5; Paranaguá (1ª RS) 19,5; Paranavaí (14ª RS) 19,8; Pato Branco (7ª RS) 21,5/1.000 nascidos vivos.

As principais causas dos óbitos infantis analisadas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil são: fatores relacionados às afecções maternas e do parto - 31%; transtornos dos aparelhos no período perinatal (respiratório, cardiovascular, digestivo, infecções perinatais, transtornos hemorrágicos e hematológicos, transtornos endócrinos e metabólicos) - 28%; malformações - 14%; doenças do aparelho respiratório - 6%; sintomas, sinais e achados anormais - 5%; doenças infecciosas e parasitárias - 4% e outras causas - 10% (Gráfico 8).

GRÁFICO 8– PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL, PARANÁ – 2006



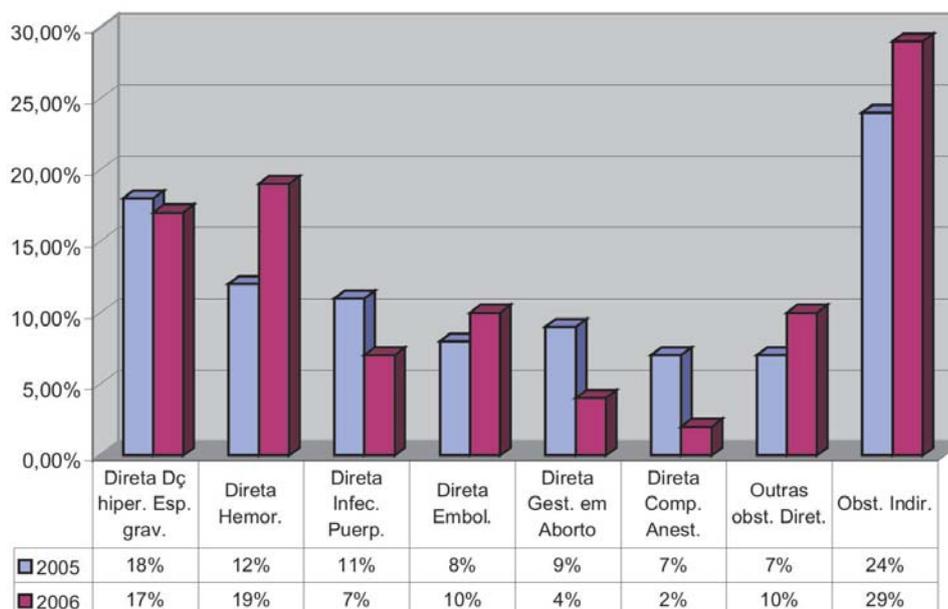
FONTE: SESA-PR

No Estado, ocorreram 61,8 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos em 2006 (dados preliminares). O coeficiente de mortalidade materna era de 104,1 em 1994 e 66,5 em 2000. Segundo análises dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, as principais causas de óbito materno entre as causas obstétricas diretas (que correspondem em média a 73% dos óbitos maternos) foram: as doenças hipertensivas específicas da gestação (17,5%) e as hemorragias (15,5%), em 2005 e 2006 (Gráfico 9). Observa-se também que, em



média, 26,5% são óbitos maternos indiretos, ou seja, aqueles relacionados a causas pré-existentes como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e outras doenças que possam comprometer o bom desenvolvimento da gestação.

GRÁFICO 9 – PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA - PARANÁ 2005-2006



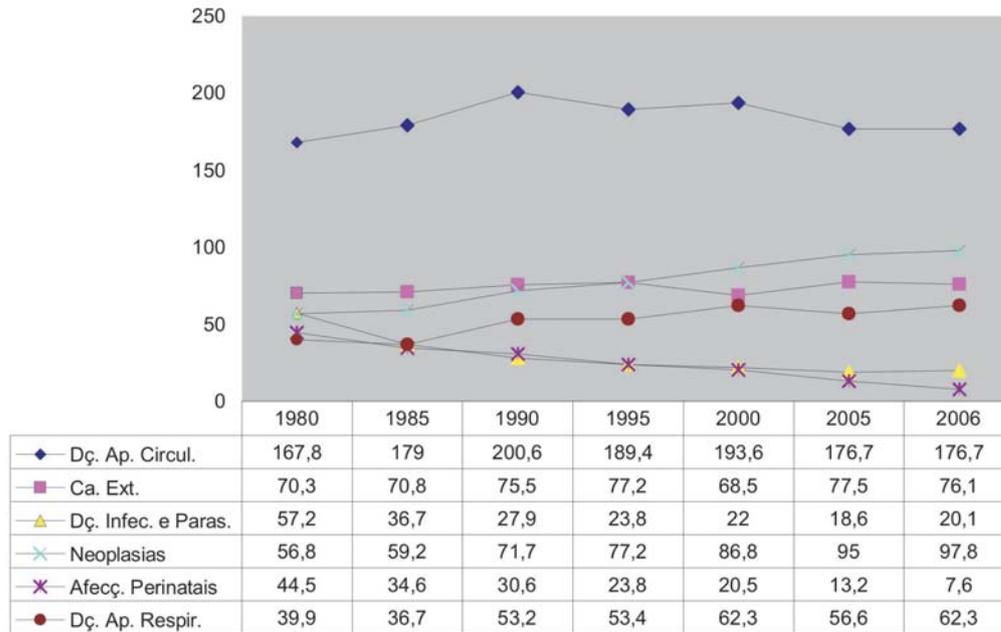
FONTE: SESA-PR

A **mortalidade proporcional por faixa etária** mede em especial a participação dos óbitos de crianças menores de 01 ano e de adultos de 50 e mais no total de óbitos registrados. No Paraná, este indicador passou de 22,2% em menores de 01 ano e 47,2% em maiores de 50 anos, em 1980, para 13,3% e 71,6% em 2006 respectivamente. Este significativo deslocamento da mortalidade para faixas etárias maiores é resultado da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida e reflete-se no aumento da frequência de algumas doenças entre as principais causas de morte.

As doenças cardiovasculares representam a principal **causa de mortalidade** na população do Paraná. No Estado, de 1980 a 2006, o risco de morte por essas doenças aumentou em 5,3%, elevando o coeficiente de mortalidade de 167,7/100.000 habitantes em 1980 para 176,7/100.000 habitantes em 2006 (Gráfico 10). A incidência está associada à frequência de fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes; e às condições e hábitos de vida como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e o estresse; e pode também estar associada à qualidade da assistência disponível.



GRÁFICO 10 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS – PARANÁ 1980 - 2006



FONTE: SESA-PR.

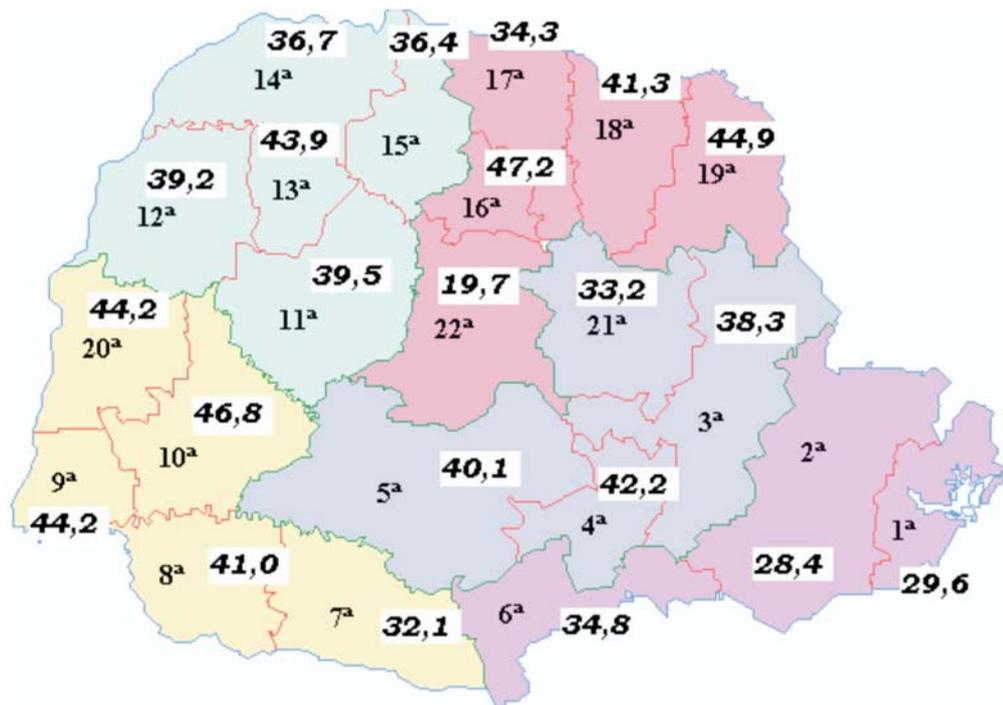
As neoplasias são atualmente a segunda causa de óbitos no Estado. O risco de morte, que era de 56,8 óbitos por 100.000 habitantes em 1980, passou para 97,8/100.000 habitantes em 2006; representando um acréscimo de 72,2%.

Na análise por gênero, predominam no sexo feminino os cânceres de mama; de traquéia, brônquios e pulmões; do colo de útero e de porções não especificadas do útero; e no masculino, o câncer de estômago, seguido do pulmão e próstata (1996 a 2004). As taxas de mortalidade por neoplasias malignas estão relacionadas ao envelhecimento da população, a maior taxa de incidência da doença neoplásica associada a fatores de risco específicos (dietéticos, comportamentais, ambientais e genéticos) e ao acesso a diagnóstico e tratamento.

As causas externas, acidentes e violências, representam a terceira causa de mortes no Paraná, tendo o coeficiente de mortalidade por este grupo passado de 70,3 óbitos/100.000 habitantes em 1980 para 76,1 em 2006. Os acidentes de transporte e as agressões são as duas principais causas de morte, com maior frequência entre homens do que entre mulheres. Estudo epidemiológico sobre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado mostra que, em ambos os sexos, os óbitos por acidentes aumentam com a idade, as violências predominam nos mais jovens (15 a 29 anos) e os suicídios são praticamente iguais em todas as faixas etárias, a partir dos 15 anos.



MAPA 1 - TAXAS DE MORTALIDADE POR 100 MIL HAB. E POR REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DECORRENTE DE HOMICÍDIOS, 2006

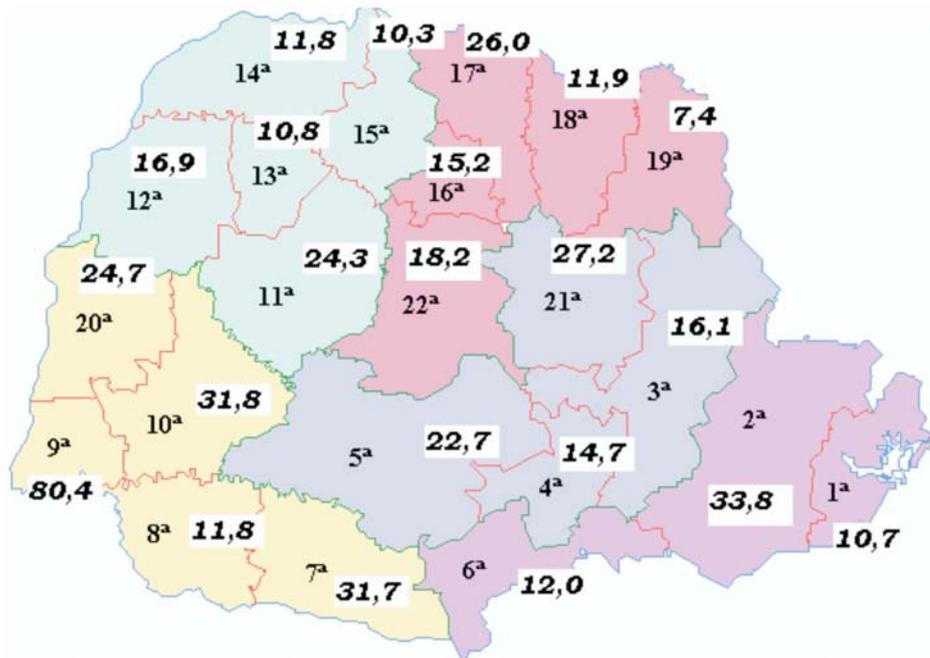


Fonte: SIM DVDNT DEVE SVS SESA-PR

Observa-se que as taxas por homicídios nas Regionais de Saúde do PR em 2006 variam de 19,7 na 22ªRS Paranavaí até 47,2 na 16ª RS Apucarana, a maior do estado em 2006, sendo que o Estado teve uma taxa de 35,7/100.000. Quinze regionais tiveram taxas acima do Estado: 16ª, 10ª, 19ª, 20ª, 9ª, 13ª, 4ª, 18ª, 8ª, 5ª, 11ª, 12ª, 3ª, 14ª, 15ª RS, enquanto as demais apresentaram taxas mais baixas que no Paraná como um todo.



MAPA 2 - TAXAS DE MORTALIDADE POR 100 MIL HAB. E POR REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DECORRENTE DE ACIDENTES, 2006.

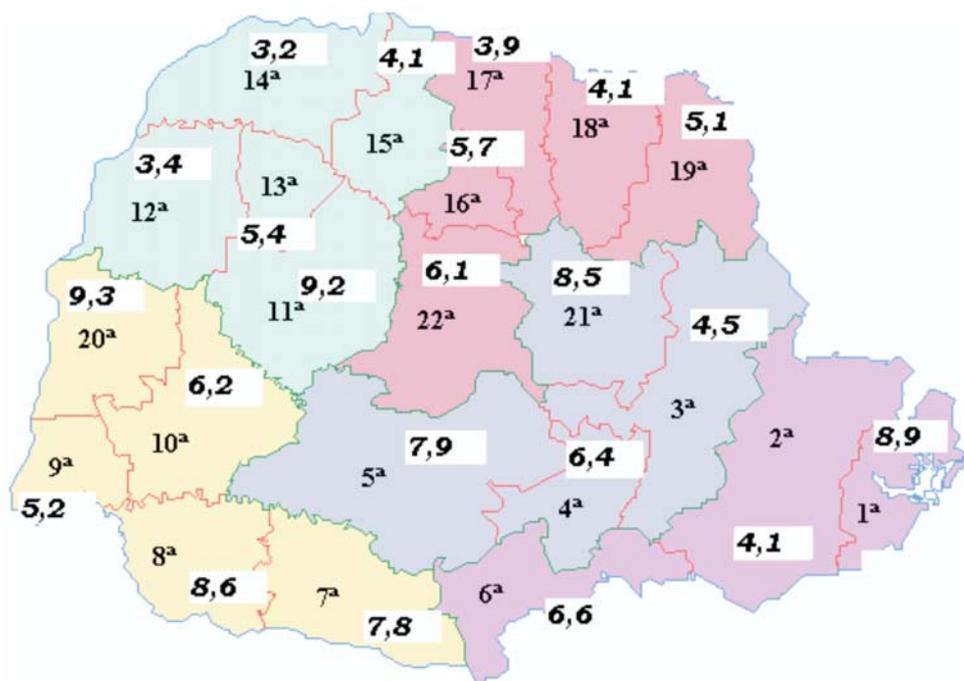


Fonte: SIM DVDNT DEVE SVS SESA –PR

Observa-se que a menor taxa do Estado ocorreu na 19ª RS - Jacarezinho, com 7,4 enquanto a maior na 9ª RS – Foz do Iguaçu com 80,4/100mil hab. Dezesete regionais tiveram taxas menores que a do Estado que foi 26,4/100mil hab. Em cinco regionais as taxas foram maiores que a do PR: Curitiba, Pato Branco, Foz do Iguaçu, Cascavel e Telêmaco Borba.



MAPA 3 - TAXAS DE MORTALIDADE POR 100 MIL HAB. E POR REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DECORRENTE DE SUICÍDIOS, 2006



Fonte: SIM DVDNT DEVE SVS SESA-PR

Observa-se que as taxas por suicídios nas Regionais de Saúde do PR em 2006 variam de 3,2 na 14ªRS Paranaíba até 9,3 na 20ª RS Toledo, sendo que o Estado teve uma taxa de 5,3/100.000. Sete regionais tiveram taxas abaixo do Estado: 2ª, 3ª, 9ª, 12ª, 15ª, 18ª e 19ª RS, enquanto as outras quinze apresentaram taxas mais altas que no Paraná como um todo.

Morbidade por doenças transmissíveis

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 (ver Tabela 15).



Entre as **transmissíveis com quadro declinante** inserem-se as doenças que dispõem de medidas eficazes de prevenção e controle, especialmente as *imunopreveníveis*. São as que se encontram em franco declínio com reduções drásticas nas taxas de incidências. 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 tétano neonatal apresenta taxas de incidência abaixo do patamar estabelecido para considerá-lo problema de saúde pública (1/1.000 nascidos vivos) desde 1983.

No âmbito das doenças transmissíveis com tendência declinante, estão ainda a difteria (último caso em 2000), a coqueluche (49 casos em 2006) e o tétano acidental (26 casos em 2006), que têm em comum o fato de serem imunopreveníveis. Exemplificando o impacto da redução produzida na incidência das doenças imunopreveníveis (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 75 casos (tétano acidental e coqueluche) 27 anos depois. Mais significativo ainda foi a redução na mortalidade e na ocorrência de seqüelas, com impactos relevantes na qualidade de vida.

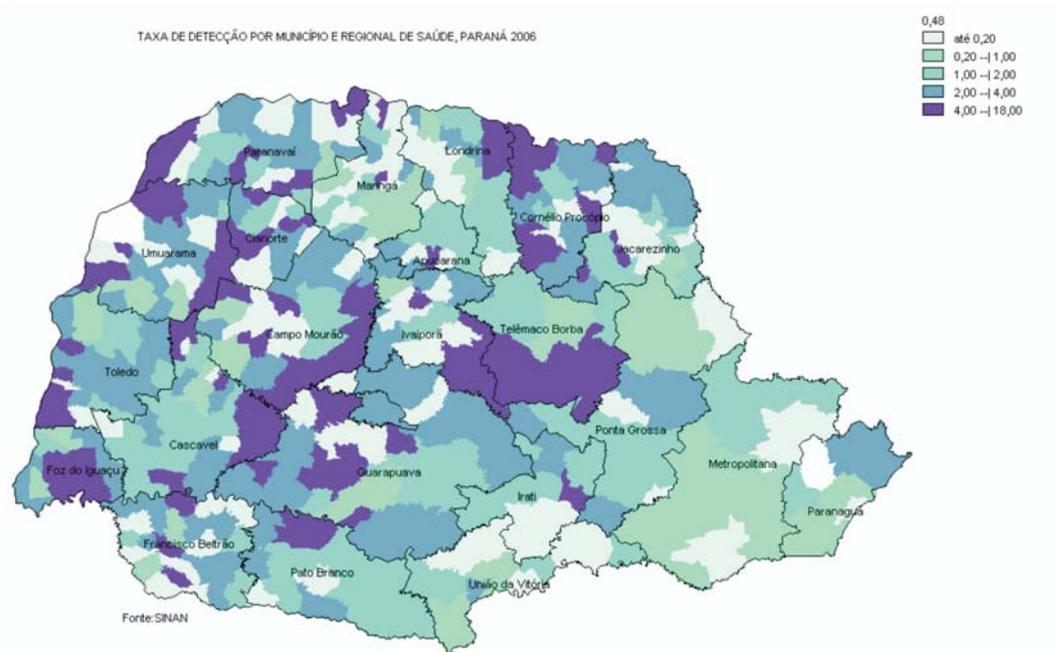
A hanseníase, a doença de Chagas e a raiva humana se caracterizam também como doenças em declínio. No Paraná, as primeiras notícias em relação à hanseníase datam de 1816, por meio de pessoas vindas da região norte do país para se fixarem em alguns municípios do Estado. Em 2006, foram diagnosticados 1.541 casos novos no Paraná, com taxa de detecção de 1,5/10.000 habitantes (Mapa 4). A taxa de prevalência reduziu de 2,3/10.000 habitantes para 1,5/10.000 hab., no período de 1992 a 2006, chegando próximo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (1/10.000 hab.). Visando eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, no Pacto pela Saúde, foi estabelecida a meta de aumento da taxa de cura que estava em 83,3% em 2006, para 85% em 2011.

A transmissão da *doença de Chagas* no Estado pelo *Triatoma infestans* está interrompida atualmente. No entanto, espécimes autóctones potencialmente vetoras (*Panstrongylus megistus*, *Panstrongylus geniculatus*, *Triatoma tibiamaxulata*, *Rhodnius neglectus*, entre outros), podem eventualmente, invadir os domicílios e favorecer a transmissão vetorial da doença. A prevalência da doença no Estado é de 0,05%, identificada no Inquérito Nacional de Soroprevalência da Infecção Chagásica (INSIC). Identificaram-se duas amostras reagentes em menores de 05 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.

Ocorrem em média 250 óbitos/ano e 660 doadores soropositivos são considerados inaptos por doença de Chagas no Estado, ou seja, em média 0,24% do total de doadores (índice considerado baixo). O conhecimento de casos da doença é um evento raro, pois o diagnóstico da mesma é difícil na fase aguda devido a pouca ou nenhuma manifestação clínica. A vigilância epidemiológica de Chagas continua, portanto, centrada basicamente na vigilância entomológica do vetor.



MAPA 4 – TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE POR MUNICÍPIO E REGIONAL DE SAÚDE – PARANÁ, 2006



FONTE: SESA-PR.

Não são registrados casos de *raiva humana* 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 ocorreu em 1977. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) registra anualmente uma média de 30.000 notificações de pessoas expostas ao risco de contrair a raiva, na grande maioria, agressões por cães e gatos; porém é elevado o número de contatos com morcegos, animais silvestres ou mesmo animais de produção com confirmação laboratorial de raiva.

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

No Paraná, ocorre anualmente uma média 2.995 casos para todos os tipos de meningites. Dentre estes, 250 são de meningite meningocócica, 114 causadas por pneumococos, 18 meningites tuberculosa e 2.613 de outras etiologias. Por outro lado, têm sido observados níveis de redução na ocorrência da meningite causada por *Haemophilus influenzae* do tipo B



(166 casos em 1992 para 06 casos em 2006), ou seja, redução de 96,4%, atribuída à vacinação de menores de 05 anos desde 1999.

As *hepatites virais*, principalmente as de etiologia B e C são consideradas um problema de grande relevância em saúde pública. Até o ano de 1991, eram notificadas e consolidadas de uma forma única. A partir de 1992, com a introdução do diagnóstico etiológico das hepatites virais, a SESA passou a ter ciência da situação epidemiológica da hepatite B, verificando um coeficiente/taxa de incidência em torno de 3,1/100.000 habitantes em 1993, 4,9 em 1994, chegando a 6,4 em 1998; com decréscimo para 1,22 em 2006.

Existem regiões que apresentam alta incidência, como o sudoeste, com taxa de incidência de 34,8/100.000 hab. em 1994. Mais de 50,0% das bolsas de sangue fracionadas no oeste e sudoeste do Paraná eram levadas à incineração, com média de 80,0% dos doadores apresentando sorologia positiva para várias afecções, sendo a hepatite B a causa mais freqüente. Esta situação foi controlada com a introdução da vacinação em menores de 01 ano, depois ampliada para os menores de 19 anos.

O Paraná apresentou uma taxa de incidência da *tuberculose* de 23,2/100.000 habitantes em 2006, sendo 50,0% desses casos bacilíferos. A 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.

Comparados aos parâmetros do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, observa-se que os indicadores de percentual de cura e de abandono do tratamento (71,9% e 6,7%, respectivamente, no ano de 2006) encontram-se abaixo do preconizado (cura maior ou igual a 85% e abandono inferior a 5%). Para 2007, o Paraná pactuou a meta de 72,6% de cura dos casos novos bacilíferos e redução de abandono para taxas inferiores a 7%.

Preconiza-se também tratamento supervisionado para 100% dos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos, percentual que, no Estado, é de 46%, o que aponta para a necessidade de incremento desta estratégia. Outra ação a ser implementada é a investigação de sintomáticos respiratórios, visando maior detecção dos casos novos bacilíferos. Foi implantado nos municípios prioritários o livro de sintomáticos respiratórios para melhoria da qualidade e registro dos dados.

A *esquistossomose* é uma doença endêmica no norte do Paraná, especificamente nas Regionais de Cornélio Procópio, Jacarezinho e Londrina, onde são encontrados casos desde a década de 1950. A transmissão se dá por meio de larvas liberadas na água por uma espécie de caramujo que se contamina com ovos do *Schistosoma mansoni*, presentes nas fezes de pessoas doentes. Se não for tratada, produz complicações que podem levar até à morte.

São três os pilares de combate desta doença: diagnóstico e tratamento dos doentes, controle das coleções hídricas contaminadas e educação em saúde para a população. O Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) no Paraná se encontra hoje em fase de retomada das ações necessárias para diminuir efetivamente a incidência e complicações da doença. Entre suas



ações, há o Projeto de Atualização da Carta Planorbídica, iniciada em 2004 e ainda não concluída, que é o mapeamento dos locais de maior risco para a transmissão da esquistossomose no Estado, com o intuito de orientar as ações de controle e prevenção do agravo.

A *febre amarela*, até a década de 1940, ficou restrita à forma silvestre na região da Amazônia Legal. No final da década de 1990, o padrão silvestre ultrapassou a referida área, passando a ocorrer em municípios dos Estados de Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Houve epidemias em primatas não humanos e em humanos, com episódios anuais e não mais quinquenais ou em decênios, como antes acontecia, envolvendo inclusive áreas rurais dos municípios desses Estados, com padrão das savanas africanas, fazendo com que o Ministério da Saúde ampliasse a área considerada de risco para o agravo.

Este comportamento agregado à presença do *Aedes aegypti* na grande maioria dos municípios brasileiros e à impossibilidade de erradicação da forma silvestre da doença, torna eminente o risco de reintrodução da febre amarela urbana no país. O ciclo silvestre da doença vem acontecendo sistematicamente em Goiás, Minas Gerais e Mato Grosso, além do Rio Grande do Sul e São Paulo, no período de 2000 a 2007, todos estados muito próximos do Paraná.

A *leishmaniose tegumentar americana* é uma antropozoonose transmitida por vetores, endêmica no Paraná, com uma prevalência importante nas regiões Norte, Noroeste, Oeste e no Vale do Ribeira. A média anual é de aproximadamente 700 casos, com alta magnitude e transcendência, e tem grande importância como doença relacionada ao trabalho em áreas de transmissão. Na evolução tardia do agravo ocorrem casos de Leishmaniose Cutânea Mucosa com graves seqüelas e complicações, principalmente por diagnóstico tardio devido ao desconhecimento de algumas equipes de atenção à saúde.

A *leishmaniose visceral* constitui também uma importante antropozoonose 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.

A *leptospirose* (chamada de doença de Weil) é uma zoonose de ampla distribuição geográfica, acometendo os animais e o homem, causada por uma bactéria do gênero *Leptospira*. Varia desde um processo discreto como gripe até a forma mais grave, que pode levar o paciente à morte.

Os roedores, em especial as ratazanas, desempenham o papel de principais reservatórios da doença, pois são portadores sadios da bactéria *Leptospira* nos rins, eliminando-as vivas no meio ambiente e contaminando água, solo e alimentos. Todas as Regionais de Saúde notificam casos, sendo que a 2ª (Capital e Região Metropolitana) registra 60% dos casos. A letalidade está em torno de 10%.



A *malária* ainda representa um importante problema de saúde pública mundial, afetando 300 milhões de pessoas nas áreas subtropicais e tropicais do planeta, com mais de 1 milhão de mortes ao ano, na sua maioria crianças. Mais de 60% do território brasileiro está em franca fase de transmissão da doença ou possui condições para que ela ocorra, afetando especialmente aqueles que habitam os locais mais isolados e distantes do país, onde é mais incidente. No Paraná, a transmissão da malária está sob controle, ocorrendo poucos casos de autoctonia, notificados atualmente apenas na Regional de Saúde de Foz do Iguaçu. Em decorrência da maior facilidade de locomoção de pessoas, por motivo profissional ou de lazer, observa-se com relativa frequência o diagnóstico de malária em pacientes oriundos de regiões endêmicas. O número de casos importados no Paraná tem se mantido constante nos últimos anos, próximo de 200 casos novos confirmados ao ano, em sua maioria proveniente de Rondônia.

Está documentada a presença do principal vetor da malária, o mosquito *Anopheles darlingi*, em toda a região oeste do Estado, desde a Regional de Saúde de Foz do Iguaçu até a Regional de Saúde de Paranavaí, região que faz divisa com o Paraguai e Mato Grosso do Sul. Há também a presença dos mosquitos *Anopheles cruzii* e *bellator* no litoral do Estado, na Regional de Saúde de Paranaguá. No início de 2007, observou-se um aumento significativo no número de casos autóctones confirmados de malária, que passou de 11 no ano de 2006 para 45 até o mês de agosto/07 (malária vivax), tendo como local de infecção localidades situadas na região da tríplice fronteira. Por ser um agravo de transmissão não habitual no Paraná, pode estar ocorrendo demora no diagnóstico da malária pela rede assistencial.

TABELA 16 – CASOS CONFIRMADOS DE ALGUMAS ZOONOSES E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES , PARANÁ - 1980, 1990, 2000 E 2006 *

DOENÇA	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Leptospirose (1983)	15	148	118	185	251	312	200	326	254
Leishmaniose tegumentar	...	192	602	613	1028	936	648	503	453
Leishmaniose visceral	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esquistossomose	1869	622	60	66	130	353	237	357	304
Malária (1990)	...	2639	204	57	179	165	169	203	157

Fonte: SESA-PR

(*) Dados preliminares para 2006



O *tracoma* é uma doença ocular crônica e transmissível, caracterizada por ceratoconjuntivite crônica recidivante causada pela *Chlamydia trachomatis* que, em casos de infecções repetidas, pode ocasionar opacidade corneana por triquíase e até cegueira. No Paraná, o tracoma vem sendo pesquisado desde a década de 50. Em 2001, estudo de prevalência realizado em 4.435 escolares de 7 a 15 anos de idade, na Região Metropolitana de Curitiba e em seis municípios da Regional de Londrina, detectou prevalência de tracoma de 6,1%, com variação nos municípios estudados: prevalência maior que 10% em Miraselva (11,6%) e Centenário do Sul (10,3%); 5,5% em Florestópolis; 5,4% em Curitiba e 1,5% em Almirante Tamandaré. Em 2003, foi realizado o “Inquérito Nacional de Tracoma em Escolares”, em 83 escolas públicas, examinando-se 7.917 crianças matriculadas da 1ª a 4ª série, em 58 municípios. O resultado desta pesquisa apontou uma taxa de detecção da doença de 6,2%, em 57 dos 58 municípios pesquisados. No ano de 2007, levantamento amostral realizado em algumas regiões do Estado, no qual foram examinados 6.350 escolares, constatou a taxa de detecção de 7,5%.

Os *acidentes por animais peçonhentos* são causados por animais vertebrados (serpentes, peixes) e invertebrados (abelhas, lagartas, aranhas, escorpiões) 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 5.000 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. Esta é a espécie causadora de óbitos também em outros Estados do país.

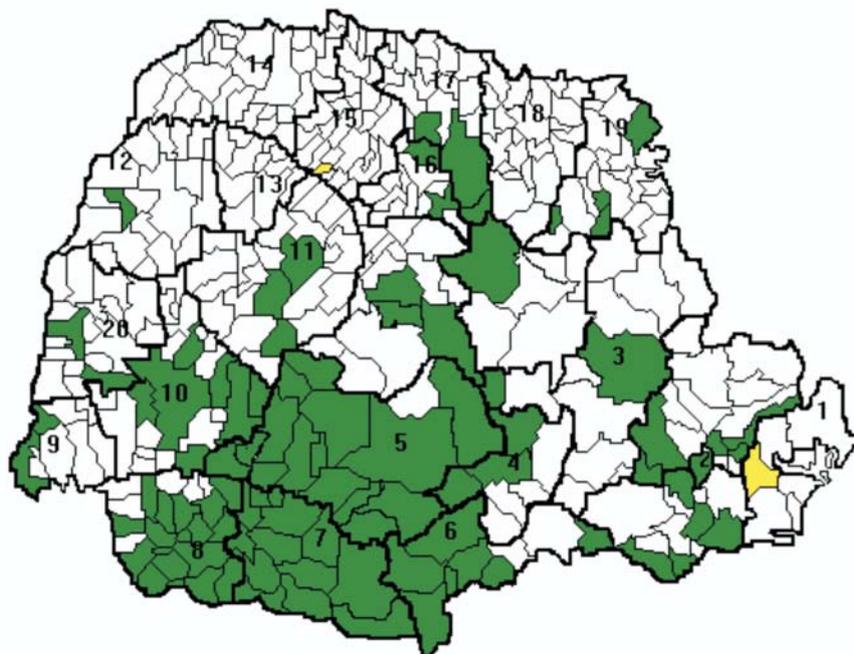
Já os acidentes por serpentes apresentam variação na incidência, no entanto os casos de acidentes pelo gênero da cascavel vêm aumentando gradativamente em relação aos causados pelas jararacas. A vigilância da distribuição de lagartas *Lonomia* (Mapa 5), bem como a qualidade do diagnóstico e tratamento, são fatores incondicionais para reduzir a morbimortalidade por esses acidentes.

Apesar do 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 Aids e a hantavirose. Já as doenças reemergentes são doenças conhecidas que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana. A dengue e a cólera encaixam-se neste conceito.



MAPA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE LAGARTAS DE *LONOMIA SP*, PARANÁ - 1989 - 2008*



FONTE: SESA/CSA/DV Zoonoses e Intoxicações.

* Dados parciais até 14/11/2008

Identificação somente por mariposa (Dr Camargo e Morretes)

O quadro da *AIDS* no Paraná, desde o primeiro caso conhecido (1984) até 15 de novembro 2006, é demonstrado a seguir:

Nº total de casos notificados	18.004	
Nº e % de casos notificados de adultos	17.257	95,8%
Nº e % de casos notificados de crianças < de 13 anos	747	4,2%
Nº e % de casos masculinos em adultos	11.423	66,2%
Nº e % de casos femininos em adultos	5.831	33,8%
Nº e % de casos em adultos que foram a óbito	6.351	36,8%
Nº e % de casos em heterossexuais	10.758	62,4%
Nº e % de casos em homossexuais	2.295	13,3%
Nº e % de casos em bissexuais	1.411	8,2%)
Nº e % de casos em usuários de drogas	869	5,0%
Nº e % de casos com meio de transmissão “ignorado”	1.820	10,7%
Nº e % de casos na faixa etária de 13 a 49 anos	15.681	90,9%
Nº e % de casos na faixa etária de 50 anos e mais	1.576	9,1%
Percentual de casos com 4 a 7 anos de estudo,		29,7%
Percentual de casos com 1 a 3 anos de estudo	25,1%	



Outra observação importante refere-se à razão entre o número de casos entre homens e mulheres, que já foi de 7 para 1 e hoje é de 1 para 1. Os últimos dados epidemiológicos apontam ainda para o aumento do número de casos em heterossexuais, mulheres e na terceira idade. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a maioria das mulheres informa ter parceiros usuários de drogas. Segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS, a incidência de AIDS em gestantes no Paraná é de 5,2 por 1.000 (ano 2001) e dados do Programa Mãe Curitibana indicam 0,6 % de soropositividade nessa população.

