PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PARANÁ 2016 - 2019

PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

Governo do Paraná
Secretaria de Estado da Saúde
Conselho Estadual de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PARANÁ - 2016 - 2019

CURITIBA
2016

© 2016. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Rua Piquiri, 170 – Rebouças
Curitiba – PR
CEP: 80.230-140 – (41) 3330-4300
www.saúde.pr.gov.br
Tiragem: 2.000 exemplares
Catalogação na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.
200 p

1. Plano Estadual de Saúde. 2. Saúde Pública – Paraná.
3. Gestão em saúde. 4. Políticas de saúde – Paraná. I. Título.

CDD: 614.98162

Governador do Estado do Paraná

Beto Richa

Secretária de Estado da Saúde

Michele Caputo Neto

Diretor-geral

Sezifredo Paulo Alves Paz

Superintendente de Unidades Hospitalares Próprias

Luiz Fernando Nicz

Superintendente de Atenção à Saúde

Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Gestão do Sistema de Saúde

Paulo Almeida

Superintendente Administrativo e de Logística Especializada

Pythagoras Schmidt Schroeder

Superintendente de Vigilância em Saúde

Cleide Aparecida de Oliveira

Diretor-executivo do Fundo Estadual de Saúde

Olavo Gasparin

EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SESA

Aldiney José Doreto
Alice Eugênia Tisserant
Amanda de Paula Boni Navarro
Ana Lúcia Nascimento Fonseca
Ana Maria Perito Manzochi
Célia Fagundes da Cruz
Celso Luiz Rúbio
Cíntia Aparecida Gonçalves Domingos
Cláudia Boscheco Moretoni
Débora Mara Bilovus Souza
Deise Regina Sprada Pontarolli
Elenir Moisés Bueno
Erika Luiza da Silva Feller
Fabiana Ieis
Fábio Rogério Simão de Farias
Fernanda Helian Marcondes de Souza
Giselle de Oliveira Veiga
José Carlos de Abreu
José Lúcio dos Santos
Julia Valeria Ferreira Cordellini
Juliana Istchuk Bruning de Oliveira
Karina Ruaro de Paula
Liliam Cristina Brandalise
Marcia Lopes Siqueira
Yohhan Garcia de Souza
Marcio José de Almeida
Maria do Carmo Aparecida de Oliveira
Maria Leonor Fanini Paulini
Mário Martins Junio
Marise Gnatta Dalcuche
Mônica Pereira
Maurício Mesadri
Olga Regina Cotovicz de Castro Deus
Oliva de Fátima Pacheco Vasconcellos
Patricia Kanopcka Pacheco
Paulo Costa Santana
Quiteria Otilia Neves
Polianna Nascimento dos Santos Reinert
Romildo Ribeiro Sbríssia
Rossana Cristina Xavier Ferreira Vianna
Sandra Aparecida Silva dos Santos
Sandra Christiane Kloser Busnello
Sônia Maria Dotto Ampessan
Tania Portella Costa
Tânia Regina de Ávila Costa
Vinícius Augusto Filipak
Vivian Patrícia Raksa
Viviane Serra Melanda
Márcia Regina Pelissari

COLABORAÇÃO TÉCNICA

Marta Rovery de Souza
Profª Drª Associada do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás (UFG)

IPARDES

Andrey Ivale Menezes
Cláudio Jesus de Oliveira Esteves
Daniel Nojima
Lucrecia Zaninelli Rocha
Marisa Valle Magalhães
Oduvaldo Bessa Junior
Roberto Carlos Evencio de Oliveira da Silva
Sandra Teresinha da Silva

MESA DIRETORA DO CES-PR – GESTÃO 2016-2017

Presidente:
Zuleide Bezerra Dalla Costa
Segmento dos Prestadores

1º Vice-presidente:
Nilson Hideki Nishida
Segmento dos Trabalhadores

2º Vice-presidente:
Livaldo Bento
Segmento dos Usuários

3ª Vice-presidente:
Cleide Aparecida de Oliveira
Segmento dos Gestores

1º Secretário:
Marcelo Hagebock Guimarães
Segmento dos Trabalhadores

2ª Secretária:
Maria Elvira de Araújo
Segmento dos Usuários

1º Tesoureiro:
Amaury César Alexandrino
Segmento dos Usuários

2º Tesoureiro:
Acir Ribeiro de Queiroz
Segmento dos Usuários

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2016 -2019

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES
	USUÁRIOS	
Luiz Américo Delphin	Titular	SINDIPETRO
Luciano Zanetti	Suplente	SINDIPETRO
Wilson de Souza Silva	Titular	FETAEP
Maria Marucha Szdlosvski Vettorazzi	Suplente	FETAEP
Jonas Braz	Titular	CUT/PR
Silvana Prestes de Araújo	Suplente	CUT/PR
Custódio Rodrigues do Amaral	Titular	UGT-PARANÁ
Giovane Caetano da Silva	Suplente	UGT-PARANÁ
Manoel Rodrigues do Amaral	Titular	SINDNAP
Santo Batista de Aquino	Suplente	SINDNAP
Livaldo Bento	Titular	MOPS
Antonio Barrichello	Suplente	MOPS
Amauri Ferreira Lopes	Titular	ANEPS
Leandro Soares Machado	Suplente	ANEPS
Amaury César Alexandrino	Titular	DEFIPAR
Tania Roseli Minusculi	Suplente	DEFIPAR
João Maria Ferrari Chagas	Titular	IBDA
Terezinha Aparecida de Lima	Suplente	IBDA
Livia Diniz Lopes Sola	Titular	FAMOPAR
Acir Ribeiro de Queiroz	Suplente	FAMOPAR
Angelo Barreiros	Titular	CONAM
Timóteo Borges de Campos	Suplente	CONAM
Ivo Pedroso	Titular	FECAMPAR
Ynaia Gebauer de Lira	Suplente	FECAMPAR
Marcia Beghini Zambrim	Titular	Pastoral da Saúde
Maria Cristina Galacho De Souza	Suplente	Pastoral da Saúde
Clarice Siqueira dos Santos	Titular	Pastoral da Criança
Rosângela Regina Reinaldin	Suplente	Pastoral da Criança
Rosalina Batista	Titular	ASSEMPA
Maria Lucia Gomes	Suplente	ASSEMPA
Sonia Aparecida Pinheiro Pereira	Titular	Rede de Mulheres Negras
Erika Pereira de Souza	Suplente	Rede de Mulheres Negras
Terezinha Andrade Possebom	Titular	HUMSOL
Maria Cecília Palma	Suplente	HUMSOL
Maria Elvira de Araújo	Titular	ASSEMPA
Marcos Antonio da Silva	Suplente	IBDA

GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Antonio Garcez Novaes Neto	Titular	COSEMS
João Carlos Strassacapa	Suplente	COSEMS
Sezifredo Paulo Alves Paz	Titular	SESA
Maria do Carmo Aparecida de Oliveira	Suplente	SESA
Cleide Aparecida de Oliveira	Titular	Fundo Estadual de Saúde
Juliano Schmidt Gevaerd	Suplente	Fundo Estadual de Saúde
Moacir Gerolomo	Titular	Ministério da Saúde
Jorge Stoianov Filho