As Regionais de Saúde com maior número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) por 100 mil habitantes, ou seja, com maior risco de ocorrência de casos novos são: Paranaguá, Metropolitana, Londrina, Cascavel, Ponta Grossa e Foz do Iguaçu. Essas informações mostram um cenário de heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia no Estado.

Outra doença emergente de importância no Estado é a *bantavirose*, 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 2007, dados preliminares, confirmam 173 casos, em 10 Regionais de Saúde (38 municípios). Destes, 63 evoluíram para óbito (36% de letalidade). No Brasil, a letalidade média é de 39%. Existe uma predominância do agravo nos municípios da Região Centro-Sul, porém o roedor silvestre está presente em todo o Estado.

Outras doenças consideradas como emergentes são a *febre maculosa* e as *arboviroses*. No Brasil, a ocorrência da febre maculosa tem sido registrada em Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e, a partir de 2003, em Santa Catarina. No período de 1995-2003, foram registrados 263 casos da doença, com taxa de letalidade de 28%. No Paraná, o primeiro caso foi notificado e confirmado em 2005. Desde então foram notificados 37 casos com 3 confirmações (um importado e dois autóctones). Os arbovírus são definidos como vírus com transmissão por meio de artrópodes vetores. Atualmente, mais de uma centena desses vírus das famílias *Orthomoxiviridae*, *Rhabdoviridae*, *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 vêm aumentando no nosso meio, sem identificação do agente etiológico.

A maioria dos agravos desse grupo é de zoonoses tendo seus reservatórios em populações animais, principalmente aves e roedores silvestres. O homem é um hospedeiro acidental, embora possam ocorrer epidemias de grande magnitude e em situações epidemiológicas específicas. Essas infecções podem se manifestar clinicamente de quatro formas principais: quadro febril benigno (alguns com característica de gravidade mais acentuada); doença aguda do sistema nervoso central (manifestando-se como quadros



meningíticos ou encefalíticos, ambos assépticos); quadro febril hemorrágico grave; doença exantemática benigna com artrite.

O Estado do Paraná sofreu, durante o século XX, um importante processo de alteração ambiental com desmatamento intenso. Contudo, o Estado ainda apresenta áreas com características naturais facilitadoras da transmissão desses agentes. A região litorânea e as regiões de fronteira, como Foz do Iguaçu, são áreas de alto risco para a ocorrência, introdução e reintrodução de arboviroses. As condições ecológicas de diferentes regiões do Estado favorecem o abrigo de uma fauna diversificada com potenciais reservatórios para inúmeras arboviroses.

O vírus da Influenza A, embora não seja um arbovírus, tem como reservatório várias espécies de aves silvestres aquáticas, a partir das quais pode ser transmitido esporadicamente para mamíferos, inclusive o homem, de forma zoonótica. Pode também sofrer processo de recombinação genética com o vírus da influenza humana - ou uma mutação adaptativa em infecções sequenciais em humanos - podendo gerar subtipos com potencial pandêmico.

No Paraná, a doença reemergente de maior importância é a *dengue*. Até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967, a dengue foi considerada erradicada. A doença vem apresentando variações cíclicas no Estado, com períodos irregulares e incidências importantes em anos epidêmicos.

Em 2007, até 10 de dezembro, foram notificados 48.649 casos suspeitos, dos quais 26.448 já confirmados, por exame laboratorial ou critério clínico-epidemiológico. Destes casos, 25.530 eram autóctones (a infecção ocorreu no Estado).

Das 22 Regionais de Saúde do Paraná, 17 (77,27 %) apresentaram casos autóctones, com incidência variando de 0,03/100.000 habitantes na 2ª. Regional de Saúde, que abrange a Capital e Região Metropolitana, até 1.514,2/100.000 hab., na Regional de Maringá. A taxa de incidência de dengue no Estado foi em média de 242,9 casos/100.000 hab.

Dos 399 municípios, 147 (36,8%) apresentaram transmissão ativa da doença em 2007, com maior incidência em Doutor Camargo (8.320,03 /100.000 hab. – 469 de casos), seguido de Ubatã (7.588,2 – 1441 casos), São Jorge do Ivaí (7.235,4 – 374 casos) e Altônia (5.336,3 – 783 casos). Entre todos os municípios com ocorrência de casos, 82 têm incidência maior que 100 casos por 100.000 habitantes e 65 abaixo deste índice. A população total exposta nos 147 municípios com circulação viral é de 4.499.997 habitantes, 42,8% do total de 10.511.862 hab. do Estado. Entre os municípios, vários apresentaram apenas 01 caso e Maringá registrou o maior número absoluto de casos – 6.313.

**TABELA 17 – NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/ 100 MIL HABS. POR DENGUE, PARANÁ, 2000 - 2007**

ANO	POPULAÇÃO	CASOS	INCIDÊNCIA
2000	9.563.458	1.708	17,9
2001	9.610.597	1.164	12,1
2002	9.797.965	4.731	48,3
2003	9.906.812	9.230	93,2
2004	10.015.425	57	0,6
2005	10.261.840	882	8,6
2006	10.387.408	830	8,0
2007 *	10.511.862	26.448	242,9

FONTE: SESA-PR.

(*): Dados até 10/12/07, sujeito a alterações.

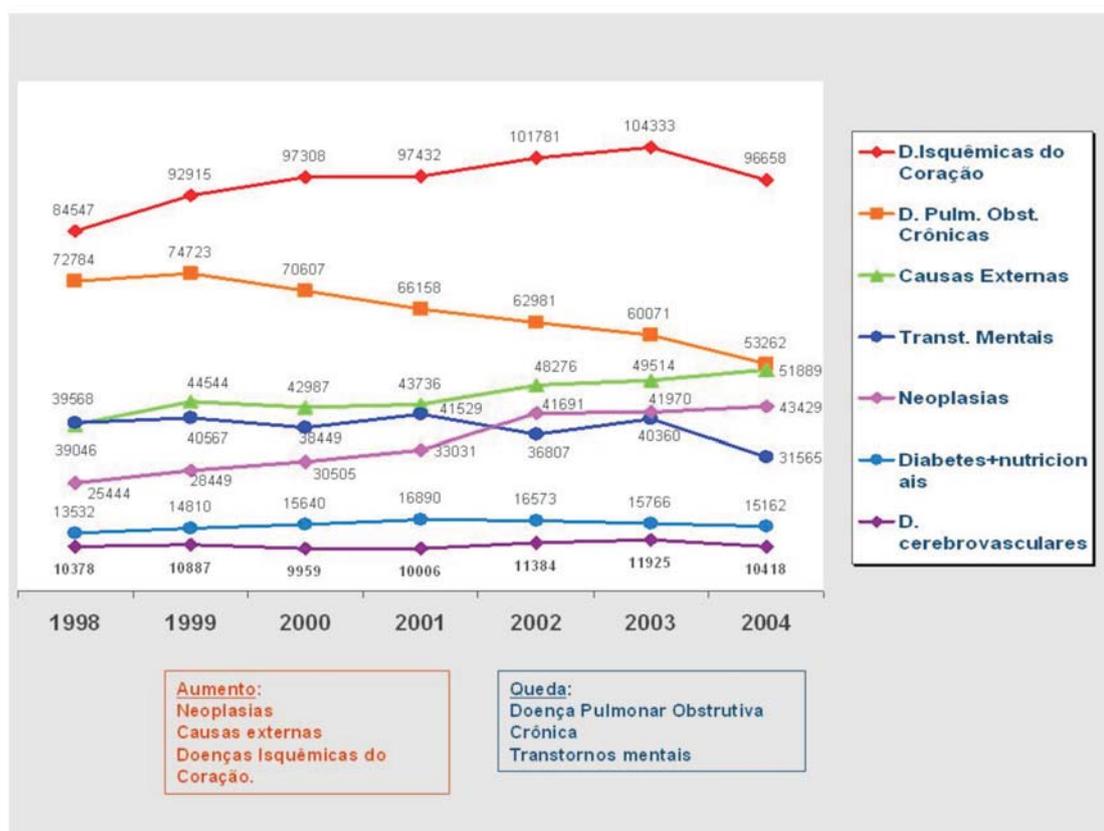
Morbidade por doenças e agravos não transmissíveis.

Desde o século passado o perfil de ocorrência de doenças vem se modificando em decorrência de transformações sociais e econômicas, com o predomínio atual de doenças e agravos não transmissíveis – DANT. Entre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica estão a queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um aumento progressivo da população idosa, que favoreceu o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); a transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade; e o aumento dos traumas causados por acidentes, violências e envenenamentos. As doenças e agravos não transmissíveis representam hoje cerca de 70% dos gastos em assistência à saúde no Brasil e são causa das maiores taxas de morbimortalidade.

As informações sobre as internações hospitalares pagas pelo SUS podem ser usadas na estimativa da morbidade, embora deva se considerar também a influência de outros fatores como disponibilidade de recursos de infraestrutura física, de equipamentos e de recursos humanos, bem como os valores dos procedimentos. Estudo do Centro de Informações e Diagnóstico da SESA, com dados disponíveis para o período de 1998 a 2004, mostram que todos os internamentos por DANT estão em crescimento, exceto as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (bronquite crônica, enfisema e asma) e os transtornos mentais.



GRÁFICO 11 – CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES , PARANÁ - 1998 - 2004



FONTE: SESA-PR.

De 1998 a 2004, as proporções de internações por algumas DANTs foram: doenças cardiovasculares (13,3%), acidentes e violências (7,1%), neoplasias (6,0%), transtornos mentais (4,3%) e o diabetes (2,1%). Os percentuais de gastos para essas doenças equivaleram a 26,5%; 8,4%; 8,6%; 7,5% e 1,3%. Isto indica que, com exceção dos diabetes, as demais doenças e agravos apresentam proporção de gasto maior que a de internação, evidenciando o seu alto custo; além de envolverem também questões de impacto socioeconômico, pessoal e familiar.

Entre os internamentos por *doenças cardiovasculares* pelo SUS, em 2004, predominaram as insuficiências cardíacas congestivas (31,5%), os acidentes cerebrovasculares (26,9%) e as doenças isquêmicas do coração (16,4%). As internações por essas duas causas cresceram de 1998 a 2004, enquanto houve redução das por insuficiências cardíacas congestivas.

Dos tipos de neoplasias com maior incidência no Estado, de 1998 a 2004, os que mais aumentaram em número de internamentos foram as de próstata, leucemias, de estômago, pele e cólon. Segundo registros do Hospital Erasto Gaertner, hospital de referência estadual em oncologia, identificaram-se cinco principais tipos de câncer no período de 1990-1999: colo uterino, mama, pele, esôfago e pulmões.



O *diabetes mellitus* é a doença metabólica de maior prevalência na atualidade, ou seja, com maior número de casos existentes na população e com maior predominância em adultos (diabetes tipo II - 85%). A gravidade da doença está na sua evolução com lesão de órgãos (coração, rins, retina) e incapacitações decorrentes. A cronicidade e as incapacidades geradas resultam num alto custo do tratamento. Inquérito realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em Curitiba, no ano de 2002, identificou uma prevalência de 7,4%. A média do Brasil estava em 7,6% no ano de 1998, conforme dados do Ministério da Saúde.

Grupos vulneráveis ou necessidades que demandam intervenções específicas

A *mulher e a criança* constituem um dos grupos de maior vulnerabilidade em nosso meio. No Paraná, a porcentagem de prematuridade foi em média 6% de 2000 a 2005, segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o que corresponde ao esperado segundo a Organização Mundial de Saúde. Observou-se também que o percentual de crianças com baixo peso ao nascer (< 2.500 g) de 2000 a 2005 manteve-se em torno de 8%, caracterizando um número maior do que o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (5% a 6%). As Regionais de Saúde com percentuais mais altos de baixo peso ao nascer em 2006, segundo dados do SINASC, foram a 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 7^a, 11^a, 16^a, 17^a, 18^a.

A duração mediana do aleitamento materno no Paraná aumentou de 1,5 mês em 1975 para 7,4 meses em 1999 (em regiões urbanas), o que contribuiu para a redução da mortalidade infantil e da morbidade relacionada a doenças como desnutrição e obesidade e para o aumento da imunidade e do vínculo mãe-filho das crianças do Paraná. O risco relativo de contrair câncer de mama diminuiu 4,3% para cada ano de amamentação reduzindo também o câncer de colo de útero.

Reduz-se o sangramento materno com a amamentação na primeira hora pós-parto. O aleitamento materno está relacionado a 13% das mortes evitáveis em crianças menores de 5 anos de idade. Com o aleitamento materno reduz-se em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia em crianças maiores de 28 dias a 5 anos.

O aleitamento materno diminuiu a mortalidade neonatal (até 28 dias) em 16% se amamentado no primeiro dia e 22% se amamentado na primeira hora. Com o aleitamento materno reduz-se também os casos de desnutrição e obesidade infantil. Os gastos com aleitamento artificial ficam em torno de um salário mínimo ao mês. Com o aleitamento materno, estes gastos inexistem, além da economia dos gastos relacionados às doenças que passam a ser evitada com esta prática. Das crianças cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o aleitamento materno aumentou de 3% em 2000 para 20% em 2005.

Como estratégia para a melhoria da saúde da mulher e da criança, em agosto de 2007, o Governo do Estado autorizou o investimento de R\$ 10,63 milhões para a compra de equipamentos destinados às 140 Unidades de Saúde para Atenção Integral à Mulher e à Criança. O primeiro lote de equipamentos será adquirido imediatamente e destinado aos 63



Centros que estão em fase de conclusão. As primeiras unidades estão em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo da média paranaense. Outros 70 Centros estão em fase de licitação. A construção dos Centros Integrados da Mulher é uma parceria das Secretarias de Estado da Saúde e do Desenvolvimento Urbano/Paranacidade, responsável pela publicação dos editais de licitação e contratação das obras. Cada unidade tem custo estimado em R\$ 185 mil e as prefeituras cedem os terrenos. Assim que os Centros forem entregues, serão equipados pela Secretaria de Estado da Saúde, para que iniciem seu funcionamento o mais rápido possível. A Pastoral da Criança trabalha em parceria com o Estado e os municípios para encaminhamento das gestantes e crianças ao pré-natal e puericultura nas Unidades de Saúde.

Cada centro integrado terá equipamentos de ultra-sonografia e gabinetes especializados para atender à mulher, à criança e à saúde bucal. O atendimento será feito por equipe multidisciplinar, com incentivo mensal pago pelo Governo do Paraná para auxiliar as prefeituras no custeio das unidades. Os Centros Integrados utilizam o projeto modelo de um centro de saúde básico — com 200 metros quadrados de área construída — classificado em primeiro lugar no Concurso Público Nacional de Anteprojetos de Arquitetura para Prédios Públicos realizado pelo Governo do Paraná.

Os Centros, lançados no ano passado, integram o “Pacto Estadual pela Vida – Estratégias para Redução da Mortalidade Materno-Infantil”. O programa “Pacto Estadual Pela Vida” prevê um conjunto de ações para combater os índices de mortalidade no Estado. Num primeiro momento, tem como público-alvo os municípios que, entre os anos de 1999 a 2005, apresentaram mortalidade infantil crescente, com a presença de mortalidade materna oscilante e IDH abaixo da média paranaense.

Outro grupo vulnerável é o *trabalhador*. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (IBGE – 2006), a população do Paraná é de 10.410 milhões de habitantes e a

População Economicamente Ativa – PEA - de 5.785 milhões de pessoas, das quais 3.205 milhões são homens e 2.581 milhões mulheres. Os trabalhadores segurados pela previdência social totalizam 2.883 milhões (53.3 % da população ocupada), restando 46,7% da PEA não coberta pelo seguro social.

Quanto à distribuição dos trabalhadores por idade e posição na ocupação, aproximadamente 6% da população ocupada é constituída por crianças e adolescentes, 87% por trabalhadores de 18 a 59 anos e 7% com mais de 60 anos (Tabela 18).



TABELA 18- PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA, POR POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL E OS GRUPOS DE IDADE - PARANÁ - 2006

	Total	%	Posição na ocupação no trabalho principal						Trabalhadores na construção para o próprio uso
			Empregados	Trabalhadores domésticos	Conta-própria	Empregadores	Não remunerados	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	
Total	5 407	100%	2 993	382	1 092	284	364	283	9
10 a 14 anos	89	1.6	18	6	4	-	43	19	-
15 a 19 anos	430	7.9	277	32	22	1	71	25	1
15 a 17 anos	215		116	21	8	1	49	20	-
18 e 19 anos	215		161	11	14	-	22	5	1
20 a 24 anos	635	11.7	483	26	63	11	41	11	0
25 a 29 anos	720	13.3	495	44	102	26	37	16	0
30 a 39 anos	1 304	24.1	776	112	255	73	58	28	2
40 a 49 anos	1 149	21.2	604	94	287	78	50	33	2
50 a 59 anos	714	13.2	273	50	225	70	45	49	1
60 anos ou mais	366	6.7	67	18	133	25	19	102	2
Idade ignorada	-		-	-	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006



Quanto à escolaridade, 7.7% dos trabalhadores não têm instrução (Tabela 19) e, em relação à renda, aproximadamente 54% dos trabalhadores ocupados recebem até 2 salários mínimos (Tabela 20).

A distribuição dos trabalhadores nos diferentes ramos de atividade indica que os setores agrícola e do comércio e reparação envolvem o maior número de trabalhadores ocupados (Tabela 21).

Dados da Pesquisa Industrial Mensal do IBGE, de janeiro de 2008, informam um crescimento da produção industrial em relação a dezembro de 2007. As atividades que tiveram expansão foram as de veículos automotores (54,3%), especialmente a fabricação de caminhões e automóveis; de máquinas e equipamentos (30,3%); de alimentos (7,7%); de edição e impressão (16,0%); de outros produtos químicos (35,1%) e de celulose e papel (14,7%). Com o expressivo aumento no índice mensal, o acumulado nos últimos doze meses mostra ganho de ritmo em janeiro (7,9%), após ficar estável entre novembro (6,7%) e dezembro de 2007 (6,7%).³



TABELA 19 - PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR CONDIÇÃO DE ATIVIDADE NA SEMANA DE REFERÊNCIA E SEXO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E OS GRUPOS DE ANOS DE ESTUDO - PARANÁ - 2006

Situação do domicílio e grupos de anos de estudo	Pessoas de 10 anos ou mais de idade (1000 pessoas)									
	Total	Homens (1)		Mulheres (1)		Condição de atividade na semana de referência				
					Economicamente ativas		Não-economicamente ativas			
				Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	
Total	8 755	4 216	4 540	5 785	3 205	2 581	2 970	1 011	1 959	
Sem instrução e menos de 1 ano	678	281	397	319	179	140	359	102	257	
1 a 3 anos	1 033	513	520	526	303	223	507	211	297	
4 a 7 anos	2 731	1 386	1 345	1 534	916	617	1 197	469	728	
8 a 10 anos	1 506	757	749	1 073	638	435	433	119	314	
11 a 14 anos	2 162	999	1 163	1 783	913	870	379	86	293	
15 anos ou mais	618	269	349	528	246	282	90	23	67	
sem declaração	27	11	17	23	10	14	5	2	3	

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006.



TABELA 20 - PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, ECONOMICAMENTE ATIVAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA, E VALOR DO RENDIMENTO MÉDIO MENSAL POR SEXO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL – PARANÁ – 2006.

Situação do domicílio e classes de rendimento mensal	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, economicamente ativas na semana de referência (1000 pessoas)			Valor do rendimento médio mensal das pessoas de 10 anos e mais de idade, economicamente ativas na semana de referência (R\$) (1)			
	Total	%	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total	5 785	100%	3 205	2 581	876	1 071	636
Até 1/2 salário mínimo	362	6.2	118	244	97	109	92
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	889	15.3	406	484	305	306	303
Mais de 1 a 2 salários mínimos	1 879	32.4	1 059	820	523	537	504
Mais de 2 a 3 salários mínimos	745	12.8	492	253	880	878	882
Mais de 3 a 5 salários mínimos	527	9.1	360	166	1 370	1 365	1 381
Mais de 5 a 10 salários mínimos	429	7.4	287	142	2 402	2 425	2 356
Mais de 10 a 20 salários mínimos	138	2.3	110	28	4 853	4 899	4 670
Mais de 20 salários mínimos	56	0.9	46	10	12 108	11 794	13 568
Sem rendimento (2)	734	12.6	308	425	-	-	-
Sem declaração	26	0.4	18	9	-	-	-

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006.

**TABELA 21 - PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA, POR CONTRIBUIÇÃO PARA INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA NO TRABALHO PRINCIPAL, SEGUNDO O SEXO E OS GRUPAMENTOS DE ATIVIDADE DO TRABALHO PRINCIPAL - PARANÁ – 2006.**

Sexo e grupamentos de atividade do trabalho principal	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência (1000 pessoas)			
	Total	%	Contribuição para instituto de previdência no trabalho principal	
			Contribuintes	Não-contribuintes
	5 407	100%	2 865	2 542
Agrícola	1 046	19,3	203	843
Indústria	835	15,4	609	226
Indústria de transformação	799		578	221
Construção	339	6,2	105	233
Comércio e reparação	1 047	19,3	596	451
Alojamento e alimentação	185	3,4	97	89
Transporte, armazenagem e comunicação	268	4,9	190	77
Administração pública	214	3,9	179	36
Educação, saúde e serviços sociais	475	8,7	405	70
Serviços domésticos	382	7	108	273
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	225	4,1	85	140
Outras atividades	391	7,2	287	104

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, PNAD 2006.



Perfil da saúde dos trabalhadores no Paraná

No Paraná foram notificados à Previdência Social, no período de 2000 a 2006, 213.036 acidentes de trabalho e 1.572 óbitos conforme demonstrado no quadro 01. Esses dados se referem apenas aos trabalhadores com registro em carteira de trabalho, que representavam em 2006 53% da população economicamente ativa.

Quadro 01 - Agravos Relacionados ao Trabalho notificados à Previdência Social no Paraná, no período de 2000 a 2006.

Ano	Total Agravos	Típicos	Trajeto	Doença	Óbitos
2000	25.571	22.508	2.313	750	239
2001	23.231	20.312	2.224	695	211
2002	27.710	23.957	2.874	906	232
2003	29.180	24.959	3.177	1.044	225
2004	33.661	28.320	4.080	1.261	215
2005	36.688	30.350	4.628	1.710	206
2006	36.995	30.768	4.951	1.276	244
Total	213.036	181.174	24.247	7.642	1.572

Fonte: Previdência Social - INSS.

Além destes dados não refletirem a situação real do universo de trabalhadores, há uma grande subnotificação de casos. Estudo sobre o sub-registro das declarações de óbito em comparação com as Comunicações de Acidentes de Trabalho no município de Curitiba (Lee,1999) constatou 76% de subnotificação de óbitos relacionados ao trabalho.

Analisando as taxas de incidência dos acidentes de trabalho apresentadas na Tabela 22, observamos que, no período analisado, houve aumento da taxa de mortalidade de 2005 para 2006.

Dados do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações do Paraná confirmam esse aumento (Tabela 23).

**TABELA 22 - INDICADORES DE ACIDENTES DO TRABALHO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE), DOS ESTABELECIMENTOS LOCALIZADOS NO ESTADO DE PARANÁ**

ANO	INDICADORES DE ACIDENTES DO TRABALHO						
	Incidência (por 1.000 vínculos)	Incidência de doenças ocupacionais (por 1.000 vínculos)	Incidência de Acidentes Típicos (por 1.000 vínculos)	Incidência de Incapacidade Temporária (por 1.000vínculos)	Taxa de Mortalidade (por100.000 vínculos)	Taxa de Letalidade (por1.000 acidentes)	Acidentalidade para a faixa 16 a 34 anos (por100 acidentes)
2000	-	0,63	18,99	-	20,16	-	-
2001	-	0,49	14,39	-	14,95	-	-
2002	18,18	0,59	15,72	15,77	15,22	8,37	60,19
2003	18,28	0,61	15,68	16,01	13,68	7,48	60,97
2004	19,89	0,75	16,73	17,78	12,70	6,39	61,66
2005	20,91	0,86	17,39	18,15	11,89	5,69	60,92
2006	20,13	0,69	16,74	17,67	13,28	6,60	60,86

Fonte: Previdência Social CNAE*



TABELA 23. REGISTROS DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES NO PERÍODO DE 1998 A 2006 NO COMITÊ ESTADUAL DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO PARANÁ

Ano	Amputação	Óbitos / transito	Óbitos	Total óbitos	Óbitos Previdência Social	Dados do SIM
1998	228	31	64	95	-	-
1999	290	78	88	166	-	-
2000	185	132	166	298	-	-
2001	121	205	114	319	-	-
2002	162	190	263	453	232	391
2003	195	185	296	481	225	317
2004	273	27	182	209	215	350
2005	123	31	240	271	206	311
2006	16	-	09	-	244	363
Total	1593		1422			

Fonte: Banco do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações do PR /Previdência Social /SIM

A Tabela 23 permite verificar que, no período de 1998 a 2006, foram registradas 1.593 ocorrências de amputações relacionadas ao trabalho. A distribuição dos registros dessas amputações nos municípios do Paraná está representada na Tabela 24, onde se lê que 31 municípios apresentaram mais de 10 registros no período em questão.

**TABELA 24. REGISTROS DE AMPUTAÇÃO POR MUNICÍPIO – 1998 A 2006**

MUNICÍPIO	Nº REGISTROS
Curitiba	393
Cascavel	202
Guarapuava	95
São José dos Pinhais	52
Ponta Grossa	45
Londrina	40
Pinhais	40
Araucária	37
Toledo	25
Fazenda Rio Grande	24
Quedas do Iguaçu	24
União da Vitória	24
Apucarana	22
Rolândia	22
Sertanópolis	22
Maringá	18
Colombo	17
Imbituva	17
Cafelândia	14
Campo Largo	14
Irati	13
Paranaguá	13
Capitão Leônidas Marques	11
Céu Azul	11
Bituruna	10
Carambeí	10
Jaguariaíva	10

Fonte: Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações do Paraná

Os ramos de atividade associados às amputações registradas no Comitê: indústria da madeira, de produtos alimentícios, metalúrgica, construção civil, indústria de artefatos de plástico, de papel e papelão, agricultura e indústria da construção e reparação de veículos.



Em relação ao registro de óbitos, 27 municípios apresentaram 10 registros ou mais no período de 1998 a 2006.

TABELA 25. REGISTROS DE ÓBITOS POR MUNICÍPIO – 1998 A 2006

MUNICÍPIO	Nº DE REGISTROS
Curitiba	280
Cascavel	101
São José dos Pinhais	45
Ponta Grossa	40
Guarapuava	37
Londrina	36
Paranaguá	36
Maringá	32
Colombo	20
Foz do Iguaçu	20
Pinhais	15
Toledo	13
Prudentópolis	13
Pato Branco	13
Almirante Tamandaré	13
Umuarama	12
Fazenda Rio Grande	12
Apucarana	12
Medianeira	12
Araucária	11
Campo Mourão	11
Sarandi	10
Castro	10

Fonte: Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações do Paraná

As principais causas dos óbitos foram as quedas, os choques e perdas de equilíbrio, os meios de transporte, as máquinas agrícolas, as máquinas para transportar cargas e ou pessoas, gases e vapores inorgânicos, os agentes biológicos, os agrotóxicos, as máquinas e solventes.



Os ramos de atividade com maior número de registros de óbitos foram: construção civil, agricultura, indústria da madeira, comércio varejista e atacadista, indústria de produtos alimentícios, empresa rodoviária, indústria mecânica e materiais elétricos, produção de energia elétrica, empresa pública, indústrias químicas e farmacêuticas, indústria metalúrgica, indústria extrativa mineral e indústria do mobiliário.

Dados do Sistema de Informação de mortalidade estão sintetizados na Tabela 26.

TABELA 26. ACIDENTES DE TRABALHO 2000-2007 SE ACIDENTES DE TRÂNSITO OU NÃO (número absoluto e percentual)

Ano	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007 *	
	Nº	%														
Acidentes de trânsito	224	62,4	206	63,2	223	57,0	180	56,8	219	62,6	198	63,7	240	66,1	181	59,5
Acidentes não trânsito	135	37,6	120	36,8	168	43,0	137	43,2	131	37,4	113	36,3	123	33,9	123	40,5
Total (Nº)	359		326		391		317		350		311		363		304	

Fonte: SESA/SIM

*dados parciais

Em relação à *saúde bucal da população*, a doença cárie está relativamente controlada na infância. O Projeto “Saúde Bucal no Brasil em 2003” apontou um índice CPO-D (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos de idade) de 2,6 . Isto se encontra dentro dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde, esperado para 3,0 em crianças dessa mesma faixa etária. No entanto, a porcentagem de ausência total de dentes em idosos, encontrava-se elevada (cerca de 65,5%).

A fluoretação das águas de abastecimento do Paraná teve início em 1958. Dos 342 municípios operados pela Sanepar, 331 possuem água fluoretada (dados de 2006, confirmados em 2007). A FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) opera em 36 municípios, dos quais 35 contam com água fluoretada (dados de 2007).

Existem 21 municípios com sistema de abastecimento próprio e, destes, 06 fluoretam a água. Mais de oito milhões de pessoas são beneficiados com essa medida no Estado. Os municípios ou localidades que não possuem fluoretação das águas de abastecimento são abastecidos por poços ou minas.



Coadjuvante com a fluoretação das águas de abastecimento na redução dos índices de cárie dentária está o programa Bochecho com Flúor desenvolvido pelas Secretarias Estadual e Municipais da Saúde desde 1980. Esta medida tem beneficiado cerca de 750 mil estudantes acima de 06 anos, da rede pública de ensino, que realizam o bochecho semanalmente.

2.1.4 Perfil da Atenção a Saúde

Atenção Primária

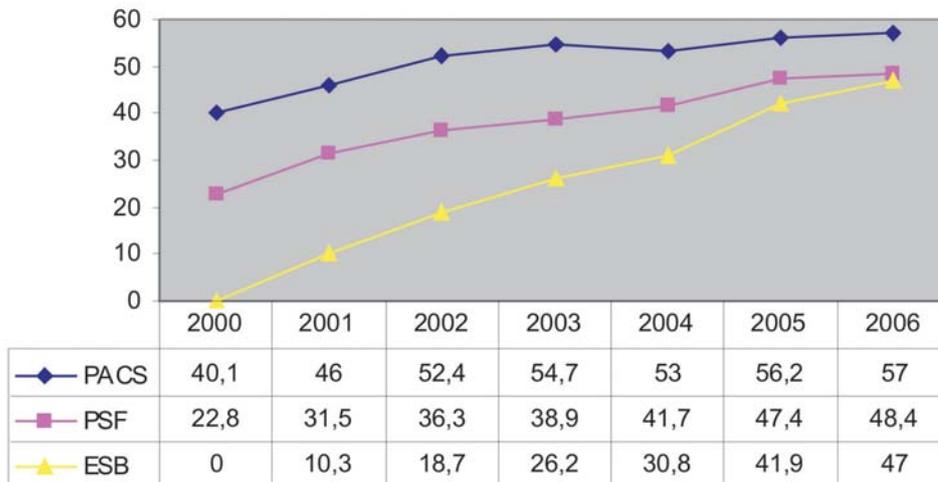
A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção e prevenção dos agravos à saúde. Também fazem parte das ações da Atenção Primária o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dos sujeitos na sua singularidade e complexidade em sua inserção sócio-cultural. É desenvolvida com o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com o trabalho em equipe dirigido a populações de territórios delimitados e com a responsabilidade de promover a resolutividade destas ações. Orienta-se e tem como fundamentos os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade e participação popular.

A Atenção Primária tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia estruturante para sua organização. Visando a operacionalização da Atenção Primária, definem-se como áreas estratégicas no Estado: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose; o controle da hipertensão arterial; o controle do *diabetes mellitus*; a eliminação da desnutrição infantil; a assistência integral à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do idoso; a saúde bucal; a promoção da saúde e a educação permanente em saúde.

O percentual da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Paraná, de 2000 a 2006, aumentou 112,2%; passando de 22,8% a 48,4% das famílias cobertas pelas equipes de saúde da família neste período. A cobertura pelas equipes de saúde bucal (ESB) passou de 0 para 47% de 2000 a 2006; e o percentual da população coberta pelos agentes comunitários de saúde (PACS) aumentou 42%, passando de 40,1% para 57% no período de 2000 a 2006 (Gráfico 12).



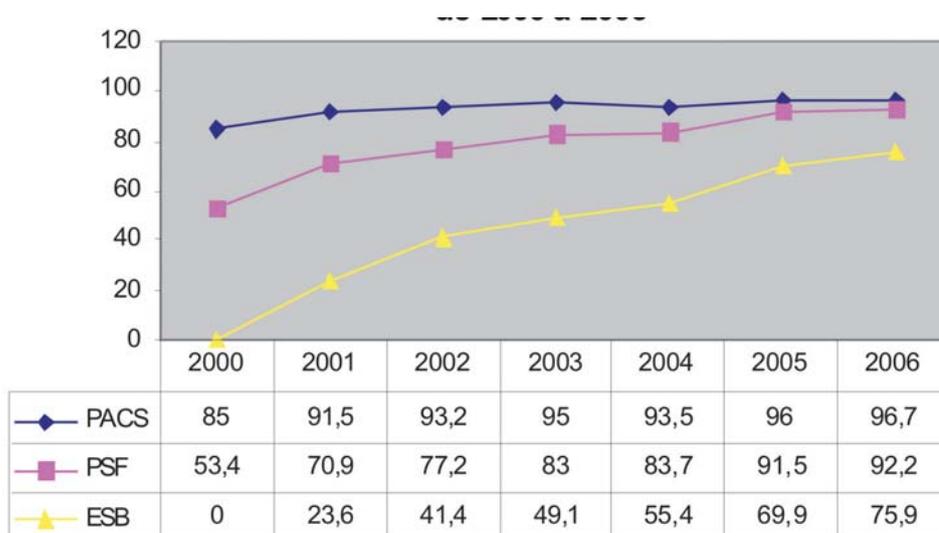
GRÁFICO 12 – PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COBERTA SEGUNDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANÁ DE 2006 A 2006



FONTE: SESA-PR.

O percentual de municípios com equipes de saúde da família (PSF) em atuação aumentou 72,6%, passando de 53,4% em 2000 para 92,2% em 2006, no Paraná. A cobertura dos municípios com equipes de saúde bucal (ESB) em atuação aumentou de 0% em 2000 para 75,9% em 2006; e o percentual de municípios com agentes comunitários de saúde (PACS) em atuação aumentou 13,7%, passando de 85% em 2000 para 96,7% em 2006 (Dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB - Gráfico 13).

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES EM ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANÁ DE 2000 A 2006



FONTE: SESA-PR.



A relação entre o número de visitas domiciliares, somadas às visitas realizadas por algum dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou profissional de nível médio) e a população cadastrada no Sistema de Atenção Básica, aumentou 69%; passando de 0,23 visitas em 2000 para 0,39 em 2006. O percentual de cobertura de 4 ou mais consultas de pré-natal, nas áreas em que as equipes de atenção básica atuam no modelo baseado na estratégia de saúde da família, aumentou 7%; passando de 89,1% de cobertura em 2000 para 95,8% em 2005.

Regionalização da Assistência e Hierarquização

As ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Partindo dessa definição legal e do entendimento de que a estruturação das redes assistenciais e hierarquização dos serviços é a forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e garantir o pleno acesso da população aos serviços, a Secretaria de Estado da Saúde vem desenvolvendo uma série de esforços no sentido de viabilizar sua implementação.

As medidas adotadas nessa área são de caráter normativo, de investimento e de custeio, todas destinadas a criar as condições necessárias para a estruturação das redes assistenciais, à hierarquização dos serviços, à melhoria da qualidade da assistência e à ampliação do acesso da população aos serviços.

O Plano Diretor de Regionalização – PDR - apresenta a divisão territorial estadual, a sua divisão por micro e macro regiões, definidos segundo critérios: sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade, demonstrando os fluxos de referências para todos os níveis de complexidade, organizações das redes assistenciais específicas.

A Programação Pactuada e Integrada – PPI – apresenta o processo instituído no âmbito do SUS para alocação dos recursos da assistência à saúde no Estado e Municípios, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores. Considerando o Pacto de Gestão, o Estado deve refazer todas as pactuações, procurando definir dentro da regionalização, as necessidades de procedimentos e fluxos.

Organização dos Fluxos Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Na alta complexidade a organização dos fluxos não é homogênea para todas as áreas. Uma parte delas, a Rede Estadual de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, a Rede Estadual de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, a Rede de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, a Rede de Atenção ao Deficiente Auditivo, a Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência, estão em processo de reorganização já definido na CIB-



PR e aprovado pelo Ministério da Saúde. A outra parte, a Rede de Alta Complexidade em Oncologia, a Rede de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de doença neurológica, a terapia nutricional e as demais, ainda aguardam a publicação de Portaria Ministerial. Esta reorganização é importante para que sejam definidos os fluxos desde a atenção primária até a atenção de maior complexidade e custo, nos Centros de Referência, atribuindo também aos prestadores, além dos Gestores, compromissos quanto a ações preventivas e educativas.

As reestruturações dos fluxos assistenciais, no âmbito do estado, da alta complexidade propiciam uma revisão dos credenciamentos e análise da qualidade dos prestadores, excluindo aqueles que não estão enquadrados nos critérios exigidos e ampliando assim a oferta com novos credenciamentos. No seu processo, são firmados novos compromissos e pactuadas as abrangências para os serviços.

A organização dos fluxos tem especial significado na área de assistência de alta complexidade e na de urgência e emergência. Na medida em que esses serviços não estão disponíveis em todos os municípios, estados ou mesmo regiões, a estruturação das redes, a definição de níveis crescentes de complexidade assistencial, a definição de fluxos de referência e contra-referência de pacientes, possui expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso aos serviços ao cidadão, independentemente de sua procedência.

A implantação de redes regionalizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências hierarquizadas e resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade de acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada.

No Paraná, essa rede regionalizada e hierarquizada conta hoje, para a assistência ambulatorial especializada, com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, no total de 20 em todo o Estado. Somente as Regiões do Litoral, Metropolitana de Curitiba e Telêmaco Borba, ainda não possuem Consórcio instalado e em funcionamento. Na área da assistência hospitalar, existem 534 hospitais e 31.205 leitos no Estado, dos quais 22.812 credenciados pelo SUS. Duas questões importantes aqui são os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os leitos de UTI.

Na estrutura hospitalar do Estado, inexistente a oferta de leitos psiquiátricos para atendimento de adolescentes com problemas de saúde mental, principalmente daqueles que são usuários de álcool e drogas. Este fato decorre da especificação técnica exigida para o atendimento desta clientela e das adequações estruturais necessárias para que a maioria dos hospitais consiga atender tais exigências.

Ocorre que existe uma demanda real e recorrente por atendimento dos adolescentes, que não consegue ser adequadamente absorvida pela estrutura de CAPS, ambulatórios de psiquiatria ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais existentes no Estado.



Considerando os motivos, a SESA está contratando 150 leitos da rede de hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS em nosso Estado. Foram convidados todos os Hospitais Psiquiátricos integrais sob gestão estadual. Esta proposta mantém os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, pois não serão acrescentados novos leitos psiquiátricos à rede hospitalar do Estado, mas sim convertidos os atualmente existentes para atendimentos de adolescentes.

De 2003 a 2007, houve a ampliação de leitos credenciados de Unidades de Tratamento Intensivo – UTI no Estado do Paraná (Tabela 27), estando a oferta atual dentro do parâmetro mínimo da Portaria 1.101/02, que é 4% dos leitos. No entanto, considerando a grande quantidade de serviços de alta complexidade que atendem também outros Estados e utilizam leitos para Cirurgias Eletivas de Alta Complexidade, há necessidade de ampliação da oferta. Para tanto, a SESA contratou leitos disponíveis não credenciados ao SUS para suprir essa demanda, os quais atualmente totalizam cerca de 124 leitos disponíveis na Central de Leitos, dando cobertura aos casos de urgência e emergência em todo Estado do Paraná.

Considerando os leitos credenciados e contratados, tem-se hoje 1.146 leitos de UTI disponíveis para o SUS no Estado, que representa um aumento de 46,5% em relação ao existente em 2002. De 2002 a 2007, a população aumentou 10,2%.

TABELA 27 - LEITOS DE UTI CREDENCIADOS PELO SUS, PARANÁ - 2002-2007

Período	Adulto	Espec.	Pediátrico	Neonatal	Total UTI
Nov. 2007	693		116	213	1.022
Dez. 2006	632	36	98	210	976
Dez. 2005	601	36	93	203	933
Dez. 2004	574	36	86	191	887
Dez. 2003	576	40	81	180	877
Dez. 2002	512	30	71	169	782

FONTE: SESA-PR.

A SESA possui uma rede de 10 hospitais próprios, classificados em três portes de acordo com o nível de complexidade de seus serviços e a área de abrangência (Art. 57, do Decreto Estadual no. 777/07):

**Quadro 02 – Hospitais Próprios classificados por porte de acordo com o nível de complexidade**

Tipo	Nome	Localização	Nº. de Leitos (ativos)
I	Hospital do Trabalhador (parceria com a UFPR/FUNPAR e SMS-Curitiba)	Curitiba	175
I	Hospital Regional do Litoral	Paranaguá	75
II	Hospital Regional São Sebastião	Lapa	144
II	Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho	Piraquara	240
II	Hospital de Dermatologia Sanitária	Piraquara	128
II	Hospital Zona Norte - Anísio de Figueiredo (parceria com Consórcio -CISMEPAR)	Londrina	54
II	Hospital Zona Sul - Eulalino de Andrade (parceria com Consórcio -CISMEPAR)	Londrina	91
II	Hospital de Infectologia Oswaldo Cruz	Curitiba	12
III	Hospital Geral Luiza Borba Carneiro	Tibagi	30
III	Hospital Infantil Antônio Fontes	Paranaguá	39

A SESA dispõe ainda de 04 Centros de Especialidades: Centro Psiquiátrico Metropolitano, Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labial (CAIF), Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID), Centro Regional de Especialidades (CRE – Marechal, Kennedy e Barão), todos localizados em Curitiba.

A partir do Decreto nº 777/07, de 09/05/07, que aprovou o novo regulamento da SESA, foi estruturado um Departamento de Gerência de Unidades Próprias na Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. A tarefa de conhecer e propor adequações na rede própria existente e elaborar plano para implantação das novas unidades em construção é o foco atual desse Departamento.



Assistência de Urgência e Emergência

A assistência pré-hospitalar a urgência emergência está estruturada sob dois eixos: o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências – SIATE e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU. O SIATE está implantado em 20 municípios do Paraná e a implantar em 07, com o compromisso de implantação nos municípios com mais de 50 mil habitantes. Em 2002, o número de cidades pólo que contavam com o serviço eram sete.

O SAMU é responsável pelas emergências clínicas e está implantado em 14 municípios. O governo federal repassa uma contrapartida mensal a municípios com projetos aprovados, bancando 50% do custeio mensal desses serviços e os Estados dão uma contrapartida também de 50%. No caso dos municípios com menos de 100 mil habitantes, eles se unem em torno da cidade habilitada como pólo de micro-região, atendendo às diretrizes de regionalização da atenção às urgências. No Paraná, tem-se 05 pólos micro-regionais: Curitiba (envolvendo Curitiba e São José dos Pinhais), Londrina (Londrina, Ibiporã e Cambê), Maringá (Maringá, Paçandu e Sarandi), Apucarana (Apucarana e Arapongas), Ponta Grossa (Ponta Grossa e Castro); além do município de Guarapuava.

Sangue e Hemoderivados

Com a implementação do Plano Plurianual de Sangue, Componentes e Hemoderivados no Estado do Paraná, serão trabalhadas as metas para o progressivo avanço da Rede Estadual de Sangue e Hemoderivados, e o conseqüente cumprimento do estabelecido no Pacto pela Saúde 2006.

A coordenação da política estadual, bem como a sua execução, monitoramento e avaliação, são de responsabilidade da Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde da SESA, por meio do Departamento de Políticas e Insumos Estratégicos/Divisão de Política de Sangue e Hemoderivados e do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR. O Hemocentro, situado em Curitiba coordena a estrutura da Hemorrede no Estado, que está distribuída em todas as sedes de Regional de Saúde.

A Hemorrede pública estadual é formada por:

- 01 Hemocentro Coordenador
- 03 Hemocentros
- 07 Hemonúcleos
- 13 Unidades de coleta e transfusão
- 41 Agências Transfusionais

A Hemorrede mantém convênio com 382 hospitais para fornecimento de Sangue e Hemoderivados. No Estado, existem ainda, 11 unidades privadas de coleta de sangue distribuídas da seguinte forma nos municípios: 05 em Curitiba, 02 em Ponta Grossa, 02 em Maringá, 01 em Cascavel e 01 em Londrina. E na Tabela 28, está descrita a produção da hemorrede pública estadual entre os anos de 2003 a 2006.

**TABELA 28 - PRODUÇÃO DA HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL, PARANÁ – 2003 -2006**

Especificação	2003	2004	2005	2006
Bolsas coletadas	128.636	130.217	129.908	130.841
Candidatos à doação	161.488	163.792	162.927	162.381
Exames sorológicos realizados*	1.282.420	1.243.908	997.514	1.044.653
Exames imunohematológicos doadores**	271.082	271.016	467.948	500.885
Exames imunohematológicos receptores	277.972	311.363	321.651	337.714
N.º de transfusões	144.997	159.067	154.645	157.874
Hemocomponentes fracionados	275.655	288.393	294.892	297.666

FONTE: SESA-PR.

(*) Diminuição do n.º de exames sorológicos realizados a partir de 2005, devido à não obrigatoriedade de realização dos exames TGP/ALT.

(**) Aumento do número de exames devido a obrigatoriedade da inclusão de mais exame (imunoglobulina S).

A aquisição de lâminas de conexão estéril, em 2003, permitiu o fracionamento de bolsas de concentrado de hemácias em várias bolsas menores (bolsas pediátricas), sem que haja contaminação do produto. A possibilidade de alicotagem do hemocomponente multiplicou a capacidade de fornecimento de bolsas com hemocomponentes, com excelente relação custo/benefício. Este sistema foi disponibilizado no Hemocentro Coordenador e no Hemocentro Regional de Cascavel em 2003, e, em 2006, no Hemonúcleo de Campo Mourão.

Com a instalação de centrífugas refrigeradas em Unidades do interior, no ano de 2004, implantou-se o fracionamento do sangue na Unidade de Coleta e Transfusão de Irati; e, em 2006, na Unidade de Coleta e Transfusão de Ponta Grossa. Com isto, 62% (15) das Unidades da Hemorrede Pública Estadual realizam o fracionamento do sangue, o que proporcionou uma melhoria significativa da qualidade dos hemocomponentes obtidos.

Em 2003, o Hemocentro Coordenador realizou estudos sobre a relação custo/benefício do número de máquinas fracionadoras disponibilizadas à Hemorrede, em regime de comodato, como quesito para aquisição de bolsas de sangue. Como resultante destes estudos, reduziu-se o número de equipamentos em comodato, contabilizando-se notável redução no preço das bolsas de coleta de sangue, que embutiam em seu custo os equipamentos em comodato. Sem prejudicar a rotina das Unidades e sem prejuízo da qualidade dos hemocomponentes produzidos, esta revisão representou importante economia aos cofres públicos.

Foi implementado o Controle de Qualidade de hemocomponentes com a validação do envio de material das Unidades da Rede HEMEPAR para a cultura de microorganismos. Um por cento de todos os hemocomponentes produzidos sofre esta avaliação, conforme preconiza



a RDC 153/2004. Esta atividade, até o momento, é realizada no Laboratório Central do Estado – LACEN/SESA/ISEP, em Curitiba. Todas as Unidades da Rede estão capacitadas para fazer o controle de qualidade de insumos e hemocomponentes.

Pesquisa e Produção de Insumos

A Constituição Brasileira prevê no seu artigo 196 que a produção de bens e serviços na área de saúde deve estar na pauta das políticas governamentais. A pesquisa, o desenvolvimento e a produção de insumos necessários são direitos públicos. Nesta área, o atendimento à demanda epidemiológica dos serviços públicos de saúde é compromisso da política estadual de saúde do Paraná, fornecendo produtos de qualidade e atendendo à legislação vigente, disponibilizando os quantitativos necessários ao desenvolvimento da prevenção de doenças infecto-contagiosas e de prevenção de acidentes por animais peçonhentos. Para isto, a SESA dispõe de um Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos - CPPI.

As pesquisas desenvolvidas pelo CPPI para as áreas de saúde ambiental e epidemiológica e os produtos elaborados mediante programação prévia beneficiam diretamente as ações de Superintendências da SESA, regionais de saúde, secretarias municipais de saúde, Laboratório Central de Saúde Pública do Paraná, Centro de Diagnóstico Marcos Enrietti/SEAB, Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário, Universidade Estadual de Maringá/LEPAC, Universidade do Oeste do Paraná/Hospital Universitário, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Federal do Paraná/Hospital de Clínicas/Setor de Ciências Biológicas, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Instituto Butantã, Fundação Pró-Hansen, FIOCRUZ, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública e Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações.

Em 2006, foram celebrados termos de cooperação técnico-científica entre a SESA/ISEP e o Instituto Butantã/Fundação Butantã de São Paulo e Fundação Pró-Hansen. Estão em tramitação processos para parceria com Instituto de Tecnologia do Paraná, Universidade Federal do Paraná, Secretarias de Estado da Agricultura e do Abastecimento (SEAB/CDME) e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI/UEL, UEM, UNIOESTE, UEPG). Outras instituições de ensino participaram de projetos no CPPI, cedendo estagiários e realizando projetos de pesquisa conjuntos, entre as quais a Pontifícia Universidade Católica do Paraná e a Universidade Tuiuti do Paraná.

A partir de 2003, foram implementadas diversas melhorias na infra-estrutura laboratorial e do complexo CPPI (18,5 alqueires de área total) entre as quais destacam-se: construção da seção de grandes animais (laboratório, baias para eqüinos, garagem para veículos e trator); reforma do prédio para instalação da Seção de Biologia Médica Ambiental; início da reforma da Seção de Controle de Qualidade Microbiológico; pintura e reparos estruturais nos prédios utilizados como laboratórios e biotérios; instalação da rede de informática e instalação de



microcomputadores novos, instalação de mobiliários e diversos equipamentos laboratoriais adquiridos com recursos próprios do Estado e de convênios federais; construção de 1200 metros de alambrados, propiciando maior segurança do patrimônio e dos servidores, resultando na possibilidade de ampliação da produção do CPPI, conforme demonstrado na Tabela 29.

TABELA 29 - PRODUÇÃO DO CPPI, SESA-PR – 2003 e 2006.

PRODUÇÃO	2003	2006
Antígenos e antisoros (frascos)	3.508	5.550
Soro (frascos)	5.312	9.413
Venenos (mg)	362	1.141
Insumos (frascos)	4.427	8.943
Animais	22.900	17.369

Fonte: SESA-PR

Em 2005 o Biotério do CPPI adquiriu matrizes de origem certificada para melhoria na qualidade genética do plantel de camundongos. Há necessidade de mudar a área e adequá-la para atender as exigências técnicas de instalações e equipamentos dentro do que é preconizado em bioética de experimentação animal e de Boas Práticas de Fabricação.

2.1.5 Perfil da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica, que envolve o acesso aos medicamentos, tem caráter sistêmico e multidisciplinar. É uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde e está definida na Política Nacional de Medicamentos como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos?”.

A Assistência Farmacêutica é estruturada tendo o Ciclo da Assistência Farmacêutica como base. Este ciclo abrange as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e acompanhamento da utilização de medicamentos. A Assistência Farmacêutica é uma atividade relevante nas ações de saúde, que deve ser contemplada com a



adequação da necessidade, segurança, efetividade e qualidade da terapia medicamentosa, promovendo o uso racional dos medicamentos e contribuindo para a melhoria das condições de vida e de saúde da população. O uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

No âmbito da SESA, na Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS, por meio do Departamento de Políticas de Insumos Estratégicos – DEPI, da Divisão de Assistência Farmacêutica – DVASF, e do Centro de Medicamentos do Paraná – CEMEPAR, as Políticas de Assistência Farmacêutica são implantadas e implementadas no Estado, em consonância com o Plano Estadual de Saúde e com as diretrizes estabelecidas para este setor pelo Ministério da Saúde.

A estrutura organizacional da SESA, dividida em vinte e duas (22) Regionais de Saúde – RS, é utilizada pelo CEMEPAR para participar da distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários dos municípios, sendo que estas RS constituem parte integrante na operacionalização do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Programas de medicamentos gerenciados pelo CEMEPAR:

Medicamentos Básicos

A Assistência Farmacêutica Básica teve seu incentivo estabelecido através da Portaria GM/MS nº 176, de 11/03/99, com financiamento previsto pelas três instâncias gestoras do SUS - federal, estadual e municipal, calculando-se os valores referentes a todos os municípios com base no valor *per capita*, devendo as Comissões Intergestoras Bipartite – CIB – de cada Estado estabelecer o mecanismo de operacionalização desta sistemática. A Portaria GM/MS nº 3237, de 24 de dezembro de 2007, aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. Esta Portaria define o elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, regulamenta o componente básico do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, estabelece que este financiamento é responsabilidade das três esferas de gestão e as responsabilidades de aquisição e distribuição de medicamentos e insumos pelo MS, Estados, Distrito Federal e municípios.

No Paraná, o Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica é periodicamente atualizado, sendo que a última versão foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB, pela Deliberação nº 024, de 22 de fevereiro de 2008.

A transferência dos recursos financeiros da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica está pactuada no Estado do Paraná sob duas formas, conforme aprovado na Deliberação CIB/PR nº 023/2008 de 22 de fevereiro de 2008:



- a. Do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde – município. Os recursos das contrapartidas federal e estadual são repassados na forma de convênio ao Consórcio Paraná Saúde, que operacionaliza a aquisição e distribuição dos medicamentos do Elenco de Referência aos municípios consorciados. Estes municípios realizam a aquisição desses medicamentos com sua contrapartida municipal. Este grupo no momento totaliza 382 (trezentos e oitenta e dois) municípios.
- b. Do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde –municípios não consorciados. O recurso da contrapartida estadual é repassado a estes municípios na forma de medicamentos. Estes municípios adquirem medicamentos do Elenco de Referência com a contrapartida municipal e federal. Este grupo inclui, no momento, 16 (dezesseis) municípios: Alvorada do Sul, Alto Paraíso, Apucarana, Araucária, Cascavel, Chopinzinho, Cianorte, Curitiba, Foz do Iguaçu, Ibiporã, Londrina, Marmeleiro, Paranaguá, Ponta Grossa, São Jorge do Patrocínio e Umuarama.

O Art. 6º da Portaria GM/MS nº 3.237 declara como responsabilidade de Estado e Municípios o financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes. A Deliberação CIB/PR nº 23, de 22 de fevereiro de 2008, aprova a seguinte pactuação:

- a. Gestor federal – fica responsável pela aquisição aos municípios das tiras reagentes de medida de glicemia capilar (e glicosímetros), no valor de R\$ 0,30/habitante/ano;
- b. Gestor municipal – fica responsável pela aquisição de lancetas para punção digital e seringas com agulhas para aplicação de insulinas, no valor de R\$ 0,30/habitante/ano.

Medicamentos Básicos de Controle Estratégico

São medicamentos básicos para atendimento aos municípios em caráter emergencial, destinados a situações como enchentes e assentamentos. São disponibilizados com recurso estadual.

Saúde Mental

A Deliberação CIB/PR nº 054, de 16 de maio de 2005, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em Saúde Mental, que estabelece mecanismos de implementação e potencialização de serviços de saúde mental, possibilitando a reorganização da rede de assistência, com o objetivo de atender a demanda de pessoas que sofrem de transtornos mentais. Determina que os medicamentos para este fim deverão estar disponibilizados onde existam serviços para atendimento desses pacientes.

A Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que regulamenta o



Componente Básico da Assistência Farmacêutica, estabelece que os valores da parte fixa e da parte variável da Saúde Mental passam a compor o valor único de financiamento no Componente Básico, sendo os medicamentos adquiridos pelos municípios.

Saúde da Mulher

Os contraceptivos do Programa Saúde da Mulher são de responsabilidade do Ministério da Saúde (Componente Estratégico). A SESA/PR adquire imunoglobulina anti-RhO e medicamentos para o tratamento da toxoplasmose congênita.

Atendimento a Unidades e Serviços de Saúde

O CEMEPAR adquire e distribui medicamentos para atender às demanda das unidades e serviços de saúde, conforme planejamento elaborado no âmbito da SESA-PR e do governo do Estado. São exemplos de unidades e serviços atendidos: Hospital Regional São Sebastião da Lapa; Hospital Regional do Litoral de Paranaguá; Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná; Hospital Oswaldo Cruz; Hospital Colônia Aduato Botelho; Hospital Luisa Borba Carneiro; Hospital Infantil Antônio Fontes; Hospital Regional Norte Pioneiro; Hospital Regional do Noroeste; Hospital Zona Sul; Hospital Zona Norte; Hospital do Trabalhador; Centro Psiquiátrico Metropolitano; Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labial (CAIF); Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID); Centro Regional de Especialidades (CRE) Marechal; Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano; Centro Regional de Especialidades (CRE) Kennedy; Hemepar; Operação Verão; Unidade de Suporte Avançado de Vida.

Medicamentos Estratégicos

Estes programas são totalmente financiados, os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde.

Hanseníase e Tuberculose

Os medicamentos destes programas são entregues ao CEMEPAR trimestralmente de acordo com a programação anual feita pelo Ministério da Saúde, CEMEPAR e Coordenações Estaduais de Hanseníase e Tuberculose. A distribuição é feita com base nas solicitações dos mapas de consumo, às Regionais de Saúde que, por sua vez, repassam aos seus municípios de abrangência.

Endemias – Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose, Malária e Meningite

Os medicamentos destes programas são entregues ao CEMEPAR, conforme solicitação



feita no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos - SIES. O CEMEPAR analisa os pedidos, envia os medicamentos para as RS, que os repassam aos municípios de sua abrangência.

DST/AIDS - Anti-retrovirais

De acordo com a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT - o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), seleciona e compra os medicamentos anti-retrovirais (ARVs) e os distribui aos Estados.

No Paraná, o CEMEPAR é responsável pelo recebimento desses medicamentos enviados pelo Almoarifado Central de Medicamentos/MS e/ou diretamente pelos laboratórios produtores e os redistribui às Unidades Dispensadoras de Medicamentos anti-retrovirais - UDMs. Além disso, gerencia os estoques locais e acompanha o consumo e o histórico terapêutico dos pacientes.

As UDMs são todas cadastradas no PN-DST/AIDS e estão distribuídas nas RS do Estado, de acordo com a organização da assistência deste programa em cada região (regional, municipal ou no Consórcio Intermunicipal de Saúde).

O CEMEPAR cadastra os pacientes em uso de medicamento anti-retroviral e acompanha o tratamento quanto ao recebimento do medicamento, atendendo as recomendações do PN-DST/AIDS, evitando inclusive a duplicidade de cadastro.

Imunobiológicos e Insumos

Este programa gerencia soros, vacinas e insumos (seringas e agulhas) destinados à imunização ativa (de rotina, campanhas e especiais) e imunização passiva.

O CEMEPAR tem interface com a Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunização – DVVPI – do Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVE - da Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS - da SESA.

Os soros e as vacinas são padronizados, adquiridos e enviados bimestralmente pelo MS ao CEMEPAR, com base na previsão anual de consumo de imunobiológicos feita pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização - CGPNI - e CEMEPAR.

O programa utiliza dois sistemas de informação do MS: Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - EDI, implantado nos níveis estadual, regional e municipal e Sistema de Informações de Insumos Estratégicos - SIES, implantado no nível estadual. Mensalmente apresenta-se relatório à CGPNI/SVS/MS, enviando cópia da base de dados do sistema EDI, com toda a movimentação do período. A solicitação dos imunobiológicos e insumos é feita através do SIES à SVS/MS.

A distribuição dos imunobiológicos e insumos é feita bimestralmente para as RS, para



a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para três Centros de Informações Toxicológicas (Curitiba, Maringá e Londrina) e dois Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Curitiba e Londrina). As Regionais de Saúde repassam as vacinas, soros e insumos aos municípios de sua abrangência.

Programas Especiais De Medicamentos

O estado gerencia os seguintes programas especiais:

Paraná sem Dor

O Programa Paraná sem Dor, desenvolvido e financiado pela SESA/PR, tem como finalidade principal permitir que os pacientes tenham acesso aos medicamentos que necessitam para o tratamento da dor crônica.

Prevê, em linhas gerais, os seguintes pré-requisitos: estabelecimento de critérios para acesso e aspectos logísticos para sua execução; seleção, aquisição e distribuição de medicamentos pela SESA/CEMEPAR; capacitação dos profissionais de saúde envolvidos, com ênfase nos que atuam na Estratégia de Saúde da Família; dispensação aos pacientes cadastrados nas farmácias com realização dos controles legais pertinentes; divulgação e gerenciamento da informação. A distribuição dos medicamentos é mensal às RS, que os repassam às farmácias cadastradas nos municípios.

Fibrose Cística

O CEMEPAR, em atendimento aos pacientes portadores de Fibrose Cística ou Mucoviscidose, gerencia um programa contendo medicamentos e suplementos nutricionais, além de dois medicamentos excepcionais destinados aos portadores desta patologia (alfadornase e pancrelipases). A distribuição mensal destes medicamentos e suplementos é feita através das RS do Estado.

Paracoccidioidomicose

A SESA/PR padronizou o medicamento ITRACONAZOL 100 mg para atender os pacientes portadores desta patologia, e definiu um protocolo clínico que engloba a ecoepidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-terapêutico. O CEMEPAR é responsável pela programação, encaminhamento da aquisição, recebimento e distribuição do Itraconazol às RS, com periodicidade mensal. Este programa é financiado pela SESA/PR.



Sobrecarga de Ferro

A SESA/PR, através da Resolução nº 0362/2005 padronizou o fornecimento do medicamento DEFERIPRONA 500 mg, destinado aos pacientes com sobrecarga de ferro no organismo, financiando integralmente o programa. Uma Câmara Técnica constituída por especialistas elaborou um protocolo clínico, definindo os critérios de disponibilização do medicamento. Coube ao HEMEPAR, como centro de referência, a avaliação dos pacientes e o fornecimento do medicamento, e ao CEMEPAR o gerenciamento da aquisição e distribuição do produto.

Profilaxia/Tratamento de Infecções Oportunistas e Violência Sexual

O CEMEPAR é responsável pela programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas dos pacientes assistidos por este programa conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Este programa tem financiamento estadual. A distribuição às Regionais de Saúde é mensal, de acordo com as solicitações feitas nos relatórios de consumos enviados pelas UDMs.

Atendimento aos Pacientes Diabéticos

Atualmente o programa para tratamento de pacientes diabéticos conta com a distribuição sistemática das seguintes insulinas:

- Insulina NPH Humana 100 UI e Insulina Regular Humana 100 UI, medicamento adquirido pelo MS e enviado ao CEMEPAR através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, com base em uma programação anual feita pela SESA/CEMEPAR. Ambas são distribuídas bimestralmente às RS, que as repassam aos municípios de sua abrangência.

O Programa de Análogos de Insulina, implantado e financiado pela SESA, tem por finalidade a complementação do elenco de insulinas já disponibilizadas pelo programa de tratamento a pacientes diabéticos. É destinado ao tratamento de pacientes com *Diabetes mellitus* tipo 1 (insulino-dependentes) instáveis ou de difícil controle, conforme Protocolo Clínico para Dispensação, que define os critérios de inclusão no programa, aprovado pela Deliberação nº 118/06 da CIB/PR.

Fluxo de Atendimento à Determinação Judicial para Fornecimento de Medicamentos

Pela grande demanda de processos judiciais contra o Governo do Paraná, para fornecimento de medicamentos, foi necessário estabelecer um rito para atendimento dessas



demandas, contemplando o processo de aquisição de medicamentos pela SESA/CEMEPAR e posterior remessa às Regionais de Saúde.

O fluxo operacional de trabalho foi estabelecido em parceria com a Assessoria Jurídica – AJU, a Assistência Farmacêutica, Controle e Avaliação e Auditoria da SESA e Procuradoria Geral de Estado, com a disponibilização de formulários pré-estabelecidos, que informam:

- A existência anterior de uma solicitação administrativa encaminhada por este paciente e o fornecimento de outro medicamento a este paciente;
- A obrigatoriedade do fornecimento do medicamento, o prazo de fornecimento acompanhado das informações técnicas necessárias para a programação de aquisição ou de distribuição;
- As informações técnicas quanto ao registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, incluindo a existência de autorização para comercialização;
- Se os medicamentos são integrantes do elenco gerenciado pela SESA/CEMEPAR;
- Os aspectos técnicos em relação ao medicamento e à patologia, subsidiando tecnicamente as defesas elaboradas pela AJU/SESA e PGE;
- A instância gestora do SUS (municipal, estadual, federal) que diante das normativas da Assistência Farmacêutica é a responsável pelo fornecimento do medicamento em questão;
- A disponibilidade do medicamento ao paciente, ou a previsão da mesma, período de fornecimento, requisitos que devem ser atendidos (documentos) e forma para o paciente retirar o medicamento;
- O estabelecimento de previsão do tempo de tratamento;
- A existência de contra-indicação técnica absoluta ao seu uso.

O rito estabelecido permite o monitoramento dos processos, revisão e otimização do fluxo.

Medicamentos Excepcionais

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional foi oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde em 1982, sendo originariamente financiado pelo mesmo.

Este grupo de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde tem, geralmente, elevado valor unitário ou exige cronicidade do tratamento, tornando-se excessivamente caros, sendo a sua dispensação realizada em nível ambulatorial.

Atualmente este programa é co-financiado pelos Estados. Os valores de ressarcimento



de cada procedimento são definidos pelo Ministério da Saúde para o grupo de Medicamentos Excepcionais e estão estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2577, de 27/10/06, republicada em 13/11/06, que apresenta o Grupo 36 da Tabela de Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS.

Os recursos financeiros do governo federal são repassados mensalmente aos Estados, responsáveis pela programação (definição da quantidade a ser adquirida), aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT - estabelecidos pelo Ministério da Saúde e/ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Os Protocolos Clínicos estabelecem os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação. Até o presente momento, os seguintes PCDT foram publicados, sendo todos já implantados na SESA/PR, através do CEMEPAR:

PROTOSCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS FEDERAIS - MS

PROTOSCOLO	PORTARIA
Acne	MS/SAS 389 DE 19/09/2001
Acromegalia	MS/SAS 471 DE 24/07/2002
Anemia em Portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC)	MS/SAS 437 DE 08/10/2001
Artrite Reumatóide (Substituído em 2006)	MS/SAS 865 DE 12/11/2002
Asma Grave	MS/SAS 1.012 DE 23/12/2000
Dislipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares	MS/SAS 1.015 DE 23/12/2002
Distonias	MS/SAS 1.014 DE 23/12/2002
Doença de Alzheimer	MS/SAS 843 DE 06/11/2002
Doença de Crohn	MS/SAS 858 DE 04/11/2002
Doença de Gaucher	MS/SAS 449 DE 09/07/2002
Doença de Parkinson	MS/SAS 1.016 DE 23/12/2002
Doença de Wilson	MS/SAS 884 DE 06/11/2002
Doença Falciforme	MS/SAS 872 DE 12/11/2002
Dor Crônica	MS/SAS 859 DE 12/11/2002
Epilepsia Refratária	MS/SAS 864 DE 12/11/2002
Esclerose Lateral Amiotrófica	MS/SAS 913 DE 19/11/2000



PROTOSCOLOS CLÍNICOS *cont*

PROTOSCOLO	PORTARIA
Esclerose Múltipla - Forma Clínica "surto-remissão"	MS/SAS 97 DE 22/03/2001
Espasticidade Focal Disfuncional	MS/SAS 1.013 DE 23/12/2002
Esquizofrenia Refratária	MS/SAS 846 DE 06/11/2002
Fenilcetonúria	MS/SAS 847 DE 06/11/2002
Fibrose Cística	MS/SAS 263 DE 18/07/2001
Hepatite Viral Crônica B	MS/SAS 860 DE 12/11/2002
Hepatite Viral Crônica C (Substituído em 2007)	MS/SAS 863 DE 12/11/2002
Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica	MS/SAS 845 DE 06/11/2002
Hiperplasia Adrenal Congênita	MS/SAS 849 DE 06/11/2002
Hipotireoidismo Congênito	MS/SAS 848 DE 06/11/2002
Neutropenia: Tratamento com Estimuladores de Colônias das Células Progenitoras de Medula Óssea	MS/SAS 862 DE 12/11/2002
Osteoporose	MS/SAS 470 DE 24/07/2002
Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático	MS/SAS 469 DE 24/07/2002
Retocolite Ulcerativa	MS/SAS 861 DE 12/11/2002
Transplantes Renais - Medicamentos Imunossupressores	MS/SAS 1.018 DE 23/12/2002
Artrite Reumatóide	MS/SCTIE 66 DE 06/11/2006
Deficiência do Hormônio de Crescimento	MS/SCTIE 67 DE 06/11/2006
Diabetes Insípido	MS/SCTIE 68 DE 06/11/2006
Endometriose	MS/SCTIE 69 DE 06/11/2006
Hepatite Autoimune	MS/SCTIE 70 DE 06/11/2006
Hiperprolactinemia	MS/SCTIE 76 DE 06/11/2006
Hipoparatiroidismo	MS/SCTIE 71 DE 06/11/2006
Ictioses	MS/SCTIE 73 DE 06/11/2006
Osteodistrofia Renal	MS/SCTIE 74 DE 06/11/2006
Síndrome de Turner	MS/SCTIE 72 DE 06/11/2006
Sobrecarga de Ferro (REVOGADO)	MS/SCTIE 75 DE 06/11/2006
Hepatite Viral Crônica C	MS/SVS 34 DE 28/09/2007
Imunodeficiência Primária com Predominância de Defeitos de Anticorpos	MS/SAS 495 DE 11/09/2007
Síndrome de Guillan-Barré	MS/SAS 496 DE 11/09/2007



PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS ESTADUAIS - PR

PROTOCOLO	PUBLICAÇÃO
Saúde Mental	Deliberação CIB 59/2005
Toxoplasmose Congênita do Programa de Gestação de Alto Risco	Deliberação CIB 72/2006
Paracoccidiodomicose	Protocolo Estadual
Sobrecarga de Ferro - Deferiprona	Resolução SESA 0362/05
Análogos de Insulinas de Longa e de Curta Duração	Deliberação CIB 118/06

O acesso aos medicamentos excepcionais se dá através da apresentação, por parte do paciente ou seu responsável, nas Farmácias Especiais das Regionais de Saúde, da seguinte documentação:

- Solicitação de Medicamento Excepcional – SME;
- Receituário Médico;
- Relatório Médico;
- Exames que comprovem a doença;
- Cópia dos seguintes documentos pessoais: RG, CPF, CNS (Cartão Nacional de Saúde) e comprovante de endereço;
- Termo de Consentimento Informado, assinado pelo médico e paciente.

Todo processo de solicitação é avaliado por médicos auditores da SESA e, caso se enquadre nos critérios clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o paciente é cadastrado no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O CEMEPAR é o responsável pela programação, solicitação de compra, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos excepcionais às Regionais de Saúde.

A dispensação destes medicamentos se faz mensalmente por meio das Farmácias Especiais existentes nas Regionais de Saúde do Estado, onde o paciente pode retirar o medicamento, após ser identificado. No ato da dispensação, o paciente assina um recibo, que comprova o fornecimento do medicamento. A cada três (3) meses o processo de solicitação do medicamento excepcional deve ser renovado, mediante apresentação de novo laudo médico.

A documentação referente ao cadastramento e renovações fica arquivada na Farmácia, em pastas individuais por paciente, disponíveis para eventuais consultas e auditorias.

Cabe às Regionais de Saúde a comprovação do atendimento ao paciente, o que se dá com a emissão da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade - APAC, documento exigido pelo Ministério da Saúde para ressarcimento dos valores ao Estado. Com base na



produção de APAC, a cada 3 meses, o Ministério da Saúde calcula a média da produção e define os recursos financeiros a serem repassados aos Estados no trimestre seguinte.

Os Protocolos Clínicos de várias patologias como, por exemplo, Asma Grave, Acne Grave, Dislipidemias, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Esquizofrenia Refratária, Distonias e Espasticidades, exigem a avaliação de um médico de referência. O CEMEPAR cadastra o médico de referência, com a finalidade de avaliar, tratar e acompanhar os pacientes de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os critérios de cadastramento dos médicos são: ter especialidade na patologia afim; prestar serviço ou ter vínculo com o SUS e apresentar disponibilidade para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS.

O CEMEPAR conta com a assessoria de Câmaras Técnicas, constituídas por especialistas de referência, para as seguintes patologias: Artrite Reumatóide (reumatologia), Esquizofrenia Refratária (psiquiatria), Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa (gastroenterologia), Hepatites Virais (hepatologia), Insuficiência Renal Crônica (nefrologia), Distonias e Espasticidades (neurologia) e Diabetes mellitus (endocrinologia).

O controle do número de pacientes cadastrados, as variações nas doses prescritas pelos médicos, a substituição e/ou suspensão dos medicamentos, a entrada de novos pacientes, a saída de outros (alta, cura, abandono ou óbito) são fatores de extrema importância para que se possa fazer o planejamento da aquisição dos medicamentos e gerenciamento do programa.

Com base nesta demanda, o CEMEPAR, juntamente com a Companhia de Informática do Paraná - CELEPAR, desenvolveu, a partir de 2004, um sistema de informação denominado SESAFARM, que apresenta as seguintes funcionalidades:

- cadastramento do usuário e da SME;
- cadastramento de renovações e adequações da SME;
- avaliação do processo de solicitação de medicamentos por médicos auditores (RS ou CEMEPAR);
- registro da dispensação dos medicamentos autorizados;
- registro e acompanhamento do trâmite do processo na RS e/ou CEMEPAR;
- manutenção de registro dos médicos prescritores e Centros de Referência vinculados ao Programa;
- geração automática de APAC;
- geração de relatórios e consultas gerais.

Em abril de 2005 o SESAFARM foi implantado inicialmente na Farmácia Especial da 2ª Regional de Saúde e, posteriormente, nas demais Regionais de Saúde. Este sistema foi indicado pelo Ministério da Saúde para ser implantado em nível nacional, o que acontecerá a partir de março de 2008.



As ações e os serviços da Assistência Farmacêutica nas Regionais de Saúde são desenvolvidos por diferentes setores, de acordo com a sua área de competência, por farmacêuticos e demais profissionais da equipe de saúde:

- Seção de Insumos (SCINS) da Divisão de Atenção à Saúde (DVASA): responsável pelas ações relacionadas à Assistência Farmacêutica Básica;
- Farmácia especial: responsável pelas ações relacionadas aos Medicamentos Excepcionais;
- Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM): responsáveis pelos medicamentos do programa DST/AIDS.

2.1. 6 Perfil da Vigilância em Saúde

No Paraná, as ações de vigilância em saúde do SUS são coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS/SESA). Esta é constituída por cinco Departamentos: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVE), Departamento de Vigilância Ambiental em Saúde (DEVA), Departamento de Vigilância e Controle em Agravos Estratégicos (DECA), Departamento de Vigilância Sanitária (DEVS) e Departamento de Suporte Técnico-operacional (DEST); além do Laboratório Central do Estado (LACEN-PR) e do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST-PR). A vigilância em saúde inclui um complexo conjunto de ações sistematicamente realizadas no âmbito do SUS com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população em estreita articulação com a área de assistência à saúde.

As ações desenvolvidas na área de **Vigilância Epidemiológica** pela SESA têm como objetivo planejar, coordenar, acompanhar e organizar as atividades que envolvem a vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis agudas e inusitadas; a vigilância de agravos e doenças não transmissíveis; a vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e infantis e assessoria aos respectivos comitês; e a operacionalização do Programa Estadual de Imunizações e dos sistemas de informações em saúde.

Muitas das ações e atividades desenvolvidas não são novas, porém pode surgir algo inédito a todo o momento e:

- desequilibrar a estrutura epidemiológica, modificando o comportamento de uma doença considerada sob controle, mas ainda presente em nosso meio;
- ressurgir uma doença/agravo já eliminado;
- surgir doenças/agravos existentes em outros continentes ou doenças novas, ainda não identificadas no mundo.

Um dos grandes desafios da Epidemiologia é, portanto, manter o alto padrão de vigilância, vacinações e informações dos programas que já atingiram um patamar de excelência;



bem como, manter a qualidade e consistência dos sistemas de informação em todos os níveis de gestão do SUS, para que se alcance o objetivo de **informar para agir**.

Embora operacionalmente as ações de vigilância epidemiológica sejam desenvolvidas de modo articulado entre diversos setores, são elaborados planos específicos que permitem monitorar e avaliar o desenvolvimento de cada etapa e detectar prioridades. Os Planos de Ação têm por objetivo orientar a continuidade dos programas de erradicação, eliminação e ou controle das doenças imunopreveníveis e respiratórias agudas e outros agravos de interesse em saúde pública no Paraná:

- Plano de Erradicação da Poliomielite
- Plano de Erradicação do Sarampo.
- Plano de Eliminação da Síndrome da Rubéola Congênita.
- Plano de Eliminação do Tétano Neonatal
- Plano de Controle do Tétano, Difteria e Coqueluche.
- Plano de Controle das Hepatites Virais.
- Plano de Controle das Meningites.
- Plano de Controle das Hepatites Virais.
- Plano para evitar a reintrodução da Febre Amarela.
- Plano para evitar a introdução da Pneumonia Asiática.
- Plano para diminuir o risco de complicações e mortes por gripe e pneumonias.
- Plano da Vigilância Epidemiológica da Varicela.
- Plano da Vigilância Epidemiológica da Influenza.
- Plano da Vigilância Epidemiológica da Febre do Nilo.
- Plano para outras doenças e agravos inusitados.
- Plano da Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
- Plano da Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
- Plano da Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna.
- Plano da Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Infantil.
- Plano de Vacinação de Rotina.
- Plano de Vacinação de Campanhas.
- Plano de Intensificações de Vacinação.
- Plano de Vigilância de Efeitos Adversos de Vacinação.
- Plano de Conservação dos Imunobiológicos.
- Planos dos Sistemas de Informações em Imunizações.
- Plano de Vacinação com os Imunobiológicos Especiais.
- Plano de Vacinação a Grupos Especiais.
- Plano de Vacinação de bloqueio e quimioprofilaxia.



- Plano dos Sistemas de Informação.
- Plano de reestruturação da Informação do Banco de Dados.

Atualmente, alguns desses programas, não apenas no Estado, como também no Brasil e nos países das Américas, encontram-se numa fase de acentuado progresso. O desafio que se impõe é manter os avanços obtidos e concentrar esforços para concretização dos objetivos. Estas ações visam, principalmente, a ampliação e fortalecimento das fontes de notificação, as vigilâncias sentinelas, a realização de busca ativa, a investigação de casos e surtos, a implementação de medidas de controle, orientação das ações de imunizações, identificação de grupo de risco, realização de coletas e análises de dados com subsequente divulgação em nível técnico e político, bem como, fortalecimento das parcerias com instituições governamentais e não governamentais.

Para que se alcancem os objetivos propostos é preciso desenvolver um trabalho conjunto e contínuo de vigilância epidemiológica, assegurando a detecção de casos e a adoção de medidas oportunas, com indicação de quimioprofiláticos, soroterápicos e de vacinação para eliminar os suscetíveis em relação aos casos de doenças imunopreveníveis, e de laboratório para identificar os agentes etiológicos.

O enorme êxito alcançado na prevenção e controle de várias doenças, que hoje ocorrem em proporção ínfima quando comparadas a décadas atrás, não significa que foram todas erradicadas. A idéia de que todas as doenças transmissíveis seriam erradicadas contribuiu para que, no passado, as ações de prevenção e controle fossem sendo subestimadas na agenda de prioridades de saúde, com evidentes prejuízos para o desenvolvimento de uma adequada capacidade de resposta e com perda de oportunidade na tomada de decisões sobre medidas que teriam impacto positivo.

Apresentando diferentes associações com as condições sociais, sanitárias e ambientais, as *doenças transmissíveis* ainda se constituem em um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Doenças antigas ressurgem com outras características e doenças novas se disseminam com uma velocidade impensável há algumas décadas. A erradicação completa de doenças, como é o caso da varíola, ainda o único e solitário exemplo mundial, é produto de muitos anos de esforço continuado de governos e sociedades, e da disponibilidade de medidas amplamente eficazes e efetivas.

Por outro lado, a *vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis* está em processo de construção no âmbito do SUS, no país e no Paraná. Tais doenças são de grande magnitude, e por meio de medidas de prevenção podem ser reduzidas. Um monitoramento contínuo dos fatores de risco, ao identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, subsidia o planejamento, a execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas.

Em 2006, foi elaborado o Plano Estadual de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, discutido e deliberado na CIB-PR. Nele estão definidas as linhas de ação para estruturar, consolidar e implementar a vigilância epidemiológica das



DANTs na SESA-PR, municípios sedes de regionais e municípios que não sendo sede possuem mais de 100.000 habitantes. Para que os objetivos do Plano sejam atingidos, definiram-se estratégias, distribuídas em quatro eixos: 1) Monitoramento da morbi-mortalidade e seus determinantes, bem como o apoio, direcionamento, avaliação e aprimoramento dos programas de promoção de saúde, prevenção e redução de doenças em DANT; 2) Desenvolvimento de Serviços Sentinela e Inquéritos como principal instrumento de monitoramento dos Fatores de Risco; 3) Fortalecimento de políticas de redução da morbi-mortalidade, priorizando a prevenção e promoção da saúde no âmbito das DANT, e 4) Educação e comunicação.

No âmbito dessas estratégias, a SESA está desenvolvendo atividades como: a elaboração e aprovação do Plano Estadual; a realização do Seminário Estadual de Vigilância Epidemiológica de DANT e do Curso de Atualização de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CAVE – DANT); a elaboração e publicação de “Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná” e do “Atlas de Mortalidade por Câncer no Paraná”; apoio ao inquérito sobre violências e acidentes (VIVA) no município de Curitiba e inquérito por telefone sobre fatores de risco e de proteção para DANT para maiores de 18 anos – VIGITEL. Na estruturação de uma área para coordenação da vigilância estadual das DANTs foram adquiridos móveis, equipamentos de informática e aparelho de fax, com recursos do Projeto VIGISUS II.

No que se refere à *vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e das crianças menores de um ano de idade*, no Paraná, esta é realizada por meio dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e infantil. Atualmente, existem 02 Comitês Estaduais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, um materno e outro infantil, 22 Comitês Regionais, 217 Comitês Municipais e 30 Comitês Hospitalares, com Câmaras Técnicas que realizam o trabalho de análise desses óbitos para determinar quais as suas principais causas; obter subsídios para recomendação de ações preventivas; realizar a correção da subnotificação dos óbitos maternos e a redução dos óbitos por causas mal definidas e obter um real diagnóstico da situação da mortalidade materna e infantil no Estado.

Nos últimos anos, o Estado vem investigando cerca de 92% dos óbitos de mulheres em idade fértil informados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), trabalho iniciado em 1989 quando da criação dos Comitês de Mortalidade Materna.

A vigilância epidemiológica da mortalidade infantil foi implantada em todos os municípios em 1999 e tem aumentando gradativamente o número de investigações de óbitos de menores de um ano. No ano 2000, foi desenvolvido um sistema informatizado (Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil - SIMI), único no Brasil, que permite a análise dos dados com maior agilidade e o conhecimento da situação de mortalidade infantil para a recomendação de estratégias destinadas ao aprimoramento da assistência e redução dos óbitos infantis. Nos últimos anos, o Paraná tem investigado em torno de 70% dos óbitos de menores de um ano registrados e informados.

As vigilâncias epidemiológicas da mortalidade materna e infantil têm servido como



importante instrumento de monitoramento para definir o perfil dos fatores determinantes, a avaliação da efetividade das ações e a orientação na tomada de decisões à saúde da mulher e da criança. Além disto, têm demonstrado que a manutenção da redução da mortalidade materna e infantil exige um processo de trabalho inerente a cada óbito, no seu local de ocorrência. Ao identificar os fatores determinantes de cada óbito é preciso trabalhar concomitantemente as medidas específicas para cada caso, nas circunstâncias como ele ocorreu, no nível de complexidade de atenção que se fizer necessário e com o envolvimento das equipes técnicas de trabalho, instituições e comunidade.

O Programa Nacional de Imunização, criado em 1973, ocasião em que contava com apenas quatro tipos de vacinas, foi sendo estruturado e organizado ao longo de mais de 30 anos, transformando-se hoje em referência internacional. Atualmente conta com 40 tipos de imunobiológicos disponíveis para a população em geral e é gerenciado pelas coordenações estaduais e municipais.

Além da vacinação de rotina, o programa desenvolve: vacinação de bloqueio (para doenças transmissíveis) sempre que necessário, duas campanhas anuais contra a poliomielite, uma contra a influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e intensificações de vacinações contra febre amarela e hepatite B.

Inclui ainda os Centros de Imunobiológicos Especiais (CRIE's), o monitoramento de eventos adversos pós-vacinação e a manutenção da rede de frio para conservação dos imunobiológicos em todos os níveis, assegurando a qualidade dos produtos disponibilizados.

Para desenvolver as ações do Programa no Estado (PNI-PR) há 2.000 postos de vacinação funcionando rotineiramente, 9.000 em dias de campanha, com a aplicação de uma média de 6.000.000 de doses/ano.

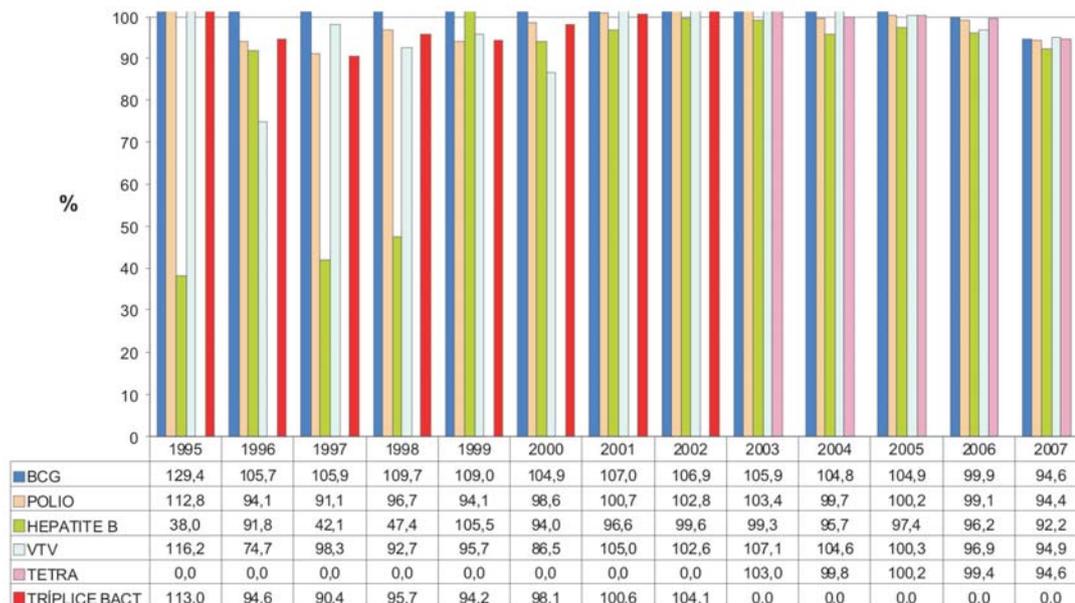
Além disso, o PNI-PR é responsável por capacitações de profissionais, assessoria e apoio aos serviços, aquisição de insumos como seringas, agulhas, equipamentos de refrigeração, entre outros, confecção e reprodução de materiais de divulgação e ensino e mantém em uso seis sistemas de informação.

O Paraná tem apresentado índices de coberturas vacinais satisfatórios (Gráfico 14) e mantido o controle das doenças imunopreveníveis, embora uma média de 30% (Gráfico 15) dos municípios ainda apresente dificuldades para alcançar as coberturas ideais. É de competência dos municípios a execução das ações de vacinação. Para tanto, devem buscar estratégias adequadas, proporcionando todas as condições necessárias para o desenvolvimento das mesmas, com a finalidade de atingir os índices pactuados.

Entre as dificuldades enfrentadas pelo PNI-PR destaca-se a escassez de recursos humanos capacitados. Além de poucos profissionais disponíveis, há alta rotatividade dos mesmos, acarretando problemas no acompanhamento das ações, monitoramento dos indicadores, descumprimento dos compromissos assumidos, com conseqüente queda da qualidade e cumprimento dos objetivos do Programa.

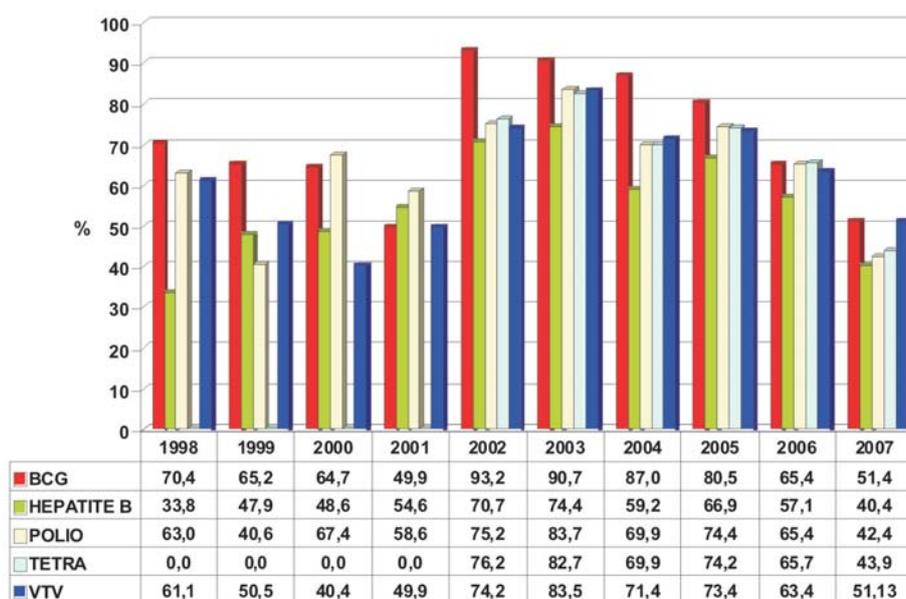


GRÁFICO 14 – EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE VACINAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E COM A VACINA TRÍPLICE VIRAL (VTV) COM UM ANO – PARANÁ – 1995 A 2007



Fonte: API/DVVPI/DEVE/SVS/SESA/PR

GRÁFICO 15 – HOMOGENEIDADE DAS COBERTURAS VACINAIS APLICADAS NA ROTINA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO – PARANÁ – 1998 - 2007



Fonte: API/DVVPI/DEVE/SVS/SESA/PR



Quanto aos *sistemas de informação que dão suporte à vigilância epidemiológica*, aqueles sob gerenciamento da SESA estão instalados na Companhia de Informática do Paraná (CELEPAR) desde janeiro de 2007, em uma base única de dados para as 22 Regionais de Saúde. Dois novos equipamentos encontram-se em processo de aquisição, com a finalidade de regularizar o gerenciamento do banco de dados e demais aplicativos. Esses sistemas, programas de padrão nacional, funcionam hoje em uma nova plataforma e sofrem mudanças frequentes de versões, sem previsão de estabilidade. Para concluir a fase de implantação junto à CELEPAR, falta a complementação das ferramentas dos mesmos.

O Sistema de Informação de Mortalidade - SIM está implantado em todo o Paraná e tem como fontes de informação: os hospitais, o Instituto Médico Legal, 650 cartórios, 399 municípios e 22 Regionais de Saúde, registrando uma média anual de 62.000 óbitos. A subnotificação constitui ainda um problema no Estado, evidenciado quando se faz busca ativa ou cruzamentos de informações de diferentes sistemas (SIAB, SHI, SIMI) e por varredura nos locais de captura das declarações de óbito (cemitérios, cartórios, hospitais, igrejas, meios de comunicação).

Nos últimos anos, o Paraná vem revisando 100% dos óbitos, sendo que em média 10% (6.200) das Declarações de Óbitos são corrigidas. Tanto em relação ao SIM como ao SINASC, o Estado tem 100% de regularidade de envio trimestral das declarações para o Ministério da Saúde, 100% de regularidade em relação ao envio de dados das Regionais para o nível central da SESA e 90% de regularidade em relação ao envio de dados dos municípios para as Regionais. Nestes casos os principais fatores para quebra da regularidade são atribuídos a problemas técnicos com microcomputadores e troca de operadores nos municípios.

Os nascimentos são um evento de notificação compulsória nos 399 municípios do Estado e sua vigilância se dá por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, sistema padrão do Ministério da Saúde. Os hospitais, as maternidades, 650 cartórios, além dos municípios e Regionais de Saúde são as fontes de informação.

Em média, são registrados 150.000/nascidos vivos/ano e analisados 100% das Declarações de Nascidos Vivos, encaminhando-se relatório às respectivas secretarias municipais para as correções exigidas, quando necessário. A análise de dados sobre os nascidos vivos subsidia a epidemiologia na implantação de políticas de saúde e permite o resgate de subnotificações, mediante o cruzamento de informações com outros sistemas (SIAB, SHI, SIMI) e varredura nos locais de captura das declarações de nascidos vivos (cartórios, hospitais, igrejas, meios de comunicação).

O SINAN é a base de dados e informações de notificação e investigação de 67 doenças e agravos, surtos e saúde do trabalhador. Em média são notificados e investigados 120.000 casos/ano. Cada agravo, conforme instrução normativa do MS, tem seu prazo oportuno de encerramento e alimentação regular. No Paraná, o SINAN conta com aproximadamente 4.500 fontes notificadoras. Para alguns agravos o controle se dá por meio das notificações negativas (de não ocorrência), que giram em torno de 110.000 por ano e que permitem,



também, o controle das subnotificações.

O SINANNET está implantado nos 399 municípios do Paraná, descentralizado para os 09 Distritos Sanitários de Curitiba, um (01) Núcleo Hospitalar Epidemiológico do Hospital de Clínicas/UFPR, em alguns Centros de Referências de Especialidades (CRE) e também no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST). Há programação para descentralizá-lo para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Unidades Sentinelas na medida de sua implantação, no âmbito da Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

O SINANNET, programa de padrão nacional, está em uma nova plataforma, sofrendo mudanças freqüentes de versões. Segundo o Ministério da Saúde, deve se estabilizar no último trimestre de 2007.

Na área de **vigilância ambiental em saúde**, a atuação está voltada para agravos em que o meio ambiente representa fator de risco para a saúde, incluindo as zoonoses (em especial as transmitidas por vetores); intoxicações e acidentes por animais peçonhentos; e, também, para a vigilância de fatores ambientais que podem representar risco à saúde pública, como: a água de consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos.

A estruturação dessa área é recente no âmbito do SUS nas diferentes esferas de governo. Entre suas ações, as que anteriormente a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA executava (controle de endemias: dengue, malária, febre amarela, esquistossomose, tracoma, Chagas e leishmaniose), foram descentralizadas para as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde em setembro de 2000. Atualmente, as ações e atividades da vigilância ambiental em saúde são respaldadas pelo Código de Saúde do Estado.

A SESA coordena em nível estadual a vigilância epidemiológica e ambiental de *zoonoses* transmitidas naturalmente entre os animais e o ser humano, com vários modos de transmissão (por vetores, por contágio direto, por alimentos, pela água, pelo solo e pelo ar); o tracoma, que é uma doença causada por bactéria. Realiza também o monitoramento do caramujo africano no Estado, com o apoio do Instituto Ambiental do Paraná.

No Paraná, o ano de 2003 representa um marco na estruturação da vigilância entomológica – ou seja, dos insetos sob todos os seus aspectos e relações com o homem, as plantas, os animais e o ambiente. Foi a partir daí que as atividades de campo e melhorias nas condições de trabalho foram efetivadas, contribuindo significativamente para assegurar o papel da vigilância ambiental em saúde. Em 2004, iniciaram-se as atividades de campo e de laboratório para a definição das espécies vetoras ocorrentes no Paraná, cabendo destacar que este primeiro ciclo de vigilância entomológica foi concluído em 2006. Impõe-se, agora, a preparação para o próximo ciclo, iniciado em 2007.

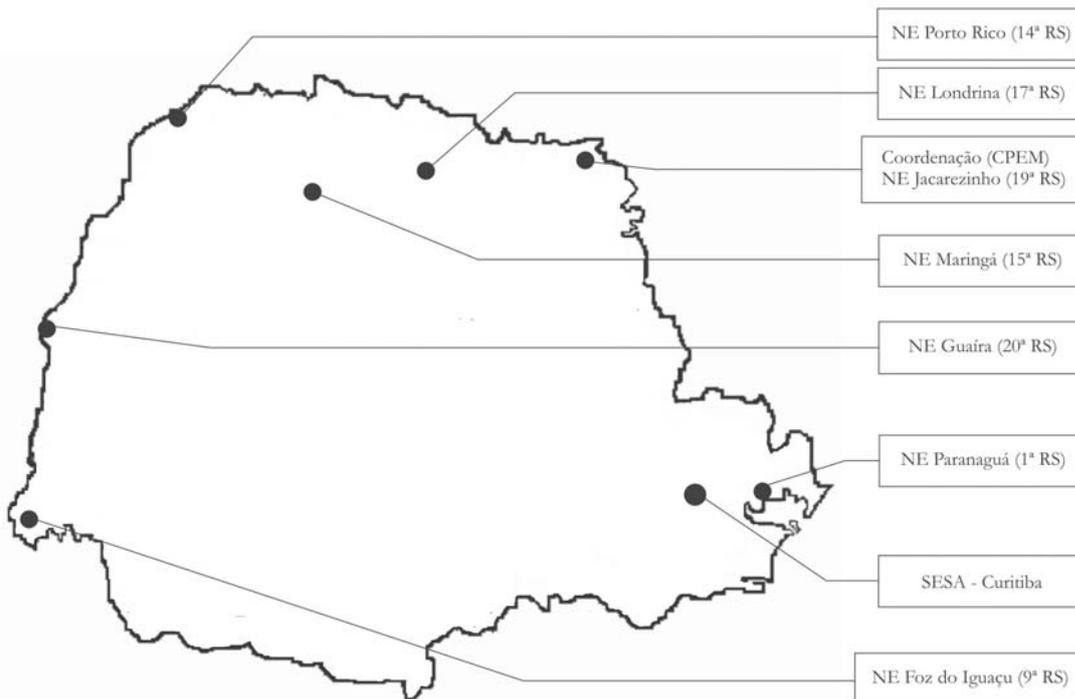
Entre os principais avanços na vigilância entomológica no Estado, destacam-se: a definição dos papéis de cada núcleo de entomologia conforme sua especialidade; a definição de metodologias para implantação dos serviços; o estabelecimento de novos critérios para avaliação dos programas; e a definição de diretrizes que contribuem para a universalização



dos serviços de vigilância entomológica.

A SESA possui, atualmente, uma Coordenadoria de Pesquisas em Entomologia Médica (CPEM) e oito Núcleos distribuídos estrategicamente no Estado (Mapa 6). Esses núcleos estão administrativamente ligados às Regionais de Saúde a que pertencem e tecnicamente ao nível central da Secretaria.

MAPA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚCLEOS DE ENTOMOLOGIA EM ATIVIDADE NO ESTADO DO PARANÁ – 2007



FONTE: SESA-PR.

A SESA-PR assumiu os Núcleos de Entomologia, que foram estruturados pela FUNASA, com equipes estrategicamente distribuídas, cobrindo todo o território estadual: Agentes de Saúde Pública e Guardas de Endemias de nível médio; 02 técnicos graduados em Ciências Biológicas, com especialização em Entomologia Médica; 14 com curso para técnicos auxiliares de entomologia e outros com capacitações nas áreas de formação de laboratorista, de ecologia, taxonomia e controle de vetores. Esta mão de obra especializada atuou, e ainda atua, em ações de Vigilância Entomológica e pesquisas aplicadas, muitas vezes em conjunto com universidades e outras instituições, gerando conhecimento científico no campo da Saúde Pública.



No campo de controle de vetores, a SESA possui a Central de Apoio Logístico de Insumos e Equipamentos – UBV, cuja função é orientar e assessorar técnica e operacionalmente, supervisionar e acompanhar as Regionais de Saúde nas operações de campo de controle de vetores desenvolvidas pelas regionais e/ou municípios, por meio da aplicação de insumos. A Central está situada estrategicamente no centro do Estado, onde ocorre o maior número de agravos para os quais presta apoio operacional. Possui instalações para atender a demanda, com necessidade de adequações.

Sua capacidade operacional, atualmente, se constitui de:

- 13 veículos com equipamento de UBV pesado acoplado;
- 17 equipamentos de UBV pesado sem veículo;
- 250 equipamentos de UBV leve costal motorizado;
- 10 servidores que desenvolvem funções de manutenção de equipamentos, mecânica; operações de campo; fornecimento de insumos; serviços administrativos; transporte de insumos.

Em relação aos *acidentes com animais e produtos*, a SESA possui quatro Centros de Controle de Envenenamentos/Intoxicação localizados em: Curitiba, Maringá, Londrina e Cascavel. Estes Centros

prestam orientações aos profissionais de saúde, em regime de plantão permanente, sobre diagnóstico e tratamento dos envenenamentos (intoxicações por substâncias químicas e picadas por animais peçonhentos), bem como sobre medidas de prevenção desses acidentes à população. Ministram, também, palestras técnicas aos serviços de saúde, escolas e empresas. Apresentam uma média anual de atendimentos telefônicos de aproximadamente 1.500 casos. Curitiba e Cascavel contam com um telefone 0800 para facilitar as ligações da comunidade e unidades de saúde, custeados pela SESA. Todos os Centros possuem estagiários de nível superior, cujas bolsas-auxílio são pagas com recursos do Governo do Estado. O Centro instalado em Curitiba possui um ambulatório de envenenamentos, que atende os casos moderados/graves encaminhados pelas unidades de saúde 24 horas da Capital.

A ocorrência de *Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA* vem aumentando de modo significativo em nível mundial. Vários são os fatores que contribuem para a emergência dessas doenças, dentre os quais o crescente aumento das populações, a existência de grupos populacionais vulneráveis ou mais expostos, o processo de urbanização desordenado e a necessidade de produção de alimentos em grande escala. Contribui ainda, o deficiente controle dos órgãos públicos e privados no tocante à qualidade dos alimentos ofertados às populações.

Outros determinantes para o aumento na incidência das DTA são: a maior exposição das populações a alimentos destinados ao pronto consumo coletivo (“*fast-foods*”), o consumo de alimentos em vias públicas, a utilização de novas modalidades de produção, o aumento no uso de aditivos, e a mudanças de hábitos alimentares; sem deixar de considerar as mudanças



ambientais, a globalização e as facilidades atuais de deslocamento da população, inclusive no nível internacional.

A multiplicidade de agentes causais e sua associação a alguns dos fatores citados resultam em um risco significativo de ocorrência das DTA, infecções ou intoxicações que podem se apresentar de forma crônica ou aguda, com características de surto ou de casos isolados, com distribuição localizada ou disseminada e com formas clínicas diversas. Apesar da comprovada relação de várias doenças com a ingestão de alimentos contaminados, do elevado número de internações hospitalares e da persistência de altos índices de mortalidade infantil por diarreia em algumas regiões do Estado, pouco se conhece sobre a real magnitude do problema, devido à precariedade das informações disponíveis.

Faz-se necessária a estruturação de um Sistema de Vigilância das Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA capaz, inclusive, de detectar a introdução de novos patógenos como, por exemplo, o *E.coli*, O 157-H7 e *S. typhimurium* DT 104.

Diante da complexidade do problema, da fragmentação e desarticulação das ações entre as várias áreas envolvidas, é preciso estabelecer um Sistema que integre intra e interinstitucionalmente os três níveis de governo. O número de surtos de DTA conhecidos vem caindo significativamente nos últimos anos (200, 192, 167, 136, 129, 92 e 71 para os anos de 1998 a 2004, respectivamente), o que reforça a necessidade de ações integradas e uniformes.

Na área de vigilância ambiental, está também a vigilância de fatores que podem representar risco à saúde da população, por exemplo: a água de consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos.

Desde 1983, a SESA desenvolve a *Vigilância da Qualidade da Água - VIGIAGUA* - e busca a sua descentralização aos municípios, por meio das equipes de Vigilância Sanitária. O Programa tem cadastrados os Sistemas de Abastecimento (SANEPAR e Sistemas Municipais) no SISAGUA, que atingem 93% dos domicílios do Estado. Os resultados obtidos de análises bacteriológicas de amostras de água encaminhadas ao LACEN, desde 1999, mostram que parte das mesmas não atendeu aos padrões de potabilidade (Tabela 30).

Nos anos de 2001 e 2002, ocorreram surtos de veiculação hídrica ocasionados por água nos Sistemas de Antonina (por *Cyclospora cayetanensis*) e de Santa Isabel do Ivaí (por *Toxoplasma gondii*).

Dentre as competências do VIGIAGUA está a de exigir, dos responsáveis pelos Sistemas de Abastecimento, informações mensais e semestrais sobre os dados do Controle de Qualidade para análise e a avaliação.

Desde 1992, a SESA recebe relatórios mensais e semestrais da SANEPAR (617 sistemas em 341 municípios) e dos Sistemas Municipais e Particulares (58 municípios) para inserir dados no SISAGUA.



TABELA 30 - PERCENTUAL DE AMOSTRAS DE ÁGUA ANALISADAS PELO LACEN EM DESACORDO, PARANÁ – 1999 - 2006.

Ano	% amostras de soluções alternativas e sistemas sem tratamento da água	% amostras de sistemas com tratamento por desinfecção
1999	71	5
2000	78	12
2001	79	18
2002	77	23
2003	57	18
2004	58	18
2005	51	15
2006	53	10

FONTE: SESA-PR.

Atualmente, são necessárias 1.800 análises/mês (parâmetros microbiológico, turbidez, cloro e flúor) para a vigilância. No ano de 2002, foi adquirido equipamento digital para análise de cloro, flúor e turbidez para as 22 Regionais de Saúde e 250 comparadores colorimétricos para análise de cloro foram distribuídos aos municípios.

No ano de 2004, foi estruturada uma Rede Laboratorial descentralizada (AGUALAB), prevendo a implantação de 12 (doze) laboratórios coordenados pelo LACEN. Além disto, a SESA firmou convênio com 05 (cinco) Universidades Estaduais para apoio laboratorial. Em 2006, o LACEN e 09 (nove) laboratórios da REDE AGUALAB realizaram 8.831 análises e as 05 Universidades 9.176, totalizando 18.007 análises (média de 1.500 análises/mês).

Um Grupo Técnico – GTÁgua - composto por técnicos da área de Vigilância Ambiental e do LACEN, foi instituído em 2005 para o acompanhamento e avaliação das atividades que envolvem cadastro, controle e vigilância, em consonância com as diretrizes do VIGIAGUA.

Em 2001, o Ministério da Saúde iniciou discussões com as Secretarias Estaduais de Saúde com a intenção de implantar o *Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado*. No ano de 2005, foi desencadeado um diagnóstico nacional dessas áreas, pela SESA e IAP (Instituto Ambiental do Paraná), com o cadastramento inicial de 21 áreas no Estado e, posteriormente, 32. Em 2006, técnicos do Paraná participaram do curso à distância de Avaliação de Risco a Solo Contaminado, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Está em fase de aplicação o método proposto de avaliação de risco de populações expostas a solo contaminado no município de Adrianópolis.



O cadastramento dessas áreas passou a fazer parte da Programação Pactuada Integrada (PPI-VS) em 2006, sendo necessária a informação de, no mínimo, uma área com população exposta a solo contaminado em 50% dos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes. O Paraná tinha 16 municípios com mais de 100 mil habitantes, conforme dados do IBGE – 2004. Foram cadastradas áreas, com alimentação no banco de dados do SISOLO, em 08 municípios: Apucarana, Araucária, Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá e São José dos Pinhais.

Observa-se que, em razão de ser mais uma atribuição de implantação recente, os municípios ainda não incorporaram plenamente esta atividade. Em face disso, em agosto de 2006, foi realizada capacitação em parceria com o Ministério da Saúde, com duração de 16 horas, para técnicos dos 16 municípios com mais de 100.000 habitantes e das 22 Regionais de Saúde, visando à implementação desta atividade. Para 2007, consta na Programação de Ações Prioritárias (PAP-VS), que o Estado deve emitir relatório anual com cadastramento de, no mínimo, uma área com populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado, em 70% dos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, conforme modelo padronizado pelo MS.

O Programa de *Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar – VIGIAR*, desde a sua criação no país em 2001, buscou estabelecer uma metodologia de ação em áreas piloto. Estas áreas foram definidas em 2002, pelo Ministério da Saúde, envolvendo os municípios de: Camaçari (BA); Vitória (ES); Volta Redonda (RJ); São Paulo (SP); Araucária/Curitiba (PR) e Canoas (RS). Nesses municípios, foram realizados estudos de séries temporais e o estudo feito em Araucária deverá ser finalizado até dezembro de 2007 pela equipe do Ministério da Saúde.

A partir de 2005, o Programa foi implantado na SESA e, em 2007, foi pactuada com o nível federal a aplicação do instrumento de identificação de municípios de risco em, no mínimo, 01 município do Estado. Atualmente, 20 municípios já estão cadastrados e já alimentaram o FORMSUS – sistema de informação destinada ao registro dos resultados encontrados. Os dados desse sistema foram levantados pela equipe do VIGIAR/SESA, juntamente com as equipes das Vigilâncias Ambiental e Sanitária dos municípios de Curitiba, Pinhais e Tijucas do Sul, inclusive com a análise de estudos de séries temporais naqueles municípios que dispunham de dados.

Outra área de atuação, dentro da vigilância em saúde, é a de **vigilância e controle em agravos estratégicos**, cujas ações estão relacionadas a agravos que exijam enfrentamento diferenciado no Estado, em face de suas características epidemiológicas e estruturais, demandando intervenções de maior complexidade. Por exemplo: as Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e AIDS, doenças endêmicas prevalente (tuberculose, hanseníase, hepatites virais), emergentes e reemergentes (Antraz, Botulismo, Cólera, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Gripe Aviária, Hantavirose, Peste, Síndrome de Angústia Respiratória Severa – SARS).



Nesta área da SESA, encontra-se a Unidade de Resposta Rápida a Emergências Epidemiológicas – URR, e a coordenação estadual do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar e do Plano de Contingência para o Enfrentamento de Epidemia de Influenza.

A URR ainda precisa ser estruturada na SESA-PR, visando o processamento e resposta oportuna aos surtos e emergências em saúde pública. Destina-se a receber informações e intervir em todos os eventos que impliquem em risco de propagação ou disseminação, diagnosticados no Estado. Deverá contar com equipes de plantonistas, 24 horas/dia. O Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.529/04 e integrado ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Tem como objetivo detectar, notificar e investigar a ocorrência das Doenças de Notificação Compulsória e outros agravos emergentes e reemergentes, na forma de casos e surtos, precoce e oportunamente, visando à adoção de medidas adequadas de prevenção e controle.

Esse Sistema requer a existência de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), a quem compete informar a rede de serviços, acionando as unidades básicas de saúde para que possam adotar medidas de controle no momento adequado à prevenção de novos casos decorrentes da fonte de infecção. No Paraná, o sistema é composto por hospitais localizados em 06 municípios (Hospital de Clínicas – UFPR, Hospital Evangélico, Hospital Cajuru – PUC, Hospital do Trabalhador – SESA-PR, Hospital Infantil Pequeno Príncipe – Fundação Raul Carneiro, todos os 05 em Curitiba; Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul; Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – UEL em Londrina; Hospital Universitário de Maringá - UEM em Maringá; Hospital Regional de Cascavel – Unioeste em Cascavel e Hospital Ministro Costa Cavalcanti – Itaipu, em Foz do Iguaçu).

Em relação às *DST/AIDS*, a SESA-PR possui uma Coordenação Estadual e 22 coordenações regionais. As ações são pactuadas no Plano de Ação e Metas - PAM, que é elaborado de forma integrada com diversos setores da SESA e em parceria com o Fórum de ONGs/AIDS do Estado, Conselho Estadual de Saúde e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS - Núcleo Paraná. Nos últimos dois anos, deu-se um grande avanço na integração das ações de DST/AIDS com outras instâncias programáticas do SUS como: o controle da tuberculose, das hepatites, Saúde do Trabalhador, Atenção Primária (Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente, Atenção Básica).

A assistência especializada é prestada, no Estado, por 25 serviços localizados em: Paranaguá, Curitiba, Colombo, Pinhais, Araucária, São José dos Pinhais, Ponta Grossa, Castro, Arapoti, Guarapuava, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Cascavel, Campo Mourão, Umuarama, Paranaíba, Maringá, Apucarana, Arapongas, Londrina, Cambé, Cornélio Procópio, Toledo e Telêmaco Borba. O serviço instalado no CRE-Barão Curitiba está sob gerência da SESA-PR e os demais com municípios e consórcios. Além desses, em Irati, União da Vitória, Cianorte, Jacarezinho e Ivaiporã, o atendimento dos pacientes com HIV/AIDS ocorre nos Centros de Especialidades Regionais, sob gerência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.



Para as ações de testagem e aconselhamento, o Paraná dispõe de 27 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em funcionamento, sob gerência dos municípios. Até setembro/2007, foram realizados 27.284 testes Elisa em homens, 57.944 em mulheres e 21.868 em gestantes. Foram atendidos com pré-teste 30.907 homens, 64.361 mulheres e 5.351 gestantes. Do total de pessoas testadas, 9.100 deixaram de buscar resultados, ou seja, 8,5%. Em relação às gestantes, existe a indicação da necessidade de aconselhamento nas Unidades Básicas de Saúde dos 399 municípios do Estado, que realizam o pré-natal das gestantes usuárias do SUS. Conforme pactuação da Vigilância em Saúde, a grande maioria dos municípios se propõe a realizar a testagem de HIV e VDRL no pré-natal.

Os casos de DST são atendidos em unidades básicas municipais, que têm a responsabilidade de fornecer a medicação para o tratamento, conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite Estadual. Há, porém, baixa incorporação de ações em toda a rede, além de dificuldades de encaminhamento de pacientes a laboratórios e na área de Vigilância Epidemiológica.

Quanto as *hepatites virais*, a vacinação institucional contra a hepatite B foi iniciada em 1991 no Estado, para os grupos considerados de risco: hemodialisados, hemofílicos e imunodeprimidos; e, a partir de 1992, para os profissionais de saúde.

Para o controle e eliminação da hepatite B, a vacinação universal é a melhor estratégia, apropriada tanto para crianças menores de 1 ano, crianças maiores e adolescentes, como também para grupos de risco. Assim, obtém-se resultados num tempo menor que o esperado quando se preconiza apenas a vacinação dos menores de 1 ano e dos grupos de risco.

No Paraná, a vacina contra a hepatite B passou a ser ofertada na rotina para a população menor de 01 ano em 1995 e, em 1998/99, para a população menor de 15 anos na região oeste do Estado, em razão da identificação de alta prevalência da doença. Em 1999, em consonância com orientação do Ministério da Saúde, adotou-se a estratégia de vacinação universal dos adolescentes (menores de 15 anos) em todo o restante do Estado e, em 2001, ampliou-se para a faixa etária até 19 anos de idade. Isto se fundamenta no fato de que o risco de infecção e de enfermidade durante a juventude e primeiras etapas da vida adulta é elevado e, vacinando-se na adolescência, alcança-se a proteção imediata das pessoas em risco.

Para a hepatite causada pelo vírus C, a oferta de diagnóstico etiológico aconteceu também a partir de 1992, atendendo aos casos de hepatite B negativos. Atualmente, também estão disponíveis métodos diagnósticos laboratoriais para os indivíduos sintomáticos ou assintomáticos que receberam hemotransfusão ou suas frações em períodos anteriores.

A vigilância das hepatites virais vem ocupando um espaço crescente dentro da saúde. Inicialmente a preocupação era com os casos agudos principalmente hepatite A e B, para conhecimento de seu comportamento e tomada oportuna de medidas para o seu controle. Com os anos, ampliou-se a vigilância para os pacientes crônicos de hepatite B e C (sintomáticos e assintomáticos) e a principal necessidade é a de se estruturar a assistência com referências para receber estes pacientes na rede pública, realizar o diagnóstico laboratorial e de monitoração



com exames de alto custo (biologia molecular – PCR e genotipagem, biópsia hepática, ecografia e anatomopatológico) e o fornecimento de medicamentos (CEMEPAR) também de alto custo.

No que se refere ao *Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento de Epidemia de Influenza*, o mesmo foi elaborado conforme recomendação do Ministério da Saúde, considerando a situação epidemiológica mundial caracterizada como “Período de Alerta Pandêmico”. O planejamento para o enfrentamento de uma possível pandemia de influenza é um processo complexo que envolve as autoridades de vários setores além da saúde pública, inclusive da indústria privada.

O vírus da influenza tipo “A” tem reservatório em aves silvestres e aquáticas migratórias, com alto potencial zoonótico. O vírus H5N1 foi identificado pela primeira vez na década de cinquenta do século passado, no Reino Unido. Reapareceu na forma epizootica/epidêmica na província de Guandong, Hong Kong, em 1997, produzindo vários casos humanos e alta letalidade. A partir de 2005, a doença se espalhou pela Eurásia e mais recentemente pela África, afetando milhões de animais, com mais de 300 casos humanos.

O vírus da influenza apresenta alta variabilidade, por meio de processos de mutação adaptativa e recombinação genética em seres humanos e animais, com alto potencial pandêmico. Pandemias pelo vírus influenza tipo “A” ocorrem com relativa frequência, a intervalos irregulares, duas a três vezes a cada cem anos. Deste modo, o monitoramento do comportamento do vírus da influenza em seus reservatórios é essencial para intervenções oportunas, prevenindo a transmissão zoonótica e diminuindo o risco de ocorrência de pandemias.

O Plano de Contingência contempla, portanto, ações para expansão e manutenção de um sistema de vigilância alerta para a detecção de casos, com melhoria da qualidade do sistema de vigilância da influenza (detecção e investigação precoce de casos, notificação e implantação de medidas de controle oportunas de formas graves de doença respiratória, em pessoas oriundas de regiões afetadas pela doença); monitoramento e análise dos cenários epidemiológicos; e avaliação da efetividade das medidas implementadas. O desenvolvimento das atividades constantes no Plano é de responsabilidade de todas as Superintendências da SESA.

A área de **Vigilância Sanitária** é responsável pelo controle da qualidade de produtos, serviços e alimentos, incluindo o controle sobre sangue, medicamentos, domissanitários, farmácias, clínicas de radiologia, hospitais, e outros. Desenvolve o monitoramento e execução das ações de alta e média complexidade e totalizou 7.706 inspeções em 2006, com mais de 35.000 análises realizadas pelo LACEN.

Durante o período de 2003 a 2006, foram definidos o Plano Diretor de Vigilância Sanitária Nacional e os eixos de atuação da Vigilância Sanitária:



1. Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS.
2. Ação regulatória:
 - Vigilância de produtos, de serviços e de ambientes.
 - A vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde.
 - Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
 - Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Estes eixos orientam a definição de prioridades para construção dos Planos de Ação da Vigilância Sanitária, inseridas no Pacto pela Saúde em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Nesse contexto, as ações de vigilância, compreendendo: as ações de fiscalização, normatização, licenciamento, controle, monitoramento de alimentos, serviços e produtos de saúde e de interesse à saúde; de análise de projetos arquitetônicos; de educação permanente dos servidores, de integração intra e extra-institucional; fazem parte do conjunto de ações sob a responsabilidade do SUS.

A SESA não realiza ainda, na sua totalidade, as ações de supervisão, acompanhamento e monitoramento sistemáticos. A reduzida equipe de técnicos para a execução dessas atribuições é um dos principais entraves para o efetivo exercício e aprimoramento das mesmas. Além disso, a Vigilância Sanitária recebe muitas solicitações oriundas de outros órgãos como: Ministério Público, Conselhos de Classe e ANVISA, direcionando o atendimento a demandas não programadas nos Planos de Ação da VISA.

A SESA-PR continua executando parcialmente as ações de responsabilidade municipal, de forma complementar ou suplementar, mesmo nos casos em que já houve pactuação. Isto ocorre, pois, há municípios que ainda não executam a integralidade das ações de VISA, apresentando dificuldades na manutenção de equipe capacitada, com alta rotatividade de profissionais.

Em relação ao Sistema de Informações em Vigilância Sanitária — SINAVISA, o mesmo ainda não fornece os subsídios esperados para orientar as ações de inspeções e planejamento. A inexistência de cadastro descentralizado em algumas áreas de interesse da VISA, a falta de informatização dos cadastros de estabelecimentos em todo o Estado e a ausência de interface com outros sistemas de interesse (CNAE, CNES, SINAIS) são alguns dos problemas que exigem enfrentamento. Atualmente, 185 municípios usam o SINAVISA, com um total de 14.400 estabelecimentos cadastrados até 2006. A SESA-PR adquiriu microcomputadores para todos os municípios do Paraná, visando implementar o Sistema.

No que se refere aos programas de monitoramento da qualidade de serviços e produtos, nem todos estão oficializados pela SESA e/ou desenvolvidos de forma completa. As amostras analisadas limitam-se à capacidade instalada da rede laboratorial (RH, equipamentos, metodologia, padrões, e outros). Os dados dos Programas não são ainda trabalhados na



totalidade e, assim, não geram indicadores para orientar o processo decisório. Há, também, diversas ações que necessitam de maior integração com outros setores para o alcance de sua efetividade, por exemplo: o controle de alimentos (agrotóxicos, micotoxinas, transgênicos, drogas veterinárias), o controle da qualidade de produtos (medicamentos, saneantes, cosméticos) e serviços de saúde (sangue, radiações).

Nos últimos anos, houve grande melhoria na estruturação dos serviços de Vigilância Sanitária com a aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, que devem ser mantidos e/ou renovados.

A **Rede de Laboratórios em Saúde Pública** é coordenada pelo Laboratório Central do Estado (LACEN – PR), com cadastro de mais de 380 laboratórios (públicos, privados e filantrópicos); dos quais 100 são públicos municipais, 13 públicos estaduais e 02 públicos federais. Encontra-se em processo de organização os laboratórios de referência macro-regional (05 unidades+LACEN). Para suporte à vigilância epidemiológica há, também, sub-redes de HIV, CD4/CD8 e carga viral, tuberculose, dengue, hanseníase, hepatites, malária e resistência bacteriana; enquanto, para a vigilância ambiental, existe uma rede (ÁGUALAB) constituída por 10 laboratórios, localizados nas Regionais de Saúde ou Consórcios Intermunicipais, e 05 laboratórios universitários conveniados.

O LACEN-PR é o laboratório que apresentou, desde a sua criação, atividades voltadas à saúde pública, objetivo firmado no sistema atual, em que está vinculado a um conjunto de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Integra-se ao Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, como laboratório de referência estadual enquanto rede, atuando como referência regional para testes confirmatórios e de alta complexidade. Almeja tornar-se referência de laboratório de saúde pública para o Mercosul.

No atendimento às demandas das vigilâncias sanitária e ambiental, o LACEN executa, em média, 33.000 análises por ano. Além disto, realiza exames de vigilância que permitem o monitoramento das doenças de notificação compulsória previstas na Portaria MS 05/2005, e tem um setor de produção de reagentes e meios de cultura que atende à demanda interna e externa de diversos laboratórios e Regionais de Saúde.

Para a manutenção dos diagnósticos já realizados e implantação e implementação de novos exames, o LACEN necessita atualmente ampliar o seu quadro de servidores. Nos últimos 05 anos, houve a aposentadoria de 02 agentes de execução e 05 agentes profissionais sem substituição. Existe, ainda, a previsão de que aproximadamente 15% dos servidores venham a se aposentar nos próximos 03 anos, muitos dos quais de nível superior, com mais de 25 anos de experiência em laboratório de saúde pública. Ressalta-se o fato de que a capacitação mínima de novos servidores da área técnica implica em, no mínimo, 24 meses de treinamento.

O LACEN-PR foi originalmente classificado no nível elementar (“A”), pela Portaria/MS 2.606/05. Após auditoria realizada em maio de 2007, foi reclassificado para o nível “D”.



Desta maneira, aumentará o aporte de financiamento do Ministério da Saúde, o que possibilitará novos investimentos e, em consequência, melhoria nos níveis de classificação, chegando ao nível “E” até 2011.

Nessa perspectiva, o LACEN pretende nos próximos quatro anos realizar: 28.000 análises/ano para a vigilância sanitária; 40 análises/mês no controle de qualidade do leite pasteurizado do Programa Estadual “Leite das Crianças” ; 10.000 análises de água para consumo humano/ano; 100.000 análises/ano para a vigilância epidemiológica e controle de doenças”.

As ações em **Saúde do Trabalhador**, estabelecidas nos incisos do § 3º do art. 6º da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), compreendem: a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a riscos nos ambientes de trabalho, que devem ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS. A prática dessas ações se dá pela sua inclusão na atenção básica e pela estruturação de serviços de retaguarda de média e alta complexidade em Saúde do Trabalhador, denominados Rede de Serviços Sentinela.

O Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST, vinculado à Superintendência de Vigilância à Saúde da SESA, tem por objetivo planejar, coordenar e acompanhar o desenvolvimento do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, em consonância com as diretrizes institucionais, respeitando a legislação vigente, as estruturas e especificidades locais e regionais e as instâncias de controle social em todos os níveis. O Plano de Ação em Saúde do Trabalhador, de caráter operativo, deve seguir as metas do Plano Nacional e Estadual de Saúde, assim como as estratégias de gestão descentralizada, pactuada entre as esferas de governo; bem como conter as diretrizes para a organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da atenção básica, na rede de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar; e a estruturação de ações de vigilância em saúde.

2.2 Gestão em Saúde

2.2.1 Descentralização e Regionalização

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

O processo de descentralização do SUS no Paraná teve início a partir de 1990, com a transferência do gerenciamento das unidades básicas de saúde da SESA/ISEP para as



prefeituras municipais – 100% das unidades repassadas aos municípios; bem como de hospitais de abrangência local. A municipalização das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica também começou nessa época.

A partir de 1992, os Centros Regionais de Especialidades da SESA/ISEP foram transferidos para a gerência de municípios, estabelecendo as condições favoráveis para a formação de consórcios intermunicipais de saúde. A partir de 2003, a SESA instituiu um repasse de incentivo a todos os consórcios, variável de acordo com o seu porte.

No que se refere à descentralização das ações de vigilância em saúde, houve uma crescente evolução do processo das ações de Vigilância Sanitária. Todos os 399 municípios do Estado assumiram as ações básicas e 154 já executam ações de média e alta complexidade, competindo à SESA-PR a atuação em caráter complementar e/ou suplementar, segundo pactuação vigente. Para a execução dessas atribuições há repasses de recursos financeiros oriundos da ANVISA/MS.

O mesmo ocorre com a vigilância epidemiológica e ambiental já descentralizada para os 399 municípios, que também recebem recursos específicos.

Quanto aos espaços de decisão regionalizados, em 1991, a SESA criou os Grupos Intermunicipais de Saúde – GIS - nas regionais de saúde, que funcionaram até o início de 1995. Nesse ano, foram constituídos os Grupos Técnicos Intergestores - GTI, instância de negociação, articulação e discussão quanto aos aspectos operacionais do SUS, em nível regional, não tendo caráter de decisão. Esses Grupos evoluíram e são hoje denominados CIB – Regionais. Com o Pacto, as CIB/Colegiados Regionais passaram a funcionar com a participação de todos os secretários municipais de saúde.

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. O processo de regionalização possibilita a construção coletiva do desenho das regiões de saúde e, sobretudo da organização das ações e dos serviços de saúde. Para tanto, é importante fortalecer as negociações e pactuações regionais entre as esferas de governo, visando o empoderamento dos atores regionais no processo de consolidação do SUS. O Plano Diretor de Regionalização – PDR – é um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização, uma vez que contribui com a garantia do acesso, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. É importante ressaltar que o PDR qualifica o processo de descentralização e, principalmente, possibilita a racionalização e otimização dos recursos.

Em junho de 2001, foi aprovado na CIB o PDR do Estado do Paraná, com base na NOAS/2001. Em função do Pacto de Gestão, a SESA/PR constituiu um Grupo de Trabalho (GT) para avaliar e propor uma nova proposta de regionalização para ser apreciada posteriormente pela CIB e CES. Essa proposta deverá contemplar o PDR, PPI e PDI. O GT tem se debruçado na elaboração de uma proposta de um fluxo assistencial que fará parte do desenho de rede de atenção à saúde do Estado. O Objetivo é transformar esses instrumentos de regionalização numa proposta calcada na realidade dos municípios



paranaenses e, sobretudo, que melhore a qualidade dos serviços de saúde do Estado. Atualmente o Paraná possui: 80 Micro-Regiões; 22 Regiões de Saúde e 6 Macro-regiões.

2.2.2 Educação em Saúde

Para atender as novas metas pactuadas entre os gestores estaduais e municipais, em setembro de 2007, foram definidas na Comissão Intergestores Tripartite, algumas mudanças no processo de operacionalização da Política de Educação Permanente dirigida aos trabalhadores do SUS. A Política reafirma a educação permanente como dispositivo de mudanças de práticas no trabalho, visando a melhoria da qualidade do atendimento de saúde. É importante ressaltar que a Política contempla a educação profissional e a educação permanente, como componentes decisivos para a efetivação da Política Nacional de Saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade e a resposta do setor, reconhecendo seu importante papel no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Além disso, a Política de Educação Permanente propõe uma articulação com a educação para o SUS contemplando a mudança na graduação e integração ensino-serviço, por meio do Programa Nacional chamado Pró-Saúde, a utilização da ferramenta do Telessaúde para a troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a Residência Multiprofissional e Médica. Com a integração destas ações estratégicas teremos a oportunidade de darmos um salto de qualidade na política de educação para o SUS.

A crescente demanda das ações de saúde vem apontando também para a necessidade de uma profissionalização dinâmica e eficiente, com difusão de tecnologias que assegurem a atualização e prestação de serviços de qualidade à população bem como para a implementação de processos de educação permanente que possibilitem a revisão dos processos de trabalho vigentes, aproximando cada vez mais quem executa de quem decide, permeado pela capacidade técnica desenvolvida. Portanto, as instâncias formadoras serão responsáveis pela formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo a necessidade das ações a serem desenvolvidas, bem como pela revisão dos processos de trabalho existentes, visando a ampliação da resolutividade dos serviços de saúde prestados à população, desde os níveis da atenção primária até a alta complexidade.

No ano de 2003, a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) conforme Deliberação 259/03 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, assumiu como política de gestão de trabalho coletivo, uma proposta inovadora denominada Educação Permanente em Saúde. Consiste em uma política que vai além da gestão de pessoal, busca fazer uma gestão coletiva, multidisciplinar, integradora, intersetorial e interinstitucional do SUS. Para concretizar esta política, foram implementados 22 Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS), com a responsabilidade de observar a realidade local e traçar estratégias para fortalecer os princípios do SUS, e 6 Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde (PAEPS), que são instrumentos para implementação da Política Nacional e Estadual de Educação permanente em Saúde (EPS), com recursos estadual e federal.



Os Pólos com base na política de Educação Permanente em saúde e de acordo com o Plano de Governo do Estado do Paraná, que tem a descentralização como eixo norteador, são fóruns de discussão regional e local que atuam também como proponentes de ações educativas descentralizadas. Os Pólos são constituídos por diversas entidades parceiras, como Instituições de Ensino Superior e Médio, Secretarias Municipais de Saúde, Controle Social (organizações não governamentais, conselhos municipais de saúde, associações de usuários, etc), Gestores Estaduais (chefias dos setores das Regionais de Saúde), associações de estudantes de áreas da saúde (centros e diretórios acadêmicos) e outras instituições com importância regional.

No ano de 2006, por meio de convênio com o Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ, a ESPP iniciou quatro cursos de especialização, sendo um de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, um de Regulação e Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde e dois de Vigilância em Saúde, um descentralizado em Cascavel. Por meio dos PREPS, realizou 380 eventos de educação permanente como capacitações, oficinas, cursos, entre outros, com a participação de 31.740 profissionais de saúde.

No Paraná, tanto na Atenção Primária como nos setores de maior complexidade, a demanda por profissionais técnicos tem sido crescente. Os trabalhadores de nível médio e elementar têm um papel decisivo na atenção às demandas da população.

Nos anos de 2000 a 2006, foram formados no Paraná aproximadamente 15 mil auxiliares de enfermagem, que aguardam na sua maioria a realização da complementação de seus estudos para Técnico em Enfermagem, conforme previsto na legislação do exercício profissional da enfermagem e na Lei de Diretrizes Básicas. A ampliação das Equipes de ESF com a inclusão da equipe de saúde bucal e a implantação do Programa Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente, com a instalação dos 42 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) no Estado, geraram a necessidade da formação de elevado número de trabalhadores de nível médio qualificados: Técnico em higiene dental (THD) e Auxiliar de consultório dentário (ACD) na área da odontologia.

Na área da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e do Trabalhador) uma gama enorme de ações de grande complexidade e diversidade é exercida por trabalhadores de nível médio e elementar, que não podem receber a devida qualificação já que não existem, no Estado, cursos que garantam sua formação profissional. Daí decorre a necessidade da pesquisa para a elaboração do perfil deste profissional e da criação do Curso de Técnico de Vigilância em Saúde, projetos estão em andamento no Centro Formador de Recursos Humanos (CFRH).

Na área de biodiagnóstico, também, a realidade tem demonstrado um quadro de trabalhadores de nível básico e médio sem formação específica, apenas orientados e treinados pelos profissionais que respondem pelos serviços. Projeções indicam que existe uma demanda de pelo menos 3.000 trabalhadores de nível médio, sem qualificação, atuantes nos serviços de biodiagnóstico no Paraná. Por outro lado, sabe-se da falta de estruturas educacionais na



maioria dos municípios do Paraná para atender a esta demanda por profissionais qualificados, acrescida da dificuldade de acesso da população às escolas formais, sempre localizadas nos grandes centros. Nesse contexto se insere a importância do papel do CFRH, que por sua possibilidade de descentralização pode oferecer cursos de qualidade a todas as regiões do Paraná.

2.2.3 Gestão do Trabalho

Apesar dos significativos avanços desde a efetivação do Sistema Único de Saúde, ainda persistem dificuldades para a sua consolidação em termos de equidade de acesso, qualidade de ações e serviços e utilização adequada de recursos na produção do cuidado. Considera-se que para a melhoria do modelo de atenção é necessário adequar o modelo de gestão, de modo a possibilitar que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – assumam seus respectivos papéis a fim de potencializar a eficiência e a efetividade do sistema de saúde.

A gestão do trabalho em saúde envolve necessariamente refletir sobre a produção de cuidados levando-se em conta as especificidades desse trabalho que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas, psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e saberes. Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido quanto produtor de sofrimento e desgaste. Repensar a gestão do trabalho implica em diagnosticar as situações existentes principalmente em relação a regulação do trabalho e precarização das relações do trabalho e a partir delas, incrementar ações que incluam e valorizem o trabalho dos profissionais da saúde, que reconheçam suas necessidades individuais e do trabalho, que viabilizem a educação permanente em saúde destes profissionais.

Some-se ainda as exigências de rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias, de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar com a convivência diária com toda forma de sofrimento.

Portanto, investir na gestão do trabalho no SUS, se traduz em trazer para a agenda da saúde no Estado do Paraná, este tema como uma de suas tarefas prioritárias.

Quadro de Recursos Humanos da SESA

A SESA dispunha em 2007 de: 6.598 servidores próprios, dos quais 1.602 (24,3 %) cedidos a municípios; 652 cedidos pelo governo federal, 06 cedidos por municípios e 848 terceirizados. A maior parte dos servidores estaduais é de nível elementar e médio (Tabelas 31 e 32).

Há 20 anos a Sesa não realiza um amplo concurso para contratação de pessoal efetivo. O concurso realizado em 2004 visou apenas a substituição de trabalhadores contratados de



forma terceirizada, que apesar de ser uma medida importante, não enfrentou a questão da necessidade de ampliação do quadro de servidores efetivos. Levantamento realizado pela Sesa demonstra que, a curto prazo, haverá muitos servidores em condições de solicitar a aposentadoria. Ademais, com a ampliação de serviços, em especial, com a construção dos hospitais regionais que o Estado está financiando faz-se necessário enfrentar essa situação.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE, SESA/PR - OUT./2007

Nível	Próprios		Cedidos	
	Numero	%	Número	%
Superior *	2.332	35,3	514	32,1
Médio	1.317	20,0	167	10,4
Elementar	2.949	44,7	921	57,5
TOTAL	6.598	100,00	1.602	100,0

FONTE: SESA/PR. (*): Entre os de nível superior: 1.109 são médicos e 110 com duplo vínculo.

Em relação à responsabilidade da gestão do trabalho, observam-se algumas lacunas a serem superadas entre as atribuições do gestor estadual:

- Promoção e desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
- Espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional.
- Proposição e pactuação de diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.



TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – SESA-PR – OUT./2007

Nível superior	Numero	%
Medico	1109	47,6
Farmacêutico	293	12,6
Enfermeiro	268	11,5
Profissional de Nível Superior	162	6,9
Assistente Social	92	3,9
Psicólogo	83	3,6
Odontólogo	112	4,8
Medico Veterinário	55	2,4
Administrador	28	1,2
Pedagogo	23	1,0
Fisioterapeuta	21	0,9
Terapeuta Ocupacional	21	0,9
Tecnólogo	20	0,9
Biólogo	10	0,4
Economista	9	0,4
Nutricionista	7	0,3
Engenheiro Civil	7	0,3
Engenheiro Sanitarista	6	0,3
Fonoaudiólogo	6	0,3
TOTAL	2.332	100,0



TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – SESA-PR – OUT./2007 (continuação)

Nível Médio	Número	%
Técnico Administrativo	555	42,1
Auxiliar de Enfermagem	478	36,3
Técnico de Laboratório	77	5,8
Técnico de Enfermagem	69	5,2
Técnico de Saúde	64	4,9
Técnico de Radiologia	56	4,3
Técnico de Contabilidade	8	0,6
Desenhista Técnico	5	0,4
Educador Social	4	0,3
Desenhista Industrial	1	0,1
TOTAL	1.317	100,0

Nível Elementar	Número	%
Auxiliar de Saúde	1.137	38,6
Auxiliar Operacional	971	32,9
Auxiliar Administrativo	386	13,1
Motorista	208	7,1
Inspetor De Saneamento	85	2,9
Telefonista	82	2,8
Auxiliar de Manutenção	80	2,7
TOTAL	2.949	100,0

2.2.4 Informação em saúde

No Brasil, o ano de 2003 foi marcante para o debate e a fundamentação de uma proposta de política nacional de informação e informática em saúde. Integrado à construção da agenda estratégica do governo federal, o Ministério da Saúde definiu a elaboração de política de informação e informática em saúde como um de seus objetivos setoriais prioritários. Esta



definição está em sintonia com o contexto internacional que vem destacando a relevância de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, diante de suas possibilidades de geração de novos processos e produtos, e de mudanças nos modelos institucionais de gestão (Brender et al., 2000; Rigby, 1999; Morris et al, 2002).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, traz com eixo prioritário a informação e informática, visando à construção de uma Política Nacional de Informação e informática, como integrante da Política Nacional de Saúde.

A fragmentação dos sistemas de informações existentes no âmbito do SUS, é fruto de uma construção de sistemas voltada para processos e principalmente nas áreas em que demandam recursos financeiros, como nos pagamentos hospitalares. Já os demais sistemas foram construídos em diversas linguagens com falta de padrões estabelecidos de representação da informação em saúde e há também um crescente conjunto de tecnologias e aplicativos que não permitem o intercâmbio de dados entre os serviços e nem a alimentação automática dos sistemas de informação em saúde.

Neste contexto, torna-se fundamental, como já vem sendo apontado por instituições de ensino e pesquisa, associações de gestores, instâncias do controle social e associações científicas, que o Ministério da Saúde construa, por meio de um processo participativo, uma Política de Informação e Informática em Saúde que conduza o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando automaticamente os registros eletrônicos em que serão baseados os sistemas de informação de âmbito nacional, resultando, pois em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social.

O Estado do Paraná possui atualmente uma rede física de informática bem estruturada, baseada no apoio logístico e técnico da CELEPAR, com todas as unidades interligadas por *links* de dados, permitindo acesso às informações de forma *on-line*. Há que se modernizar o parque de computadores, pois a evolução nesta área se dá de forma muito rápida, tornando os equipamentos obsoletos.

Na construção de sistemas, a CELEPAR tem hoje uma equipe de técnicos ainda pequena, mas dedicada exclusivamente à Secretaria de Saúde, o que tem gerado sistemas de informação como o SESAFARM, que foi adotado para todo Brasil pelo Ministério da Saúde. A centralização dos sistemas em ambiente único na CELEPAR tem contribuído para sua segurança, melhor performance e agilidade das informações. Visando melhorar o processamento centralizado, o Estado liberou recurso para a aquisição de 20 *Blades* com 2 processadores cada e uma *Storage* de cinco GB, que ficarão exclusivamente para os Sistemas da SESA, como: SIM, SINASC, SINAN, SESAFARM, SHT, SINAVISA, sistemas hospitalares em desenvolvimento.



2.2.5 Infra-estrutura

O componente de infra-estrutura em saúde dá suporte às necessidades de ações e serviços e está focado nas áreas de suprimento logístico e infra-estrutura física.

No que se refere a **suprimento logístico**, os investimentos da SESA (Tabela 33) estiveram voltados ao reequipamento de unidades e obras, utilizando-se de recursos do governo estadual e repassados pelo Ministério da Saúde; bem como à expansão da frota de atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências e de transporte de pacientes de municípios para centros de referência.

TABELA 33 - PRINCIPAIS INVESTIMENTOS EM REEQUIPAMENTO DA REDE SUS, SESA-PR – 2003 – 2007

Especificação	Valor Total (R\$)	Principais Beneficiados
Equipamentos para controle da dengue	266.990,74	SESA e SMS - Maringá
Equipamentos de Escritório/Administrativos	701.609,43	SESA - Nível Central e 22 Regionais de Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Básica), HEMEPAR, Hemorrede, CEMEPAR, LACEN, Centros de Especialidades, Hospitais Próprios.
Equipamentos Laboratoriais	1.341.640,68	Regionais de Saúde, SMS (Vigilância em Saúde)
Equipamentos para Ambulâncias	1.421.223,07	Ambulâncias instaladas em 10 municípios
Equipamentos Ambulatoriais	3.467.360,91	Regionais de Saúde - Rede de Frio, SMS - Atenção Básica.
Equipamentos de Informática	3.826.119,87	SESA - Nível Central e 22 Regionais de Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Básica), HEMEPAR, Hemorrede, CEMEPAR, LACEN, Central de Transplantes, Centros de Especialidades, Hospitais Próprios. SMS - Vigilância Sanitária
Equipamentos Hospitalares	20.163.911,34	Hospital Regional do Noroeste do PR - R\$ 4.017.041,00 Hospitais Universitários, de referência regional e próprios da SESA.

FONTE: SESA-PR

NOTA: Refere-se a equipamentos distribuídos, adquiridos com recursos estaduais e federais. Dados de 2007, sujeitos à retificação.



Todas as unidades da SESA (nível central, regionais de saúde, HEMEPAR, CEMEPAR, CPPI, LACEN, Central de Transplantes, Centros de Especialidades, Hospitais) receberam veículos novos para uso administrativo, adquiridos com recursos estaduais. Foram adquiridos também: 01 caminhão para o CEMEPAR, 02 micro-ônibus (coleta de sangue do HEMEPAR e SESA), 01 ônibus para a SESA e uma empilhadeira elétrica para a área de Material e Patrimônio. Dos investimentos em veículos (distribuídos), entre 2003 a 2006, R\$ 2.646.100,00 (64,5%) corresponderam àqueles adquiridos somente com recursos estaduais e R\$ 1.456.535,40 (35,5 %) aos adquiridos com recursos federais.

Nos investimentos em obras com recursos estaduais, a partir de 2003, priorizaram-se hospitais universitários, hospitais de referência regional e estadual e para atendimento de especialidades ainda sem cobertura no Estado, como é o caso do Hospital de Reabilitação (Tabela 34).

Por intermédio da Secretaria de Desenvolvimento Urbano/Paraná Cidade, está em construção o Hospital Regional de Ponta Grossa no valor total de R\$14.000.000,00 e previsto o de Araucária (R\$ 6.500.000,00).

As novas unidades que ficarão sob gestão da SESA (Centro de Reabilitação, Hospitais de Francisco Beltrão, Guaraqueçaba e Campo Largo) demandam investimentos em equipamentos e recursos humanos a partir de sua conclusão.

O Governo do Estado financiou também a construção de unidades da rede básica em 16 municípios, no valor de R\$ 25.837.651,11, destacando-se: 11 unidades em Curitiba (com equipamentos), 10 unidades em Apucarana e uma Unidade 24 Horas em Fazenda Rio Grande.

As unidades próprias da SESA beneficiadas com obras em andamento ou concluídas, financiadas com recursos estaduais e/ou federais, são:

- Ampliação e/ou reforma de Regionais de Saúde (3^a. – Ponta Grossa, 7^a. – Pato Branco, 10^a. – Cascavel, 11^a. – Campo Mourão, 12^a. – Umuarama, 13^a. – Cianorte, 15^a. – Maringá, 17^a. – Londrina, 18^a. – Cornélio Procopio, 22^a. – Ivaiporã);
- Construção de Centro Formador de Recursos Humanos, em Curitiba;
- Reforma do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná e construção do Ambulatório e Almoxarifado, em Curitiba;
- Reforma e/ou ampliação de duas (União da Vitória e Paranaguá), das 13 Unidades de Coleta e Transfusão;
- Reforma de 02 Hemonúcleos (Cascavel e Francisco Beltrão); e dos 07 da hemorrede pública estadual;
- Reforma do Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos – CPPI, em Piraquara;
- Reforma e ampliação do LACEN, sede São José dos Pinhais;
- Reforma e/ou ampliação de todos os Centros de Especialidades (Centro Psiquiátrico Metropolitano – CPM, Centro Regional de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal – CAIF, Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente – CRAID, Centro



- Regional de Especialidades - CRE - Barão, Kennedy e Marechal);
- Reforma e/ou ampliação de todos os hospitais próprios, além dos mostrados na Tabela 34.

TABELA 34 - PRINCIPAIS INVESTIMENTOS EM HOSPITAIS, PELA SESA-PR – 2003 – 2007

Especificação	Situação	Valor Total (R\$)
Ampliação do Hospital de Clínicas da UFPR	Em andamento	712.698,34
Ampliação do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Curitiba	Realizado	3.049.814,00
Conclusão da Ampliação do Hospital Regional do Noroeste - Paranavaí	Andamento	692.598,97
Conclusão do Hospital de Foz do Iguaçu	Realizado	3.000.000,00
Construção do Centro de Reabilitação - Curitiba	Realizado	15.343.700,00
Construção do Hospital Regional Infantil - Campo Largo	Em andamento	11.855.964,10
Construção do Hospital Regional de Francisco Beltrão	Em andamento	15.393.344,72
Construção do Hospital de Guaraqueçaba	Em andamento	2.118.299,99
Construção do Hospital Regional do Litoral - Paranaguá	Em andamento	12.532.242,30
Construção do Hospital Regional do Noroeste do Paraná - Paranavaí	Em andamento	3.088.825,00
Reforma do Centro de Queimados do Hospital Universitário da UEL - Londrina	Em andamento	2.353.801,76
Reforma do Hospital Regional do Litoral - Santa Casa Paranaguá	Realizado	923.909,53
Reforma da Pediatria do HC/UFPR	Em andamento	1.083.394,40
Reforma do Hospital Alto Maracanã - Colombo	Realizado	807.784,84
Reforma e Ampliação do Pronto Socorro do HU/UEL - Londrina	Em andamento	3.208.240,06
Reforma e Ampliação do Hospital Zona Norte/Anísio Figueiredo - Londrina	Em andamento	5.195.648,07
Reforma e Ampliação do Hospital Zona Sul/Eulalino de Andrade - Londrina	Em andamento	6.475.110,96

FONTE: SESA-PR



Estão planejadas as reformas do Hospital do Trabalhador em Curitiba, no valor de R\$ 1.500.000,00, com recursos do QUALISUS e contrapartida estadual; e do Hospital da Lapa São Sebastião, no valor de R\$ 3.000.000,00, com recursos estaduais.

Os investimentos em ambulâncias (Tabela 35) para o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências – SIATE e para o Suporte Avançado atendem à magnitude e vulnerabilidade das doenças do aparelho circulatório, causas externas e afecções de risco para recém-natos. Em relação às ambulâncias para os municípios, ao mesmo tempo em que há necessidade de transporte para acesso aos serviços de média e alta complexidade, considerando a rede regionalizada e hierarquizada, estes investimentos devem estar atrelados à busca de uma maior resolutividade na Atenção Básica.

TABELA 35 - INVESTIMENTOS EM AMBULÂNCIAS, PELA SESA-PR – 2003 - 2006

Especificação	Quantidade	Valor Total (R\$)	Beneficiados
Ambulâncias para Transporte de Pacientes	433	27.769.059,05	399 Municípios
Ambulâncias para Transporte de Pacientes	22	1.180.793,00	19 Consórcios
Ambulâncias para Transporte de Pacientes	29	1.768.564,00	Unidades Próprias da SESA
Ambulâncias para Transporte de Pacientes	6	378.616,00	05 Hospitais Universitários (Curitiba, Cascavel, Londrina e Maringá)
Ambulâncias para o SIATE	76	7.559.182,84	26 Municípios
Ambulâncias de Suporte Avançado (UTI Móvel), instaladas em bases macro-regionais.	11	1.382.115,33	05 Bases (Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel e Ponta Grossa).

FONTE: SESA-PR. NOTA: Refere-se a ambulâncias distribuídas.

2.2.6 Financiamento

A Emenda Constitucional 29 preconiza para os Estados um investimento em ações e serviços de saúde de 12% da receita líquida de impostos de natureza estadual. O Paraná investiu percentuais aproximados no período de 2003 a 2005 e, em 2006, superou esse índice, atingindo 12,5% de gastos com saúde (Tabela 36).



TABELA 36 - EVOLUÇÃO DAS VINCULAÇÕES CONSTITUCIONAIS POR ANO - RECURSOS DO TESOUREO, PARANÁ 2003-2007.

Anos	Receita Líquida Arrecadada	% Aplicado	Valor Total Empenhado
2003	5.773.797.058,79	11,1	641.074.457,00
2004	6.718.764.844,00	9,1	609.338.293,00
2005	7.554.613.965,00	9,6	724.600.758,00
2006	8.050.735.525,00	12,5	1.008.874.393,00
2007 ***	8.691.928.230,00	***	899.856.269,00

Fonte: Balanço Geral do Estado
(***): Orçamento em execução.

Conforme Tabela 37, observa-se que, do valor total de todas as unidades que englobam a proposta orçamentária da área de saúde para 2008, 34,75% são para pessoal, 58,43% para custeio e 6,83% para capital. Quando analisamos somente as unidades da SESA, para o mesmo período, a previsão para pessoal passa para 27,92% e custeio eleva-se para 66,59%; ficando capital com 5,49%. Pode-se concluir que a distribuição dos recursos entre os três grupos de despesas está baixa no que concerne a investimentos, ficando bem abaixo de 10%, porém os demais se apresentam de forma mais equilibrada com a demanda.

Dos recursos federais repassados para o Estado do Paraná, de janeiro a outubro de 2007, 57,2% destinaram-se para os municípios sob gestão plena, que representam 33,5% da população do estado. Estes valores são justificados pelo fato da maioria desses municípios serem referência para os atendimentos de alta complexidade.

O gasto *per capita* (soma dos recursos federal, estadual e municipal) vem se elevando ano após ano, passando de R\$ 154,80 no ano de 2000 para R\$ 290,32 em 2004; porém por força da limitação de arrecadação, estão aquém das necessidades da população. Há que se otimizar e racionalizar a aplicação dos recursos, para que se tenha o máximo de eficiência, eficácia e efetividade.



**TABELA 37. ORÇAMENTO INICIAL 2008
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA-PR
DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS POR ESPÉCIE – VALORES INICIAIS**

COM TODAS UNIDADES DA SAÚDE			R\$ 1,00	
ESPÉCIE	TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL	%
Pessoal	660.144.850	-	660.144.850	34,75
Outros Custeios	1.083.726.120	26.299.000	1.110.025.120	58,43
Capital	124.276.240	5.422.340	129.698.580	6,83
Total Geral	1.868.147.210	31.721.340	1.899.868.550	100,0

SOMENTE SESA				
ESPÉCIE	TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL	%
Pessoal	376.652.650	-	376.652.650	27,92
Outros Custeios	872.022.630	26.299.000	898.321.630	66,59
Capital	68.689.390	5.422.340	74.111.730	5,49
Total Geral	1.310.304.670	31.721.340	1.349.086.010	100,0
Só fonte 117- CUSTEIO	707.462.570			
Só fonte 117- CAPITAL	7.146.090			
Total	714.608.660			

SOMENTE AS OUTRAS UNIDADES				
ESPÉCIE	TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL	%
Pessoal	283.492.200	-	283.492.200	51,47
Outros Custeios	211.703.490	-	211.703.490	38,44
Capital	55.586.850	-	55.586.850	10,09
Total Geral	554.592.540	-	554.592.540	100,0

Fonte: SESA-PR, SEPL-PR

2.2.7 Participação e Controle Social

O controle social nas decisões das políticas públicas de saúde no Estado do Paraná se dá por meio das instâncias legais, Conferências Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.



O Conselho Estadual de Saúde foi criado em 1994 e instalado em 1995, composto de 36 delegados efetivos e 36 suplentes, obedecendo a composição legal de seus pares.

Foram realizadas oito Conferências Estaduais de Saúde no Paraná, sendo a última em 2007, com 1.000 participantes, 500 propostas aprovadas e 14 oficinas realizadas. Nela foram eleitos 161 representantes do Estado para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, entre os segmentos dos usuários, trabalhadores, gestores, prestadores e observadores.

O Conselho tem participado ativamente do processo de decisão das políticas de saúde, o que muito tem contribuído para o aperfeiçoamento, melhoria e novas propostas para saúde dos paranaenses.

Atualmente, o Conselho Estadual de Saúde conta com 13 comissões que discutem temas específicos e ações de saúde para servirem de subsídios às plenárias do Conselho.

Assim, o Conselho Estadual de Saúde encontra-se apto a exercer seu papel de órgão colegiado, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde, tanto em relação às políticas de saúde, quanto a gestão do SUS.

Trata-se, portanto, da instância máxima na formulação e controle da gestão do SUS, devendo atuar contribuindo para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e sua articulação com outras políticas públicas, bem como para a articulação entre o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, assim como entre conselheiros de saúde e outras instâncias de controle social existentes no estado e municípios.

Reafirma-se, com isso, o Controle Social, através da participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas e no controle de sua execução/gestão para o exercício da cidadania, que indica a necessidade de um controle do poder público por parte da sociedade, especialmente no âmbito local.

Para tanto, necessário se faz a introdução de mecanismos de formação permanente para conselheiros bem como a criação e fortalecimento de canais institucionais de comunicação entre conselhos, ao mesmo tempo dotar os conselhos de sistemas de auditoria e assessoria organicamente vinculados.

Outro fator fundamental é garantir aos Conselhos dotação orçamentária própria, a fim de possibilitar sua autonomia e independência financeira, observados os princípios de administração financeira do Estado, como forma de garantir o desenvolvimento pleno de suas atividades.

2.2.8 Planejamento e Programação

As questões de planejamento e dos instrumentos resultantes de seu processo se inserem no arcabouço legal do SUS, constituindo um dos capítulos da Lei Orgânica do SUS (8.080/90) e uma das diretrizes operacionais do Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde (Portaria



GM/MS nº 399/06, de 22/02/06, publicada no D.O.U. nº 39, de 23/02/06).

Nesse caminho, os esforços para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde contribuíram para os avanços alcançados no SUS desde sua criação em 1990. No entanto, há desafios e oportunidades que a realidade nos coloca.

Levantamento realizado pela SESA-PR, por meio das Regionais de Saúde, em 375 municípios do Estado, no início de 2006, demonstrou que 25,9% dos municípios já tinham elaborado o Plano Municipal de Saúde e apresentado ao CMS, após assumir a nova gestão em 2005; 42,5% estavam elaborando o Plano Municipal de Saúde e 31,6% não o haviam elaborado ainda.

Em relação à Programação Anual, 56% já tinham elaborado ou estavam elaborando e 44% não. O Relatório de Gestão Municipal era realizado trimestralmente em 32% dos municípios ou uma a três vezes ao ano em 31%; sendo que 37% não o elaboravam.

As principais causas limitantes para o processo de planejamento, indicadas nesse levantamento, foram: deficiências na disponibilidade e qualificação de recursos humanos; em face da diversidade de sistemas de informação em saúde utilizados, dificuldades para sua utilização como subsídio para planejamento, monitoramento e avaliação; ausência de orientações padronizadas sobre o processo de elaboração dos instrumentos de gestão.

Estes resultados, reforçados pela Pesquisa do “Perfil das Áreas de Planejamento do SUS” (dados parciais), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com os Estados em 2006 e 2007, apontam para a necessidade melhorar a infra-estrutura e suprimento logístico dos serviços e capacitar os profissionais, em especial, por meio de oficinas técnicas para a implantação e implementação de processos de planejamento nas SMS e SES.

2.2.9 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Esta diretriz, no âmbito do Sistema Único de Saúde, constitui atualmente o eixo de maior responsabilidade dos gestores dentro do componente do Pacto de Gestão/Pacto pela Saúde.



PACTO PELA SAÚDE / PACTO DE GESTÃO
TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO
 Quantidade de Responsabilidade por Eixo e Gestor

EIXOS	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
1 Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS	17	21	21
2 Regionalização	5	7	6
3 Planejamento e Programação	7	6	6
4 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	19	31	22
5 Gestão do Trabalho	6	6	5
6 Educação na Saúde	6	7	9
7 Participação e Controle Social	7	8	8
Total	67	86	77

FONTE: PT GM/MS 699/06

(*): Para os municípios, são obrigatórias 45 das 67 responsabilidades.

Uma das responsabilidades do gestor estadual é manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade. O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) instituído pela PT/SAS/MS nº 511/2000 organiza informações sobre todos os estabelecimentos de assistência à saúde, portanto, necessita de um sistema dinâmico de atualização de dados. Atualmente, passa por alterações estruturais com a inclusão de informações da atenção básica e mudança da responsabilidade de acordo com a competência dos gestores envolvidos (municipais, estadual e nacional), necessitando de ações constantes de adequação da base de dados, possibilitando a utilização correta dos mesmos.

Outra atribuição é a de elaborar contratos e convênios com os prestadores sob sua gestão e monitorar e fiscalizar os mesmos. Dentro da nova política de contratualização do SUS, já foram contratados pela SESA 63 Hospitais de Pequeno Porte, 30 Hospitais Filantrópicos e 02 Hospitais de Ensino. Faltam contratualizar 1.248 prestadores de 2008 a 2011.

O Pacto define o Complexo Regulador como uma estratégia da Regulação Assistencial, que consiste na articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais, com a contratação, controle assistencial, avaliação, a programação (PPI) e a regionalização (PDR).



Cabe ao Estado operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal e participar da co-gestão dos complexos municipais, quanto às referências entre municípios. O Complexo Regulador sob gestão da SESA possui as seguintes Centrais:

- Central Estadual de Regulação de Leitos (CLIC).
- Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade que agenda internações e exames interestaduais em 05 especialidades: neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia e epilepsia.
- Central Estadual de Regulação de Urgência: Engloba 05 bases de Suporte Avançado de Vida/SAV implantadas em Curitiba, Cascavel, Maringá, Ponta Grossa e Londrina, com UTIs Móveis. Há projeto de expansão para Francisco Beltrão, Guarapuava, Campo Mourão, Jacarezinho e Umuarama.
- Central Estadual de Regulação de Consultas Especializadas e Exames: Acolhe, audita e autoriza as solicitações das Regionais de Saúde e de outros Estados, priorizando as consultas e exames complementares ofertados por Curitiba.

Um dos principais problemas que necessitam de enfrentamento, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários ao SUS, é a regulação, em todas as áreas. No Paraná, já existe uma estrutura que precisa ser aperfeiçoada, com a disponibilização de equipamentos e programas de informática. Com a reestruturação do Complexo Regulador, pretende-se implementar as atividades de regulação, controle, avaliação e auditoria das internações, consultas e exames especializados no SUS e promover a articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais dos serviços hospitalares vinculados ao SUS. O extrato do Projeto do Complexo Regulador, conforme preconizado pelo Pacto pela Saúde, foi encaminhado ao Ministério da Saúde e os Projetos Municipal e Estadual serão discutidos em 05 oficinas Macro-Regionais.

A regulação dos transplantes no Paraná é realizada por uma Central Estadual, que funciona desde 1995. Atualmente estão inscritos na CET-PR, 4.913 pacientes em lista de espera para transplante de órgãos e tecidos sendo: 95 de Coração, 1.734 de Córnea, 448 de Fígado, 2.581 de Rim, 32 de Rim e Pâncreas conjugado e 15 de Pâncreas isolado. O número de transplantes de órgãos e tecidos realizados em nosso Estado tem se mantido menor que a entrada de novos pacientes, fazendo com que a lista de espera aumente. Do número total de potenciais doadores de órgãos notificados à CET-PR, que foram a óbito por morte encefálica no ano de 2006, somente 13,8% tornaram-se doadores efetivos ou seja doaram no mínimo 01 órgão sólido. Este índice de doadores efetivos é relativamente baixo devido ao grande número de descartes de doadores com sorologia positiva, obedecendo rigorosamente a legislação.



3. COMPROMISSOS PRIORITÁRIOS

EIXOS

Condições de Saúde

PRIORIDADES

Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

Redução dos agravos prevalentes de atenção a saúde e suas complicações (por doenças circulatórias, por neoplasias, por causas externas, por doenças respiratórias, por doenças endócrinas, por transtornos mentais, por doenças transmissíveis e não transmissíveis).

Implantação da Política de Saúde da Pessoa Idosa.

Fortalecimento da capacidade de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis.

Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos considerados estratégicos.

Fortalecimento da capacidade de prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

Estruturação da Rede Estadual de Laboratórios em Saúde Pública.

Implantação e Implementação da Rede Estadual de Saúde do Trabalhador.

Implementação da Política de Saúde Mental.

Fortalecimento da Política de Saúde Bucal.

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Implantação da Rede de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência

Implementação da Política Nacional e Estadual de Atenção Integral da Saúde da Mulher

Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra

Pactuação de Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Atenção Primária e de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas (assistência farmacêutica,



sangue e hemoderivados, produção e pesquisa de imunobiológicos, transplantes, leitos de UTI e psiquiátricos), contemplando todos os ciclos de vida.

Fortalecimento da Política de Atenção à Urgência/
Emergência

Gestão em Saúde

Fortalecimento e aperfeiçoamento dos processos de Educação em Saúde com foco na formação técnica e na educação permanente com ênfase na implementação da Política Nacional de Humanização.

Gestão do Trabalho.

Estruturação, consolidação e re-equipamento da rede assistencial existente e implementação de novas unidades.

Cumprimento da EC – 29.

Implementação do processo de informação, planejamento, programação, e monitoramento estadual do SUS.

Reorganização da Gestão do Sistema.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.

Fortalecimento do controle social em âmbito estadual.

4. OBJETIVOS, AÇÕES ESTRATÉGICAS, INDICADORES

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Atenção Primária

Prioridade:

Redução da Mortalidade Materna e Infantil

Objetivo:

Reduzir a Razão de Mortalidade Materna e o Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Ações Estratégicas:

- Formação e qualificação de recursos humanos por meio dos Pólos de Educação



Permanente/Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha.

- Adequação da infra-estrutura dos serviços de saúde para atenção integral à mulher e à criança.
- Implementação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade materna e infantil.
- Elaboração e revisão dos protocolos de atendimento à gestante no pré-natal, parto e puerpério e às crianças.
- Elaboração e revisão dos protocolos de atendimento para o planejamento familiar.
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- Promoção de ações que estimulem as práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- Ações intra e intersetoriais para formação de uma rede de atenção integrada à mulher e à criança.
- Promoção da atenção integral à saúde da mulher com incentivo aos preventivos de câncer de mama e útero.
- Promoção da atenção integral à saúde da criança com incentivo à puericultura e saúde bucal.
- Incentivo aos municípios para manutenção e/ou ampliação da estratégia Saúde da Família.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos anual

Coefficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos anual

Metas:

Reduzir em 5% a Razão da Mortalidade Materna e em 0,1% o Coeficiente de Mortalidade Infantil, ao ano.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Atenção Primária

Prioridade:

Redução dos Agravos Prevalentes de Atenção à Saúde e suas Complicações.



Objetivo:

Reduzir a morbi-mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por neoplasias, por doenças endócrinas, por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, por doenças respiratórias, por transtornos mentais, e agravos por causas externas.

Ações Estratégicas:

- Formação e qualificação de recursos humanos em parceria com os Pólos/Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha.
- Implantação da rede de atendimento para atenção integral aos adolescentes, idosos, doentes e deficientes mentais, sensoriais e físicos.
- Elaboração e revisão dos protocolos de atendimento ao risco cardiovascular, às doenças crônico-degenerativas prevalentes, de atendimentos à violência, às doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, transtornos mentais, usuários de drogas lícitas e ilícitas.
- Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- Promoção de ações intra e intersetoriais para formação de uma rede de atenção integrada à saúde dos adolescentes, idosos, transtornos mentais, sensoriais e físicos e às pessoas em situação de violência.
- Promoção da atenção integral à saúde nos diferentes ciclos de vida com incentivo às ações de prevenção do câncer de pulmão, estômago e próstata; redução da violência e melhoria da saúde bucal.
- Promoção da atenção à saúde integral nos diferentes ciclos de vida com suas especificidades de raça, gênero, idade e condições sociais.
- Desenvolvimento de ações intra e intersetoriais à população penitenciária e aos adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas.
- Monitoramento e avaliação dos indicadores e da qualidade dos serviços relacionados à Atenção Primária.
- Formação e qualificação de profissionais de saúde em monitoramento e avaliação.
- Estímulo à definição de redes de atenção a partir da atenção primária à saúde com fortalecimento das Estratégias em Saúde da Família, através da implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

Taxa de internações e de mortalidade nos diferentes ciclos de vida, por: doenças do aparelho circulatório, por neoplasias, por doenças endócrinas, por doenças e agravos



transmissíveis e não transmissíveis, por doenças respiratórias, por transtornos mentais, e agravos por causas externas.

Metas:

Reduzir em 1% ao ano os internamentos pelas causas determinadas e em 0,5% a mortalidade por estas causas.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos não Transmissíveis

Prioridade:

Fortalecimento da Capacidade de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos não Transmissíveis

Objetivo:

Investigar os óbitos infantis (em menores de 01 ano) e de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Ações Estratégicas:

- Realização de cinco Câmaras Técnicas macro-regionais para estudo dos óbitos maternos e infantis e discussão de medidas de promoção e prevenção da mortalidade materna e infantil.
- Reuniões com os Comitês Municipais e Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil e supervisão e apoio técnico aos mesmos.
- Capacitação de novos Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil.
- Aquisição de equipamentos (microcomputadores) na SESA para operacionalização do SIMI (Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil) e demais planilhas de acompanhamento da investigação de mortalidade materna e infantil.
- Organização de informações para análises dos determinantes das mortalidades maternas e infantis e proposição de intervenções para redução das taxas, com a publicação de estudos, relatórios, boletins e informativos.



- Seminários anuais nas Regionais de Saúde no Dia Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna -28 de Maio e realização de webconferência.
- Seminário anual para os 22 Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, para atualização técnica e avaliação das ações.
- Elaboração e divulgação de material educativo de prevenção da mortalidade materna e infantil.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

Proporção de óbitos de menores de 1 ano de idade investigados em relação ao total de óbitos de < 01 ano.

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em relação ao total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos.

Metas:

Investigar 60% dos óbitos infantis (menores de 01 ano) ao ano.

Investigar 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil ao ano

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos não Transmissíveis

Prioridade:

Fortalecimento da Capacidade de Vigilância, Prevenção e Controle Eliminação e/ou Erradicação de Doenças Transmissíveis e Operacionalização do Programa Estadual de Imunizações.

Objetivo:

- Controlar, eliminar e ou erradicar as doenças transmissíveis,
- Gerenciar e operacionalizar o Programa Estadual de imunizações.

Ações Estratégicas:

- Manutenção e aperfeiçoamento do Programa Estadual de Imunização:



- Manutenção, na **rotina**, da cobertura vacinal preconizada em menores de 01 ano de idade para BCG, Hepatite B, Antipólio, Rotavírus, Tetravalente, Febre Amarela e Tríplice Viral para um ano de idade.
- Realização de **campanhas de vacinação** para assegurar a:
 - Erradicação da poliomielite (crianças menores de 05 anos);
 - Eliminação do sarampo, da síndrome da rubéola congênita e da rubéola (a cada 4 anos, na faixa etária definida);
 - Eliminação da Rubéola no Brasil (em 2.008, na faixa etária de 20 a 39 anos);
 - Contra a influenza (gripe) na população de 60 anos e mais.
- Realização de **intensificações** de vacinação e/ou **busca ativa** para atingir, na rotina, **cobertura vacinal residual preconizada**:
 - Contra a **Febre Amarela** na população de menores de 01 ano e residual (acima de 01 ano de idade) nas demais Regionais de Saúde, exceto no município de Curitiba;
 - Contra a **hepatite B**, na população de 01 a 19 anos e em grupos especiais.
- Manutenção da homogeneidade de cobertura vacinal nos municípios do Paraná (279 do total de 399) conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações.
- Provimento dos serviços de saúde do Estado com imunobiológicos, seringas, agulhas descartáveis e cartões de vacinação em quantidade suficiente para atender a demanda.
- Acompanhamento e monitoramento das coberturas vacinais obtidas mensalmente, adequando as estratégias conforme necessidade.
- Sensibilização de gestores municipais sobre o compromisso em alcançar as coberturas vacinais, necessidade de manter equipe de profissionais capacitados para a execução das ações do Programa e implantação de estratégias de intensificação e busca ativa específica, garantindo sua operacionalização no município.
- Sensibilização e Capacitação de Recursos Humanos.
- Aprimoramento da infra-estrutura do Programa Estadual de Imunizações com aquisição de equipamentos, caminhão frigorífico, e outros aparelhos necessários à conservação de imunobiológicos e material biológico.
- Readequação da rede de frio dos imunobiológicos, com aquisição de geradores e câmaras frias, em 100% das RS do Estado e provimento de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da rede de frio.
- Assessoria técnica e supervisão do nível central da SESA às RS e destas aos municípios.
- Manutenção e atualização das versões de todos os sistemas de informação do Programa Nacional de Imunizações na SESA e nos municípios.



- Organização e estruturação dos sistemas de informações, e seus fluxos, específicos para cada campanha de vacinação.
- Notificação e investigação de 100% dos eventos adversos pós-vacinais.
- Reuniões semestrais de planejamento, monitoramento e avaliação.
- Elaboração e distribuição de material informativo e educativo.
- Parcerias com organizações da sociedade civil organizada, entidades de classe, instituições de ensino e pesquisa com o objetivo de fortalecer, sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde, instituições e a comunidade em geral.
- Manutenção dos Planos de Erradicação e controle de doenças transmissíveis:
- Manutenção dos Planos de Erradicação da poliomielite, do sarampo e da rubéola congênita.
- Manutenção dos Planos de eliminação do tétano neonatal.
- Manutenção dos Planos de Controle do tétano acidental, difteria, coqueluche e doença meningocócica e outras doenças sob controle.
- Monitoramento e ou acompanhamento das atividades da vigilância epidemiológica realizadas nos municípios (notificação negativa semanal de ausência de casos; notificação imediata de casos suspeitos; investigação e coleta de material para exames de confirmação; realização de busca ativa de casos pela AIH e prontuários).
- Avaliação das atividades de controle desencadeadas na rotina e o resultado do desempenho frente a contenção de novos casos, surtos e ou epidemias.
- Monitoramento, análise e produção de estudos epidemiológicos para intervenções (suporte e assessoria técnica) na ocorrência de casos, surtos e epidemias na população.
- Elaboração de material de orientação para divulgação de prevenção, vigilância e tratamento de casos de doenças para equipes técnicas e população em geral.
- Instituição de medidas preventivas (imunobiológicas e quimioprofiláticas) e de educação em saúde.
- Apoio à vigilância sentinela de influenza sazonal em Curitiba e em Foz do Iguaçu e laboratórios de referência.
- Cumprimento da Portaria MS Nº 21/02/06 (Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória).
- Manutenção e aperfeiçoamento dos sistemas de informação epidemiológica - **SINAN, SINASC E SIM:**
- Monitoramento da alimentação regular das bases de dados nacionais, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- Apoio técnico e operacional do nível central às Regionais e municípios.



- Supervisão das RS e avaliação de rotina da execução do sistema ao menos uma vez ao ano.
- Renovação do parque computacional - microcomputadores e impressoras da SESA (nível Central e RS).
- Capacitação de técnicos das Regionais de Saúde no TABWIN e em codificação de causa básica de óbito.
- Monitoramento da distribuição das declarações de nascidos vivos, de óbitos e ficha individual de notificação de doenças e agravos.
- Avaliação de 100% das causas de óbito e capacitação técnica das regionais e municípios para codificação das causas básicas.
- Elaboração de material educativo e de divulgação para incentivo ao registro de nascimento, óbito e de notificação de agravos e doenças.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO:

1. Cobertura vacinal em menores de 01 ano para BCG, Hepatite B, Antipólio, Rotavírus, Febre Amarela, Tetravalente e Tríplice Viral para os menores de um ano de idade (Percentual de crianças < 01 ano e de 01 ano nas quais foram aplicadas as vacinas específicas).
2. Número de municípios com 95% de cobertura vacinal para cada vacina.
3. Cobertura vacinal nas faixas etárias respectivas para cada campanha.
(Percentual da população alvo que receberam a vacina em cada campanha).
4. Cobertura vacinal na faixa etária de 60 anos e mais. (Percentual de adultos com 60 anos e mais que receberam a vacina específica).
5. Cobertura vacinal contra **febre amarela** e **hepatite B** na população residual em menores de um ano de idade.

CONTROLE E ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:

1. Taxa de detecção de Paralisia Flácida Aguda por 100.000 em menores de 15 anos.
2. Percentual de casos de doenças exantemáticas investigadas em 48 horas, em relação ao total de casos notificados.
3. Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente, por meio de sorologia, em relação ao total de casos notificados.
4. Percentual de casos de tétano neonatal investigados em relação aos notificados.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO:

1. Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais.
2. Qualidade das informações epidemiológicas.

Metas:

PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO – Metas anuais:

Indicador 1 - Alcançar cobertura de 90% e mais para a BCG ao ano; Alcançar cobertura de 95% e mais para as demais vacinas ao ano.

Indicador 2 - 70% dos municípios com cobertura ideal de vacinação.

Indicador 3 - 95% de cobertura nas campanhas contra a poliomielite, seguimento e contra a rubéola.

Indicador 4 - 70% na vacinação da contra a influenza.

Indicador 5 - Atingir 100% de cobertura da meta proposta no ano.

CONTROLE E ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Metas anuais:

Indicador 1 - 01 caso/100.000 menores de 15 anos detectado ao ano.

Indicador 2 - 80% dos casos suspeitos investigados em 48 horas ao ano.

Indicador 3 - 85% dos casos suspeitos investigados por meio de sorologia.

Indicador 4 - 85% dos casos suspeitos investigados.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO - Metas anuais:

Indicador 1 –

SINAN – 24 remessas de dados ao ano (duas por mês);

SINASC – 04 remessas ao ano (uma a cada 03 meses);

SIM – 04 remessas ao ano (uma a cada 03 meses).

Indicador 2 –

SINAN - 80% de casos de doenças de notificação compulsória - DNC notificados, encerrados oportunamente, exceto dengue após notificação.



SINASC - Número de nascidos vivos a serem captados pelo SINASC no ano, com base na aplicação de técnicas demográficas específicas. (meta a ser definida anualmente).

SIM - Reduzir para menos de 10% a coleta de declarações de óbito - DO da população residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM; Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) padronizado < 4,4 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população inferior a 50.000 habitantes e < 5,3 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes; 95% de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Prioridade:

Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos considerados estratégicos.

Objetivo:

Controlar e monitorar as doenças e agravos considerados estratégicos (hanseníase, tuberculose, hepatites virais, HIV/Aids, influenza pandêmica) e outros inusitados de interesse da saúde coletiva, com o objetivo de reduzir o número de casos e suas conseqüências à população.

Ações Estratégicas:

- Manutenção das ações de controle da ***hanseníase***.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica das hepatites virais (***hepatite A, hepatite B aguda e hepatite C***).
- Manutenção das ações de controle da tuberculose.
- Promoção da redução do impacto da epidemia de ***HIV/AIDS*** no Paraná, por meio de ações voltadas à prevenção, proteção e promoção à saúde, diagnóstico, tratamento e assistência, controle, desenvolvimento institucional e gestão em parceria com Organizações da Sociedade Civil.
- Implantação da ***vigilância epidemiológica da influenza sazonal e pandêmica***



em humanos visando a identificação de vírus pandêmico, monitorando as cepas de vírus de influenza sazonal circulantes em nosso meio:

- Vigilância epidemiológica da influenza zoonótica em animais reservatórios.
- Sensibilização do gestor municipal quanto à necessidade de recursos humanos fixos e capacitados nas Unidades Sentinelas.
- Realização de busca ativa de aves migratórias, em 100% dos pontos de rotas migratórias no PR, com captura por ponto, em cada estação do ano (média de 100 a 200 aves por ponto).
- Revisão e avaliação periódica do Plano de Enfrentamento elaborado.
- Organização da rede de referência para a fase de expansão da pandemia.
- Sensibilização e capacitação das equipes da vigilância epidemiológica e atenção básica para diagnóstico precoce e tratamento dos agravos considerados estratégicos.
- Ações de informação e educação em saúde para a população sobre sinais e sintomas da doença e agravos estratégicos.
- Disponibilização de medicamentos para tuberculose, hanseníase, HIV/Aids e outros de responsabilidade do Estado.
- Parcerias com outras áreas de órgãos governamentais e não governamentais.
- Assessoria e apoio técnico aos municípios.
- Monitoramento e avaliação das ações realizadas.
- Implantação, estruturação e manutenção do funcionamento da **Unidade de Resposta Rápida em emergências epidemiológicas - URR**.
- Fortalecimento da infra-estrutura (de vigilância, de laboratório e de assistência) para o enfrentamento de situações de emergência epidemiológica em doenças e agravos considerados estratégicos.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

HANSENÍASE:

1. Taxa de cura (Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados/ registrados para tratamento nos anos das coortes)

HEPATITES VIRAIS:

1. Percentual de surtos de hepatite A detectados investigados.



2. Taxa de detecção de hepatite B (portadores e crônicos) ao ano por 100.000 hab.
3. Taxa de detecção de hepatite C ao ano por 100.000 hab.

TUBERCULOSE:

1. Taxa de cura (Percentual de casos curados de tuberculose em relação aos diagnosticados).
2. Taxa de abandono (Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento em relação aos diagnosticados).
3. Taxa de mortalidade (Percentual de pacientes com tuberculose que foram a óbitos em relação aos diagnosticados).
4. Taxa de detecção de sintomáticos respiratórios.
5. Percentual de investigação de contatos.

HIV/AIDS:

1. Cumprimento do Plano de Ações e Metas (PAM) Anual.

INFLUENZA SAZONAL:

1. Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas Unidades Sentinelas em relação ao preconizado (05 amostras/semana/ Unidade Sentinela).
2. Percentual de surtos notificados investigados.

Metas:

HANSENÍASE – Taxa de cura:

Indicador 1	2008 – 83,8%
	2009 – 84,1 %
	2010 – 84,5%
	2011 – 85,0%

HEPATITES VIRAIS:

- Indicador 1 - 100% dos surtos notificados de hepatite A investigados ao ano.



Indicador 2 - Hepatite B - Menor ou igual a 8,0 casos detectados de portadores e crônicos/100.000 hab. ao ano.

Indicador 3 - Hepatite C – acréscimo de 10% em relação ao ano anterior.

TUBERCULOSE:

Indicador 1 - 72,0% (2008), aumentando em 1 ponto percentual ao ano.

Indicador 2 - 6,1% (2008), reduzindo em 0,3 pontos percentuais ao ano.

Indicador 3 - 7,68% (2008), reduzindo em 0,56 pontos percentuais ao ano.

Indicador 4 - 29% (2008), aumentando em 11,5 pontos percentuais ao ano.

Indicador 5 - 70% (2008), aumentando em 3 pontos percentuais ao ano.

HIV/AIDS:

Indicador 1 - PAM realizado anualmente.

INFLUENZA SAZONAL:

Indicador 1 - 55% (2008), 60% (2009), 65% (2010) e 70% (2011).

Indicador 2 - 100% ao ano.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: *Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis*

Prioridade:

Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Objetivo:

Implantar e/ou implementar a vigilância epidemiológica das **doenças não transmissíveis (DANTs)**, especialmente ações de vigilância e prevenção de **violências e acidentes**.



Ações Estratégicas

- Monitoramento de dados de morbi-mortalidade (internações, incidência de casos, óbitos, etc.) acerca das Doenças Não Transmissíveis com ênfase em acidentes e violência e doenças cardíacas, cerebrovasculares, neoplasias, diabetes e hipertensão.
- Monitoramento de fatores de risco para Doenças Não Transmissíveis por meio da realização de inquéritos: sobre fatores de risco e proteção para escolares na Capital (Curitiba), a PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde Escolar; VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico; sobre acidentes e violências em serviços sentinelas em municípios do Paraná - VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes.
- Produção de publicação sobre Perfil Epidemiológico das DANTs no Paraná e nas RS, como: Boletim Epidemiológico das DANTs, Relatórios, Material Informativo (*folders*).
- Implantação de ficha de notificação de violência nos serviços de saúde pontual e contínua.
- Implementação do Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) nos Serviços de Oncologia do Paraná.
- Realização de Curso de Atualização em Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CAVE-DANT) para as Regionais de Saúde e municípios sedes de RS;
- Realização de Seminários, Encontros e Reuniões com as Regionais e Municípios sobre Vigilância Epidemiológica das DANTs para capacitação e apresentações de experiências exitosas na promoção, prevenção e monitoramento destas doenças.
- Articulação e integração com organizações, comissões ou grupos interinstitucionais (outros órgãos municipais, estaduais ou nacionais; sociedades científicas, médicas ou profissionais; universidades, etc.) e intrainstitucional (SESA-PR) para análise de informações, prevenção das DANTs e promoção de saúde
- Capacitação de profissionais de saúde para a notificação de violência e para o trabalho em rede;
- Realização de Curso de Atualização em Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CAVE-DANT) para as Regionais de Saúde e municípios sedes de RS;
- Participação na Comissão Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e Adolescente no Paraná.

Apoio à implantação e implementação das Redes Municipais de Proteção e



Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, com prioridade aos eventos sobre a criança, o adolescente, a mulher, o idoso, os portadores de deficiências e os trabalhadores.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de Regionais de Saúde com a vigilância implantada.
2. Percentual de RS com publicação sobre DANTs.
3. Percentual de Regionais de Saúde com o SIS-RHC implantado.
4. Percentual de Regionais de Saúde com a notificação de violência implantada no município sede ou município com mais de 100 mil habitantes.
5. Percentual de RS com publicação sobre Violência ou Acidentes.
6. Número de Inquéritos VIVA realizados ao ano.

Metas:

- Indicador 1 - 100% ao ano.
Indicador 2 - 15% (2008), 20% (2009), 25% (2010) e 30% (2011).
Indicador 3 - 100% ao ano.
Indicador 4 - 10% (2008), 20% (2009), 30% (2010) e 40% (2011).
Indicador 5 - 15% (2008), 20% (2009), 25% (2010) e 30% (2011).
Indicador 6 - 01 (um) ao ano.

EIXO CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Prioridade:

Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses e Doenças transmitidas por vetores.

Objetivo:



Manter e aprimorar a vigilância epidemiológica e o controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.

Ações Estratégicas:

- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica e do controle de zoonoses (**raiva humana, leptospirose, hantavirose**).
- Controle da população de gatos e cães.
- Realização de campanhas de vacinação anti-rábica canina em 25 municípios da região de fronteira com o Paraguai.
- Manutenção e aprimoramento do programa de vigilância epidemiológica dos **acidentes causados por animais peçonhentos** nas Regionais de Saúde, 04 Centros de Informação e 06 Centros de Controle de Zoonoses.
- Manutenção das ações dos **Centros de Controle de Envenenamentos e Intoxicações**.
- Implantação da toxicovigilância no CCE de Curitiba.
- Aquisição de material bibliográfico, de antídotos e de equipamentos multimídia.
- Instalação de uma linha 0800 para atendimento da população.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica e do controle de doenças transmitidas por vetores (**doença de Chagas, malária, febre amarela, dengue, leishmaniose, esquistossomose, febre maculosa, outras arboviroses**), além do tracoma.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica e o controle da Dengue:
- Pactuação junto à CIB e CES-PR de diretrizes para a instituição de políticas de contratação e manutenção de agentes da Dengue.
- Manutenção e aprimoramento da Central de Apoio Logístico de Insumos e Equipamentos – UBV.
- Promoção de ações conjuntas de controle vetorial em municípios de fronteira, em articulação com o Comitê de Fronteira.
- Integração com os diversos órgãos envolvidos nas ações ambientais para a definição de estratégias e atividades dentro da competência de cada um.
- Boletim informativo bimestral da dengue.
- Integração da vigilância em saúde com a atenção básica.
- Divulgação do protocolo padronizado de assistência ao paciente com dengue.
- Articulação com a comunidade médica para a atenção ao paciente com dengue.



- Desenvolvimento de ações educativas, de comunicação e de mobilização social na Paraná.
- Estabelecimento junto à CIB e CES-PR da necessidade de instituição de Comitês Municipais de mobilização com a representação de vários segmentos da sociedade.
- Parceria com a Secretaria de Educação para avaliação e redefinição da divulgação para a população, a fim de atingi-la de forma efetiva e eficiente.
- Atualização da mídia com as informações da dengue para divulgação por meio de notas técnicas e boletins.
- Organização de ações para o “dia nacional” de mobilização contra a dengue (novembro).
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica da **esquistossomose**.
- Localização de focos de esquistossomose nos municípios com casos e realização de ações necessárias para evitar novas transmissões como: abastecimento de água potável, coleta e destino adequado de dejetos, limpeza da borda vegetal, drenagem ou aterro de criadouros do hospedeiro intermediário, e busca de alternativas quando o saneamento básico não for possível.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica da **febre amarela**.
- Implantação da vigilância epidemiológica de primatas não humanos (PNH), para controle da febre amarela, por meio da notificação e investigação de eventos adversos e doenças, nesses animais.
- Vacinação de toda a população da área de transição a partir dos 9 meses de idade e em outras áreas para viajantes que se desloquem para regiões endêmicas, a partir dos 6 meses de idade.
- Investigação de todos os casos de **leishmaniose tegumentar americana (LTA)** ocorridos e detectar precocemente a ocorrência de 100% dos surtos epidêmicos no Estado, bem como diagnosticar precocemente e tratar imediatamente os casos da doença.
- Implantação da vigilância da **leishmaniose visceral (LV)**.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica da **malária**.
- Diagnóstico e tratamento precoce dos casos de malária.
- Realização de estudos epidemiológicos, análise e aprimoramento da carta anofélica do Paraná e proposição de medidas de controle.
- Implementação da vigilância epidemiológica do **tracoma**:
- Implementação da vigilância epidemiológica da **febre maculosa brasileira**.
- Convênio com Universidades para a identificação de carrapatos, isolamento e técnicas



de biologia molecular para a identificação da *Rickettsia rickettsii*.

- Implantação e manutenção da vigilância epidemiológica das **arboviroses**.
- Implantação de referência e contra-referência regionalizada.
- Implantação de laboratório de referência para animais.
- Implementação da vigilância entomológica e a elaboração de cartas de vetores transmissores de doenças.
- Capacitação de profissionais da saúde para prevenção e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.
- Apoio técnico às Regionais de Saúde.
- Monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
- Elaboração e reprodução de material educativo (*folder*, cartilha, cartaz, *outdoors*, *baners*, manuais, etc.) para prevenção e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.
- Parcerias com universidades e outras instituições para diagnóstico de doenças e pesquisas de vetores.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

Raiva Humana:

1. Número de casos de raiva humana

Leptospirose e hantavirose:

1. Percentual de casos suspeitos investigados.

Animais peçonhentos:

1. Proporção de campos sem preenchimento nas fichas de notificação do SINAN

Intoxicações:

1. Toxicovigilância implantada no CCE de Curitiba.

Doença de Chagas:

1. Proporção de Regionais de Saúde com vigilância epidemiológica da Doença de Chagas implantada.



2. Proporção de municípios priorizados com pesquisa de triatomíneos implantada.
3. Proporção de municípios com vigilância entomológica implantada.

Dengue:

1. Índice de infestação predial do *Aedes aegypti*.
2. Percentual de Regionais de Saúde com Vigilância Epidemiológica da dengue implementada.
3. Plano de contingência elaborado e implementado.
4. Organização e funcionamento de Comitês Regionais e Municipais.

Esquistossomose:

1. Percentual de casos tratados.
2. Percentual de exames realizados.
3. Carta atualizada em 100% do Paraná.
4. Percentual de áreas identificadas em 100% da região endêmica.

Febre amarela:

1. Percentual de áreas priorizadas com levantamento amostral realizado.
2. Percentual de casos humanos investigados.

LTA:

1. Percentual de casos/surtos investigados.
2. Percentual de casos diagnosticados e tratados.

LV:

1. Proporção de casos investigados.
2. Proporção de cura de casos.

Malária:

1. Percentual de casos suspeitos investigados.



2. Percentual de casos diagnosticados e tratados.

Tracoma:

1. Percentual de casos identificados e tratados.

Febre maculosa:

1. Proporção de casos investigados em relação ao total de notificados.

Arboviroses:

1. Percentual de áreas de risco identificadas.
2. Percentual de casos investigados.

Metas:

Raiva Humana:

Indicador 1 - 0 (zero) casos ao ano.

Leptospirose e hantavirose:

Indicador 1 - 100% ao ano.

Animais peçonhentos:

Indicador 1 - Reduzir em 2% ao ano os campos em branco nas fichas de notificação do SINAN

Intoxicações:

Indicador 1 - Serviço instalado e em funcionamento.

Doença de Chagas:

Indicador 1 – 100% das 22 RS ao ano.

Indicador 2 – 100% dos municípios priorizados ao ano. (8 municípios)

Indicador 3 – 70 % dos municípios (2008) 100% nos demais anos.



Dengue:

Indicador 1 - menor de 1% ao ano.

Indicador 2 – 100% ao ano.

Indicador 3 – 01 Plano ao ano.

Indicador 4 – 1 Comitê por RS e Município organizado e funcionando.

Esquistossomose:

Indicador 1 – 100% ao ano.

Indicador 2 - 100% ao ano.

Indicador 3 – 20% (2008), 50% (2009), 80% (2010) e 100% (2011).

Indicador 4 – 100% das áreas existentes.

Febre Amarela:

Indicador 1 – 40% (2008), aumentando em 20 pontos percentuais ao ano.

Indicador 2 – 100% ao ano.

LTA e LV:

Indicador 1 – 100% ao ano.

Indicador 2 – 100% ao ano.

Malária:

Indicador 1 - 100% ao ano.

Indicador 2 - 100% ao ano.

Tracoma:

Indicador 1 - 100% ao ano.

Febre maculosa:

Indicador 1 - 100% ao ano.



Arboviroses:

Indicador 1 – 60% (2008), 80% (2009), 100% (2010 e 2011).

Indicador 2 – 100% ao ano.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Controle De Riscos à Saúde Humana

Prioridade:

Fortalecimento Da Capacidade De Controle De Riscos à Saúde Humana.

Objetivo:

Manter e aprimorar a vigilância ambiental em saúde no SUS do Paraná.

Ações Estratégicas:

- Manutenção e aprimoramento da **vigilância da qualidade da água** de consumo humano:
- Implantação de nova Plataforma do SISAGUA em 100% dos municípios do PR.
- Implantação de metodologia para inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água, em quatro Regionais de Saúde.
- Manutenção de parceria com Universidades Estaduais (UEPG; UNICENTRO; UNIOESTE; UEM; UEL), para realização de análises laboratoriais, para parâmetros microbiológicos e físico-químicos.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância ambiental relacionada à **qualidade do ar:**
- Pactuação junto à CIB da descentralização das ações, bem como de implantação de unidades sentinelas em municípios com identificação de áreas críticas de atenção ambiental.
- Estudo epidemiológico para determinar provável associação entre a morbimortalidade por doenças ligadas ao aparelho respiratório e circulatório com exposição aos poluentes atmosféricos.
- Manutenção e aprimoramento da vigilância ambiental relacionada a **solos contaminados:**



- Elaboração de Protocolo de acompanhamento de saúde das pessoas expostas a solo contaminado.
- Estabelecimento de referências para exames e assistência especializada com a 2ª RS e SMS.
- Cadastro de pelo menos uma área com solo contaminado em 100% dos 18 municípios com população igual ou superior a 100 mil hab.
- Monitoramento e avaliação contínua das ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde (água, solo e ar).
- Elaboração de material educativo/informativo de ações na área de Vigilância Ambiental em Saúde (água, solo, ar).
- Manutenção dos sistemas de informação em vigilância ambiental em saúde (SISAGUA e SISOLO).
- Pactuação junto à CIB de ações de vigilância ambiental em saúde relacionadas à qualidade da água, do solo e do ar.
- Capacitação de profissionais da vigilância ambiental das Regionais de Saúde e municípios e equipes do PSF.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- AGUA - Emitir por semestre, um Relatório de Avaliação Consolidado, contendo as ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA desenvolvidas pela SESA e pelos municípios.
- AR - Emitir anualmente, um Relatório de Avaliação Consolidado, contendo as ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade do AR - VIGIAR desenvolvidas pela SESA e pelos municípios de Curitiba e Araucária.
- SOLO - Emitir anualmente, um Relatório de Avaliação Consolidado, contendo as ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada a Solo Contaminado - VIGISOLO desenvolvidas pela SESA e pelos municípios com população superior a 100.000 habitantes.

Metas:

- AGUA - Analisar os Relatórios Consolidados das 22 Regionais de Saúde no período anual (um por semestre) contendo informações dos municípios de sua abrangência, conforme modelo padronizado do MS para o VIGIAGUA/SISAGUA.



- AR - Analisar os Relatórios de Avaliação dos municípios de Araucária e Curitiba, contendo as ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade do AR - VIGIAR e Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco-IIMR , conforme modelo do MS identificados pela SESA na pactuação (29 municípios da 2ª.RS – Região Metropolitana de Curitiba).
- SOLO - Analisar os dados obtidos das áreas cadastradas de interesse do VIGISOLO (com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado), conforme modelo do MS, contendo as ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada a Solo Contaminado - VIGISOLO desenvolvidas pela SESA e pelos municípios com população superior a 100.000 habitantes.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Prevenção e Controle de Riscos à Saúde Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços

Prioridade:

Fortalecimento da capacidade de prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços

Objetivo:

Prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário a que está exposta a população, em decorrência do consumo de bens e serviços, promovendo e protegendo dessa forma, a saúde coletiva.

Ações Estratégicas:

- Articulação das ações entre a VISA e os demais setores do SUS, bem como com outras instituições afins, buscando consolidar a vigilância dos riscos sanitários no processo saúde-doença.
- Fortalecimento da VISA com relação à qualificação dos profissionais que atuam na área, bem como promover ações para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário.
- Planejamento das ações de VISA sob a ótica da descentralização da gestão e das ações, mediante análise de risco sanitário (Plano de Ação Pactuado), das necessidades sociais locais e dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e necessários.



- Realização de análises de processos, emitir pareceres técnicos, elaborar Normas Técnicas, Roteiros e outros, bem como realizar *inspeções sanitárias* em caráter complementar e/ou suplementar; supervisionar e monitorar a realização das inspeções pelos Municípios, nas áreas de Serviços Saúde e de Interesse à Saúde, Alimentos e Produtos de Saúde e de Interesse à Saúde.
- Implantação e manutenção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – *SINAVISA*, nos municípios e nas Regionais de Saúde.
- Implantação e manutenção dos programas de monitoramento, envolvendo análises laboratoriais, das áreas de:
 - *Alimentos: PARA – níveis de resíduos de agrotóxicos; Programa de Coleta de Amostras de Alimentos; PREBAF - prevalência e resistência bacteriana em carcaças de frango; programa da qualidade do leite; PAMVET - Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal; transgênicos, níveis de aflatoxinas, entre outros.*
 - *Produtos: Notivisa; Farmácias Notificadoras, Farmacovigilância, Tecnovigilância, PROVEME – verificação de medicamentos, SNGPC – gerenciamento de produtos controlados, entre outros.*
 - *Serviços: Controle da Qualidade do Sangue, Infecção Hospitalar, Mamógrafos, Hemodiálise, entre outros.*

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

Quantidade de ações conjuntas realizadas.

1. Quantidade de processos atendidos pela VISA, oriundos da Ouvidoria.

Quantidade de capacitações, cursos e outros eventos promovidos/ participados.

2. Quantidade de ações educativas dirigidas à população.
3. Quantidade de Planos de Ação Municipais elaborados com relação à quantidade de Municípios pactuados.
4. Quantidade de análises, pareceres, Normas Técnicas e Roteiros realizados.
5. Percentual de cumprimento das metas pactuadas
6. Quantidade de supervisões / monitoramentos realizados
7. Quantidade de Municípios com o SINAVISA implantado.
8. Quantidade de serviços cadastrados.



9. Quantidade de produtos ou serviços irregulares com relação às amostras avaliadas.
10. Quantidade de medicamentos controlados consumidos no Estado.
11. Quantidade de amostras enviadas ao LACEN e/ou outros.
12. Quantidade de ações realizadas mediante irregularidades encontradas

Metas Anuais:

- Indicador 1 - 100% da demanda.
- Indicador 2 - 100% da demanda.
- Indicador 3 - 100% das prioridades das RS e Municípios.
- Indicador 4 - 100% das prioridades levantadas pelas RS e Municípios.
- Indicador 5 - 100% dos Municípios pactuados com Plano de Ação elaborados.
- Indicador 6 - cumprir 100% da demanda planejada
- Indicador 7 - cumprir 100% das metas pactuadas
- Indicador 8 - supervisionar a realização de inspeções em 100% das RS
- Indicador 9 - 100% dos Municípios c/ SINAVISA
- Indicador 10 - 80% dos serviços cadastrados
- Indicador 11 - Atuar para a regularização de 100% dos produtos e serviços encontrados irregulares
- Indicador 12 - conhecer e controlar 100% dos medicamentos controlados consumidos
- Indicador 13 - enviar 100% das amostras coletadas para análise
- Indicador 14 - atender 100% da demanda de cada programa

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: *Vigilância Prevenção e Controle de Agravos relacionados ao Trabalho*

Prioridade:

Aprovar e Implantar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador no Paraná.



Objetivo:

Estruturar e manter a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Paraná.

Ações Estratégicas:

- Incluir a política de saúde do trabalhador nas pactuações de gestão do SUS.
- Implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Paraná.
- Construção o diagnóstico situacional da saúde do trabalhador no Estado do Paraná, desagregando as informações por regiões (perfil epidemiológico, mapa de risco do parque produtivo e da rede de atenção do SUS).
- Mapeamento da rede de saúde do trabalhador nas regionais de saúde e municípios e estabelecimento, em cada regional, de 2 profissionais de referência em saúde do trabalhador.
- Implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (9 CERESTs Regionais e 1 Estadual, conforme Portaria MS 2437/05).
- Estabelecimento de critérios para alocação dos CERESTs dando cobertura a todos os municípios do Estado.
- Elaboração, debate e aprovação dos planos anuais de ação dos CERESTs estadual e regionais na CIST/CES.
- Acompanhamento e auxílio ao planejamento dos CERESTs Regionais.
- Manutenção e aprimoramento do processo de trabalho dos CERESTs já habilitados (Estadual, Londrina e Cascavel) e dos que vierem a ser habilitados.
- Capacitação de equipes dos CERESTs para o exercício de suas atribuições.
- Estímulo ao fortalecimento do controle social no âmbito da Saúde do Trabalhador.
- Implantação dos Conselhos Gestores de Saúde dos CERESTs do Paraná, nos moldes estabelecidos pela Portaria 2437/05 e Resolução n. ° 36/03 do CES;
- Criação nos CERESTs dos Núcleos de Apoios (Sala de Situação) equipados de modo a disponibilizar as ferramentas para potencializar a ação do controle social.
- Estímulo para a criação das CIST municipais com apoio da CIST estadual e CES.
- Criação de mecanismos de discussão da política estadual, regional e municipal de Saúde do Trabalhador nos CMS e CES.
- Discussão e aprovação dos planos de ação em saúde do trabalhador municipais, regionais e estadual nos respectivos conselhos de saúde e inclusão de metas no pacto pela vida.



- Capacitação para representantes do controle social em saúde do trabalhador no SUS, garantindo a deliberação das instâncias de controle social do SUS.
- Apresentação e aprovação do Plano de Ação e Aplicação dos recursos financeiros nas instâncias de controle social do SUS, bem como dos respectivos relatórios de gestão com a prestação de contas das ações realizadas.
- Organização e aprimoramento da rede de informação em Saúde do Trabalhador:
 - Estruturação da rede de notificação, definindo a Rede de Unidades Sentinela no Paraná, realizando o cadastro e capacitação das equipes de saúde e a pactuação nas instâncias gestoras do SUS.
- Organização, divulgação e capacitação de profissionais para a notificação de agravos relacionados ao trabalho, constantes na Portaria MS n.º 777/04.
- Estruturação de sistema estadual de informação em saúde do trabalhador para acompanhamento de notificações e seleção de prioridades.
- Estruturação e supervisão da atuação das Regionais de Saúde na alimentação, sistematização e análise das bases de dados.
- Manutenção e aprimoramento dos sistemas de informação já existentes (SINANNET, Banco do Comitê, SIM, DO, SIAB) e implantação do SIMPEAQ (benzeno e amianto).
- Articulação com outras instituições (INSS, DRT, Sindicatos, IPARDES).
- Monitoramento da alimentação regular das bases de dados e realização de análises de consistência das informações produzidas.
- Criação de banco de dados para cadastro de empresas dos ramos produtivos considerados prioritários para a vigilância, bem como das inspecionadas.
- Desenvolvimento de estudos e pesquisas em ST, em parceria com instituições de ensino.
- Construção de indicadores para avaliação em saúde do trabalhador.
- Implantação e estruturação de sistema de comunicação em Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná:
 - Divulgação de informações à rede SUS e à sociedade e, em especial, aos trabalhadores e suas entidades representativas sobre seus direitos e riscos/ danos à saúde identificados nos ambientes e processos de trabalho.
 - Produção de boletins informativos para divulgação das ações desenvolvidas pelos CERESTS e demais serviços que comporão a RENAST no Paraná.
 - Estruturação do Observatório Estadual de ST e divulgação de informações através da página da internet e boletins impressos.



- Apresentação de relatórios periódicos à CIST-PR para acompanhamento sistemático das ações de ST no Estado.
- Organização de web conferências sobre temas de interesse da ST.
- Elaboração de material educativo sobre os direitos do trabalhador e prevenção de agravos relacionados ao trabalho.
- Vigilância sistemática de ambientes e processos de trabalho priorizados no Estado.
- Implementação da Instrução Normativa de Saúde do Trabalhador (Portaria GM/MS nº 3.120/98).
- Estímulo e viabilização de apoio técnico às RS e municípios para a investigação de agravos relacionados ao trabalho (acidentes graves e fatais, intoxicações químicas, acidentes com material biológico, acidentes do trabalho em crianças e adolescentes, dermatoses ocupacionais, LER, perda auditiva induzida por ruído, transtornos mentais associados ao trabalho, câncer relacionado ao trabalho e outros).
- Fortalecimento da articulação entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, atenção básica e ações de média e alta complexidade.
- Definição de metodologias de intervenção e capacitação de equipes para a execução.
- Participação e suporte à atuação do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho e outros fóruns interinstitucionais.
- Participação e suporte à atuação da Comissão Estadual do Benzeno e do Fórum Estadual de Combate aos Agrotóxicos.
- Capacitação de profissionais da vigilância em saúde, para as ações de saúde do trabalhador.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Política aprovada no CES/CIST e CIB.
2. Percentual de CERESTS implantados e em pleno funcionamento (meta 10 CERESTS).
3. Percentual de CERESTs com planos de ação e aplicação financeira elaborados e aprovados pelos conselhos de saúde (CMS e CES) e CIB.
4. Planos Regionais de Saúde do Trabalhador elaborados para os CERESTS habilitados, com acompanhamento trimestral.
5. Percentual de CERESTS com Conselhos Gestores implantados.
6. Nº de unidades sentinelas cadastradas, com treinamento e estabelecimento das linhas de cuidado por agravo.



7. Banco de dados de empresas implantado e em funcionamento.
8. Observatório Estadual de ST estruturado.
9. Percentual das empresas inspecionadas por ramo produtivo priorizado.
10. Percentual de empresas adequadas após a intervenção da vigilância, em relação às fiscalizadas.
11. Nº de trabalhadores atingidos pelas ações de vigilância em saúde do trabalhador, nos ramos produtivos prioritários.
12. Nº de casos de agravos relacionados à saúde do trabalhador investigados, em relação aos casos notificados.
13. Nº capacitações realizadas para as equipes que atuam em saúde do trabalhador, das Regionais de Saúde e municípios.
14. Nº profissionais de saúde abrangidos pelas capacitações.

Metas:

- Indicador 1 – 01 Política aprovada e implantada em 2008.
- Indicador 2 - 40% (2008), 60% (2009), 80% (2010) e 100% (2011).
- Indicador 3 - 01 Plano elaborado em 2008 por CEREST implantado.
- Indicador 4 - 04 relatórios de acompanhamento da execução dos planos dos Cerests ao ano.
- Indicador 5 - 01 Conselho Gestor por CEREST.
- Indicador 6 - 100% estruturada nos municípios com população acima de 50 mil habitantes, em 2008.
- Indicador 7 - 01 banco de dados estadual estruturado, em todas as regionais de saúde, até 2009.
- Indicador 8 - 01 observatório estadual estruturado em 2008.
- Indicador 9 - 70% (2008), 80% (2009), 90% (2010), 100% (2011).
- Indicador 10 - 40% (2008), 50% (2009), 60% (2010), 70% (2011).
- Indicador 11 - 100% dos trabalhadores expostos nas empresas investigadas.
- Indicador 12 - 50% (2008), 60% (2009), 70% (2010), 80% (2011).
- Indicador 13 - Conforme programação anual.
- Indicador 14 - Conforme programação anual.



EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: ***Rede Estadual de Laboratórios (REDELAB)***

Prioridade:

Estruturação da REDE ESTADUAL de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná (REDELAB) e manutenção das ações desenvolvidas pelo LACEN.

Objetivo:

Estruturar e ampliar a capacidade de execução de exames pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná.

Ações Estratégicas:

- Definição e instituição de 05 laboratórios macro-regionais.
- Homologação de Resolução que institui a Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná (REDELAB) pela SESA e CIB.
- Diagnóstico e acompanhamento da capacidade produtiva dos laboratórios que realizam exames de interesse em saúde pública no Paraná.
- Descentralização de exames de saúde pública estratégicos, do LACEN-PR para a REDELAB.
- Implantação do Programa de Residência Técnica em Laboratório de Saúde Pública.
- Aquisição de equipamentos e insumos para viabilizar o funcionamento dos laboratórios da REDELAB e dos procedimentos realizados no LACEN.
- Capacitação técnica de profissionais da REDELAB.
- Supervisão nos laboratórios da REDELAB.
- Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do LACEN.
- Ampliação dos exames realizados pelo LACEN, inclusive com implantação de novas metodologias.
- Alcance de metas do FINLACEN para o LACEN atingir o nível “E”.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Resolução da REDELAB publicada.



2. Planilha do quantitativo de exames realizados na REDELAB (produtividade).
3. Número de capacitações realizadas/ano.
4. Proporção de laboratórios públicos e privados cadastrados e supervisionados.

Metas:

Indicador 1 – resolução aprovada e assinada

Indicador 2 – planilha consolidada

Indicador 3 – 100% do programado (06 capacitações ao ano).

Indicador 4 – Laboratórios públicos: 70% (2008), 85% (2009), 100% (2010 e 2011).
Laboratórios privados: 10% (2008), 20% (2009), 30% (2010) e 40% (2011).

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Atenção Primária e Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.

Prioridade:

Organização da assistência à Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná, incluindo ações na rede básica, de média e de alta complexidade.

Objetivo:

Prestar atenção integral à saúde do trabalhador no SUS do Paraná.

Ações Estratégicas:

- Estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Paraná, incluindo ações na atenção básica, de média e alta complexidade.
- Definição das linhas de cuidado para os agravos de notificação compulsória da Portaria MS n.º 777/04.
- Desenvolvimento de práticas de aplicação e validação dos Protocolos de Atenção em Saúde do Trabalhador.
- Determinação de fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à saúde do trabalhador.



- Proposição de normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos decorrentes do trabalho.
- Eventos técnicos, elaboração protocolos clínicos e manuais.
- Capacitação de profissionais do SUS, tanto da assistência como da vigilância em saúde, para as ações de saúde do trabalhador.
- Estímulo e apoio à formação de profissionais do SUS em saúde do trabalhador em cursos de especialização, mestrado e doutorado.
- Pactuação de ações nas instâncias gestoras do SUS (CES e CIB).

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de linhas de cuidado estabelecidas para os agravos previstos na Portaria MS nº 777/04.
2. Percentual de fluxos de referência e contra-referência implantados para os agravos previstos na Portaria MS nº 777/04.
3. Percentual de protocolos de atenção discutidos e implantados para os agravos previstos na Portaria MS nº 777/04.
4. Nº capacitações realizadas para as equipes que atuam em saúde do trabalhador, das Regionais de Saúde e municípios.
5. Nº profissionais de saúde abrangidos pelas capacitações.

Metas:

- Indicador 1 - 100% estruturada nos municípios com população acima de 50 mil habitantes, em 2008.
- Indicador 2 - 100% estruturada nos municípios com população acima de 50 mil habitantes, em 2008.
- Indicador 3 - 100% estruturada nos municípios com população acima de 50 mil habitantes, em 2008.
- Indicador 4 - Conforme programação anual.
- Indicador 5 - Conforme programação anual.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Redes Assistenciais



Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Reestruturar a Rede Estadual de Hospitais de Urgências (15 hospitais).

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de Hospitais Reabilitados.

Metas:

Indicador 1 - 40% dos hospitais (2008), 20% a cada ano (2008 a 2011).

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Redes Assistenciais

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Ampliar a Rede Especializada de Gestação de Alto Risco, conforme as necessidades estratégicas do Estado.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de



Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Serviços habilitados (conforme Portaria)

Metas:

Indicador 1 - 25% dos serviços, habilitados ao ano.

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Reestruturar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Oncologia.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços credenciados.

Metas:

Indicador 1 - 100% (22 serviços) em 2008.

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*



Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade.

Objetivo:

Reestruturar a Rede de Alta Complexidade em Neurologia.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços credenciados.

Metas:

Indicador 1 - 100% (17 serviços em 2008).

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade.

Objetivo:

Implantar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Oftalmologia.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:



1. Percentual de serviços credenciados.

Metas:

Indicador 1 - 100% (07 serviços) em 2008.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Redes Assistenciais

Prioridade:

Prioridades da Área de Gestão de Sistemas

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Reestruturar a Rede Estadual de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Mental.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços habilitados (conforme Portaria).

Metas:

Indicador 1 - 25% ao ano.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Redes Assistenciais



Prioridade:

Prioridades da Área de Gestão de Sistemas

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Implantar a Rede de Atenção aos doentes com afecções da vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços habilitados (conforme Portaria).

Metas:

Indicador 1 - (2008), 50% (2009), 25 % (2010) e 25% (2011).

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Re-estruturar a Rede Estadual de Terapia Nutricional.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de



Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços credenciados.

Metas:

Indicador 1 - 10% (10 serviços) em 2008.

EIXO: **CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Re-estruturar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Tratamento da Obesidade (Cirurgias Bariátricas).

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços credenciados.

Metas:

Indicador 1 - 100% (07 serviços) em 2008.



EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Ampliar a Rede Especializada de Assistência em Vídeo Cirurgia.

Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços habilitados (conforme Portaria).

Metas:

Indicador 1 - 25% ao ano.

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Redes Assistenciais*

Prioridade:

Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade

Objetivo:

Organizar a Rede Estadual de Serviços de óbitos e esclarecimento da Causa Mortis.



Ações Estratégicas:

Habilitação, credenciamentos, recredenciamentos das Redes Estaduais de serviços de Assistência, conforme parâmetro das Portarias e homologações das instâncias de pactuação.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual de serviços habilitados (conforme Portaria).

Metas:

Indicador 1 - 100% em 2008.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Assistência Farmacêutica

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas

Objetivo:

Melhorar a qualidade dos serviços de oferta de medicamentos aos pacientes do SUS,

Ações Estratégicas:

- Qualificação e otimização dos serviços prestados na Assistência Farmacêutica no Estado.
- Revisão dos Procedimentos Operacionais Padronizados existentes e elaborar outros que sejam necessários.
- Fortalecimento da estrutura física para a prestação de serviços para a operacionalização do Ciclo da Assistência Farmacêutica no CEMEPAR e nas Regionais de Saúde.
- Elaboração de fluxo de aquisição de medicamentos, que contemple todas as etapas do processo.
- Capacitação de profissionais envolvidos no Ciclo da Assistência Farmacêutica das Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Centros de Referência,



Consórcios Intermunicipais de Saúde, de acordo com a abrangência de cada programa, em conjunto com a Escola de Saúde da SESA/PR.

- Produção e disponibilização de informações aos gestores, profissionais de saúde, usuários de medicamentos e população sobre as atividades realizadas no âmbito da Assistência Farmacêutica.
- Aplicação do conceito de humanização dos serviços relacionados à Assistência Farmacêutica.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

2008 - Produção de material técnico para os profissionais que atuam nas diversas etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

2009 a 2011 - Capacitação dos profissionais envolvidos no Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Metas:

Indicador 1 – 02 instruções normativas (prescritores e médicos auditores); 01 manual de atribuições para a área da Assistência Farmacêutica regionalizada e 01 manual de apoio aos programas de saúde (análogos de Insulina).

Indicador 2

2009 - 01 capacitação para farmacêuticos e 01 para médicos auditores.

2010 - 01 capacitação para outros profissionais de nível superior e 01 para pessoal de nível técnico.

2011 - 01 capacitação em cada macro-região para a formação de multiplicadores em apoio a municípios do estado.

EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Assistência Farmacêutica*

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas

Objetivos:



- Fortalecer as ações e serviços de Assistência Farmacêutica no Estado, de acordo com as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica nacional e estadual.
- Regular a oferta do elenco de medicamentos dos programas de saúde de responsabilidade do CEMEPAR no âmbito da SESA/PR.

Ações Estratégicas:

- Acompanhamento das atividades realizadas a nível central e nas Regionais de Saúde.
- Prosseguimento do processo de descentralização da análise de processos de solicitação de medicamentos excepcionais às Regionais de Saúde.
- Ampliação do cadastramento dos médicos para as patologias do programa de medicamentos excepcionais.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- 2008 – Revisão e atualização 02 de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT em uso e elaboração 01 novo PCDT a ser implementado.
- 2009 a 2011 - elaboração e aplicação de instrumento de avaliação e posterior planejamento e organização da Assistência Farmacêutica em nível central e nas 22 Regionais de Saúde.

Metas:

- Indicador 1 – 02 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT em uso e elaboração 01 novo PCDT a ser implementado.

Indicador 2

- 2009 - Instrumento de avaliação elaborado e aplicado.
- 2010 - Estruturação das ações e serviços com base nos resultados da avaliação.
- 2011 - Monitoramento e avaliação das metas dos anos anteriores.



EIXO: *CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO*

Subeixo: *Assistência Farmacêutica*

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas

Objetivo:

Promover o Uso Racional de Medicamentos.

Ações Estratégicas:

- Promover articulação com as demais unidades da SESA/PR para realizar projetos que promovam o Uso Racional de Medicamentos.
- Constituir Comissão de Farmácia Terapêutica com subcomissões de especialidades médicas e farmacêuticas, constituída de profissionais do CEMEPAR, outras unidades da SESA/PR, universidades e hospitais universitários.
- Realizar Estudos de Utilização de Medicamentos com a finalidade de acompanhar o uso dos medicamentos pelos usuários do SUS.
- Promover articulação com universidades públicas e privadas, conselhos de classe e associações de classe com vistas a realizar projetos que promovam o URM.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- 1.2008 - Constituição de Comissão de Farmácia Terapêutica no CEMEPAR, no âmbito da SESA.
- 2.2009 - Realização de Estudo de Utilização de Medicamentos, com enfoque no tratamento da artrite reumatóide.
- 2010- capacitação de prescritores e dispensadores quanto ao URM.
- 2011- produção de material informativo sobre o uso racional de medicamentos, para usuários de medicamentos do SUS.

Metas:

Indicador 1 – 01 Comissão constituída.



Indicador 2

- 2009 – 01 Estudo realizado.
2010 – 01 capacitação de prescritores realizada.
2011 – 01 produção de material informativo.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Sangue e Hemoderivados

Prioridade:

Políticas de desenvolvimento de programas assistenciais de média e alta complexidade de áreas específicas.

Objetivo:

Definir uma política de sangue e hemoderivados para o Estado que garanta a sua disponibilidade, segurança e qualidade no fornecimento de hemocomponentes e hemoderivados aos hospitais conveniados ao SUS e prestar assistência ambulatorial aos portadores de doenças hematológicas congênitas

Ações Estratégicas:

- Aumento na captação, coleta, sorologia e processamento de hemocomponentes, prioritariamente por meio de unidades públicas, com adequação da Programação Físico-orçamentária.
- Aquisição de equipamentos de informática e treinamento/implantação no sistema Hemovida.
- Aquisição de equipamentos de congelamento rápido e armazenamento.
- Desenvolvimento de ferramentas do Sistema de Gestão da Qualidade.
- Implantação e implementação da metodologia de educação permanente no processo de trabalho das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede.
- Supervisão técnica multidisciplinar em todas as unidades da hemorrede Estadual.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. % de leitos/SUS cobertos pela Rede Pública



2. % de população doadora
3. % de doações espontâneas
4. % de doadores de repetição
5. % de inaptidão clínica
6. % de inaptidão sorológica
7. % de Comitês Transfusionais
8. % de Agências Transfusionais implantadas
9. % de profissionais capacitados em hemoterapia e hematologia
10. % de unidades com sistema Hemovida implantado

Metas:

- Indicador 1 - Aumentar em 10% ao ano, a cobertura de leitos SUS, até 2011, a partir do término das obras na Divisão de Produção.
- Indicador 2 - Atingir o índice de candidatos à doação correspondente a 3% da população até 2011
- Indicador 3 - Manter o índice de 80 % de doações espontâneas até 2011.
- Indicador 4 - Atingir e manter o índice de 60% de doadores de repetição até 2011.
- Indicador 5 - Reduzir o índice de inaptidão clínica para 11,3% até 2011.
- Indicador 6 - Atingir o índice médio de 8% de inaptidão sorológica até 2011.
- Indicador 7 - Implantar Comitês Transfusionais nas Unidades da Rede Hemepar em 100% até 2011.
- Indicador 8 - Incentivar a criação de Agências Transfusionais, de acordo com a legislação até 2011.
- Indicador 9 - Capacitar os profissionais da Rede nas áreas de hemoterapia e hematologia em 50% até 2011.
- Indicador 10 - Implantar sistema informatizado - HEMOVIDA – em 100% dos serviços de Hemoterapia da Rede HEMEPAR até 2011.



EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Produção e Pesquisa de Imunobiológicos

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.

Objetivo:

Pesquisar, desenvolver e produzir Insumos (CPPI) e elaborar e definir normas técnicas, manuais de procedimentos juntamente com a comunidade científica.

Ações Estratégicas:

- Adequação às necessidades da legislação da Anvisa (Boas Práticas de Fabricação).
- Gestão da Qualidade – Manutenção da Certificação (ISO 9001/2000).
- Consolidação da Área de Pesquisa com a formação efetiva de pesquisadores (Mestrado e doutorado em Biotecnologia)
- Intercâmbio Técnico e Científico Interstitucional (Tecpar, Fiocruz, Instituto Butantan, UFPR, Universidades Estaduais, etc).
- Busca da excelência técnica dentro dos princípios da Bioética.
- Planejamento estratégico e treinamento contínuo aos servidores.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Frascos de soros produzidos.
2. Animais de Laboratório produzidos.
3. Pesquisas Científicas realizadas.

Metas:

Indicador 1 – 36.500 frascos/ano (2008 e 2009), 40.000 frascos/ano (2010 e 2011)

Indicador 2 – 17.200 animais/ano (2008 a 2011)

Indicador 3 – 19 pesquisas/ano (2008 a 2011).



EIXO: **CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Subeixo: **Transplantes**

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.

Objetivo:

- Assegurar a distribuição de órgãos e tecidos desenvolvendo o princípio da distribuição equitativa, através da regulamentação da procura e captação de órgãos e tecidos no Paraná.
- Realizar ações visando diminuir a sub-notificação de Mortes Encefálicas e de Mortes por Coração Parado, para aumentar o número de doações e de transplantes de órgãos e tecidos no Estado.

Ações Estratégicas:

- Criação de normas complementares estaduais para novas autorizações de realização de transplantes e renovação das autorizações existentes, com introdução de exigências de cumprimento de metas específicas estabelecidas pela Central Estadual de Transplantes, que fiscalizará a sua realização.
- Vigilância e acompanhamento permanente dos óbitos em UTIs.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. N° de doações de córneas realizadas ao ano.
2. N° de doações de múltiplos órgãos ao ano.
3. N° de doações e captações de tecidos ao ano.

Metas:

- Indicador 1 – aumentar em 25% ao ano (2008 a 2011).
Indicador 2 – aumentar em 10% ao ano (2008 a 2011).
Indicador 3 – aumentar em 15% ano (2008 a 2011).



EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Leitos de UTI

Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.

Objetivos:

- Ampliar o credenciamento de leitos de UTI e/ou a contratação de leitos não credenciados ao SUS em situações excepcionais, utilizando-se critérios rigorosos de seleção de necessidades estratégicas e de obediência às normativas existentes para habilitação de UTIs.
- Regular a porta de entrada das internações em UTIs para otimização do uso das vagas nos leitos existentes.

Ações Estratégicas:

- Estudo de necessidades loco-regionais de leitos de UTI com base nos parâmetros oficiais disponíveis.
- Elaboração de protocolo de Critérios Clínicos para Internações em UTIs.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Número de leitos credenciados e contratados
2. Acompanhamento/Avaliação das Centrais de Regulação do Estado

Metas:

Indicador 1 - Ampliar em 25% o número de leitos de UTI ao ano.

Indicador 2 - Implementação do protocolo no primeiro semestre de 2008.

EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Subeixo: Saúde Visual



Prioridade:

Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.

Objetivo:

1. Implantar o Projeto Olhar Brasil.
2. Implantar o Projeto de Acuidade Visual na Alfabetização de Adultos.
3. Implantar Serviços para a realização de procedimentos de Implante Cloclear.
4. Garantir a atenção integral ao portador de Glaucoma.

Ações Estratégicas:

- Parceria por meio da SESA/SEED e rede SUS de Atenção Oftalmológica para desenvolvimento de Projetos.
- Realização de consultas procedimentos e prescrição de óculos.
- Habilitação dos serviços de Implante Cloclear.

Disponibilização de exames específicos como mapeamento de retina, sob narcose, entre outros.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. População escolar do ensino fundamental, Brasil Alfabetizado, com assistência oftalmológica.
2. População acima de 60 anos com assistência oftalmológica.
3. Serviços de assistência e estabelecimento de áreas de abrangências organizadas.

Metas:

Indicador 1 – 20% ao ano (2008 a 2011).

Indicador 2 – Cobertura de 50% de consultas ao ano (2008 a 2011).

Cobertura de 80% de distribuição de óculos ao ano (2008 a 2011)

Indicador 3 – 100% dos serviços organizados (2009).



EIXO: *GESTÃO EM SAÚDE*

Subeixo: *Formação e Educação Permanente.*

Prioridade:

Fortalecimento e Aperfeiçoamento dos Processos de Educação em Saúde com Foco na Formação e na Educação Permanente, com Vistas à Melhoria do Desempenho nos Serviços e da Situação de Saúde das Pessoas do Paraná, por Meio da Reorientação das Práticas e Ações de Saúde de Forma Integral, Contínua e Permanente.

Objetivo:

- Manter e fortalecer os Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde.
- Monitorar e avaliar as ações estratégicas de Educação Permanente em Saúde.
- Qualificar os profissionais para a implementação das Políticas de Saúde segundo a necessidade.
- Contribuir para a ampliação das informações em Saúde para os profissionais e para a população.
- Implantar a metodologia da Educação à distância segundo a necessidade.
- Desenvolver estudos e pesquisas específicas para a adequação e expansão das habilitações, atendendo às exigências de preparação dos profissionais de saúde.

Ações Estratégicas:

- Articulação com Ministério da Saúde, Escolas do SUS, Instituições de Ensino, Secretaria de Estado da Educação para financiamento das pesquisas, descentralização e recursos para a manutenção dos cursos.
- Repasse regular de recursos financeiros para a manutenção dos Pólos Regionais de Educação Permanente e acompanhamento de suas reuniões e estratégias.
- Organização de oficinas específicas visando qualificar as equipes dos pólos segundo as necessidades apresentadas.
- Apoio e assessoria no desenvolvimento das ações propostas pelos pólos.
- Fortalecimento da capacidade gerencial dos Pólos de Educação permanente com o repasse regular das informações.
- Construção de instrumentos para monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde.



- Manutenção do Portal da ESPP.
- Implementação de cursos de especialização *latu sensu*, mestrados profissionalizantes, atualizações e aperfeiçoamentos segundo as necessidades definidas.
- Aquisição de material bibliográfico e audiovisual.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Cursos realizados
2. Instrumentos de avaliação de processo
3. Número de profissionais capacitados
4. Número de acessos ao portal
5. Número de material bibliográfico adquirido
6. Número de material disponibilizado
7. Número de alunos formados
8. Número de profissionais qualificados como docentes
9. Número de cursos aprovados pela SESA e pelo Conselho Estadual de Saúde.
10. Número de reuniões acompanhadas, relatórios, planos de trabalho, planilhas.

Metas:

Indicadores 1, 3, 8 e 9 – 220 eventos de educação permanente/ano.

Indicador 2 – Criação de 04 indicadores/ano (2008/2011).

Indicador 4 – Instalação Portal (2008), Manutenção (2009 a 2011).

40 atualizações/ano do sítio Eletrônico da internet 40 e-mails de informações para os Coordenadores de PREPS/ano

Indicadores 5 e 6 – 100 livros/ano (2008 a 2011).

Indicador 7 - 06 turmas de especialização/ano (2008 a 2011).

Indicador 2 – (2008 a 2011).

Indicador 10 – 110 reuniões/ano (2008 a 2011).

EIXO: **GESTÃO EM SAÚDE**

Subeixo: **Gestão do Trabalho**



Prioridade:

Democratizar a gestão das relações de trabalho no SUS-PR

Objetivos:

- Estabelecer política de incentivo e valorização dos servidores efetivos;
- Desenvolver gestão democrática e participativa no trabalho;

Ações Estratégicas:

- Implantação da Mesa de Negociação Permanente do SUS;
- Realização de concurso público para contratação de servidores públicos do SUS;
- Implementação de Educação Permanente para os servidores do SUS;
- Implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS do Estado do Paraná;
- Implantação de política de atenção a saúde do trabalhador voltada para o servidor estadual do SUS
- Negociação da Jornada de Trabalho dos Servidores Públicos do SUS.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- Implantação da Mesa Permanente de Negociação do SUS;
- Formulação e implementação do PCCS- SUS, por meio de comissão paritária entre trabalhadores e gestores
- Realização de concurso público para contratação de servidores públicos do SUS;
- Percentual de servidores CONCURSADOS E NOMEADOS em relação as necessidades dos serviços;
- Percentual de substituição de trabalhadores com vínculos precários ou celetistas por servidores efetivos;
- Percentual de servidores que executam a jornada estabelecida em lei federal, cujos contratos de trabalho foram firmados ou modificados em função da existência e do cumprimento de leis federais, a saber: radiologistas, aux .e tec. de laboratório, bioquímicos, odontólogos, fisioterapeutas, telefonistas, terapeutas ocupacionais, entre outros);
- Percentual de servidores que atuam em locais insalubres, penosos (tensão permanente e/ou com risco de vida) e que executam a jornada máxima de 30 horas semanais;



Metas:

- Constituição e implantação imediata da Mesa de Negociação, garantindo reuniões mensais – novembro/08;
- Implantação do PCCS/SUS – maio/09;
- Realização de concurso público para contratação dos profissionais da rede pública de saúde – 10/12/08;
- Jornada de Trabalho –
- Calendário de Formação – na Agenda Estadual de Saúde 2009

EIXO: **GESTÃO EM SAÚDE**

Subeixo: *Reequipamento da rede assistencial existente e implementação de novas unidades*

Prioridade:

Estruturação, Consolidação e Reequipamento da Rede Assistencial Existente e Implementação de Novas Unidades.

Objetivo:

- Reestruturar as Unidades próprias do Estado, já existentes.
- Implantar e implementar novas unidades próprias do Estado.
- Concluir e operacionalizar novas Unidades em construção.
- Readequar o Plano Diretor de Investimentos - PDI.
- Estruturar a rede de atenção à saúde do deficiente conforme Portaria MS n.º 818

Ações Estratégicas:

- Avaliação da Infra-estrutura das Unidades Próprias.
- Proposição de Instrumentos Gerenciais para Rede própria do Estado.
- Substituição de equipamentos médico-hospitalares.
- Execução de reforma, readequação ou ampliação.
- Aprovação do PDI nas instâncias de pactuação.



Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Projeto de reestruturação elaborado e implantado.
2. Novas Unidades concluídas implantadas.

Metas:

Indicador 1 – 70% das unidades reestruturadas (2008), 80% (2009), 90% (2010) e 100% em 2011.

Indicador 2 - 70% das novas unidades implantadas (2008), 80% (2009), 90% (2010) e 100% em 2011.

EIXO: **GESTÃO EM SAÚDE**

Subeixo: **Financiamento**

Prioridade:

Cumprimento da EC- 29

Objetivo:

Aplicar a receita própria do Estado em saúde, conforme preconizada na EC 29 e sua regulamentação.

Ações Estratégicas:

- Acompanhamento da liberação orçamentária.
- Acompanhamento das liquidações financeiras.
- Ajuste do orçamento a arrecadação do estado.
- Alimentação do Sistema Federal SIOPS

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Percentual da receita própria do Estado, aplicada em saúde.

Metas:

Indicador 1 - 12% ao ano (2008 a 2011).



EIXO: *GESTÃO EM SAÚDE*

Subeixo: *Participação e Controle Social*

Prioridade:

Fortalecimento do Controle Social no SUS no âmbito estadual

Objetivos:

- Consolidar o efetivo exercício do controle social, garantindo que os Conselhos de Saúde deliberem sobre a formulação e sobre o acompanhamento da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.
- Definir calendário de atividades do CES/PR que garanta a formação permanente dos conselheiros/as de saúde, no âmbito estadual e municipal.
- Garantir que a representação nos Conselhos de Saúde seja paritária entre os segmentos, sendo que entidades que recebam recursos públicos para a prestação de serviços no SUS compõem o segmento prestadores de serviços ao SUS.
- Prover condições necessárias financeiras, de infra estrutura, de logística e outras p/ realização da Conferência Estadual de Saúde, Conferências temáticas, Plenárias e outros eventos que sejam necessários para a consolidação e fortalecimento do controle social no SUS.
- Estabelecer a integração da Ouvidoria Estadual do SUS ao CES-PR, com apresentação sistemática de relatórios detalhados.
- Utilizar os meios de comunicação para divulgar a importância do Controle Social no SUS, bem como, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
- Ampliar o controle social, formando conselhos locais e conselhos gestores.

Ações Estratégicas:

- As discussões e deliberações no âmbito do Conselho Estadual de Saúde pertinentes a política de saúde devem preceder a entrega de todos os dados e documentos que dão subsídios para a formulação das ações e serviços de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.
- Realizar reunião mensal do CES/PR, e reuniões extraordinárias sempre que necessário, assim como, manter reuniões mensais das comissões temáticas, assegurando a contratação de assessorias necessárias para a qualificação dos pareceres das comissões do CES/PR.



- Analisar, avaliar e deliberar sobre os dados apresentados pelo gestor estadual sobre os indicadores a serem cumpridos no Pacto de Gestão e no Plano Estadual de Saúde e Agenda de Saúde.
 - Implementar política estadual de educação popular para os conselheiros estaduais e apoiar o processo de formação dos conselheiros municipais;
- Promover ações de divulgação de informações e conhecimento sobre o SUS junto à população em geral objetivando o fortalecimento da participação social;
 - Manter as comissões especiais temáticas que subsidiam as deliberações do plenário do CES-PR;
 - Estimular a organização de comissões técnicas permanentes para subsidiar os trabalhos e deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde;

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- Levantamento e aferição da percentagem de documentos entregues em tempo para análise e deliberação no CES (LDO, LOA, Relatório de gestão, agenda de saúde, pactuações na CIB, contratos e convênios a serem firmados com órgãos públicos, filantrópicos ou privados, relatório da Ouvidoria da Sesa, entre outros).
- Número de horas-aula de formação por número de conselheiros participantes;
- Número de reuniões realizadas e pautas;
- Análise da infra-estrutura disponibilizada para o exercício das atribuições dos Conselhos.
- Número de inserções nos meios de comunicação que divulguem o SUS e o controle social;

Metas:

Indicador 1 – zero;

Indicador 2 – 8 horas/ano para conselheiros estaduais e 20 horas/ano para conselheiros municipais;

Indicador 3 – 100% das pautas concluídas no ano;

Indicador 4 – 1 análise por semestre.



EIXO: *GESTÃO EM SAÚDE*

Subeixo: *Planejamento, Programação e Informação em Saúde.*

Prioridade:

Implementação do Processo de Planejamento, Programação e Informação em Saúde no SUS.

Objetivo:

- Qualificar os processos de planejamento e elaboração de instrumentos de gestão do SUS e a produção e disseminação de informações em saúde, em nível estadual e municipal.
- Estabelecer uma rede de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das ações de planejamento das três esferas de gestão, de forma a fortalecer e consolidar os princípios e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e a realidade locorregionais.

Ações Estratégicas:

- Realização de Oficinas e Cursos para capacitação de equipes técnicas em processos de trabalho de planejamento e elaboração de instrumentos de gestão (Plano, Programação e Relatório).
- Implantação da RIPSA – Rede Interagencial de Informações em Saúde.
- Implantação de política de informação e comunicação no Controle Social.
- Implantação e estruturação da rede física de informática em todas as esferas da SESA-PR (Regionais de Saúde e nível central), com reforço da rede inter-regionais.
- Implantação de ações de educação em saúde através da Mesa/Rádio Saúde
- Atualização sistemática dos indicadores de saúde e dos instrumentos de gestão do SUS e disponibilização dos mesmos no site da SESA-PR, no mínimo até o ano anterior em relação ao ano em curso.
- Utilização da Rádio Saúde como ferramenta de divulgação de ações e atividades.
- Pactuação junto aos municípios sobre a alimentação dos sistemas de informação para monitoramento e avaliação das ações de saúde e divulgação de indicadores.
- Atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- Criação de rede de notificação de seqüelas que causam deficiências.



Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

1. Número de Oficinas e Cursos realizados ao ano.
2. Rede – RIPSA implantada.

Metas:

Indicador 1 – 22 Oficinas /ano (2008 a 2011) e 02 Cursos (2008).

Indicador 2 – RIPSA no Estado, implantada até 2009.

EIXO: ***GESTÃO EM SAÚDE***

Subeixo: *Reorganização da Gestão do Sistema.*

Prioridade:

Reorganização da Gestão do SUS

Objetivo:

- Consolidar a nova estrutura organizacional da SESA-PR.
- Aprimorar o Banco de Dados e Sistema de Informações SCNES, para implantação da Tabela Unificada.
- Descentralizar os dados referentes aos estabelecimentos de gestão municipal no SCNES.
- Contratualizar os estabelecimentos de saúde da Rede SUS sob gestão estadual.

Ações Estratégicas:

- Desenvolvimento de métodos de priorização do registro de informação.
- Capacitações e assessoramento para os municípios.
- Elaboração de contratos com todos os estabelecimentos por segmentos.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- 1 Estrutura organizacional consolidada, por meio da definição das atribuições específicas de Departamentos e Divisões.



2. Nº. de Regionais de Saúde capacitadas.
3. Nº. de municípios cadastrados.
4. Nº. de prestadores de serviço da Rede SUS estadual contratados.

Metas:

- Indicador 1 – 100% /ano (2008 a 2011)
Indicador 2 – 22 Regionais capacitadas/ano
Indicador 3 - 25% dos 399 municípios cadastrados/ano
Indicador 4 - 312 prestadores/ano

EIXO: *GESTÃO EM SAÚDE*

Subeixo: *Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.*

Prioridade:

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.

Objetivo:

- Reestruturar o Complexo Regulador Estadual.
- Incrementar o Sistema Estadual de Auditoria.
- Articular as Centrais de Atenção Pré-hospitalar, de urgências, de internações e de consultas e exames.
- Estabelecer protocolos para internações em leitos de UTI, para contratualização e utilização de leitos psiquiátricos para adolescentes e outros protocolos assistenciais e de regulação.

Ações Estratégicas:

- Realização de Oficinas Macro-Regionais.
- Pactuações nas respectivas instâncias (CIB).
- Capacitação dos servidores que atuam no Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação.
- Realização de curso de especialização para os servidores do nível central e das RS,



em parceria entre a Escola de Saúde Pública do PR.

- Controle e Auditoria em parceria com o Ministério da Saúde e outras instituições.
- Realização de Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria para as Regionais de Saúde e municípios.

Indicadores para Monitoramento e Avaliação:

- 1 N°. de Centrais Regionais de Regulação implantadas.
2. N°. de profissionais capacitados.
3. Rede de Centrais articulada.
4. N°. de protocolos elaborados.

Metas:

Indicador 1 – 22 Regionais (2008)

Indicador 2 – 230 profissionais capacitados/ano (2008 a 2010) e 240 (2011)

Indicador 3 - 100% ao ano

Indicador 4 - 05 protocolos elaborados (2008)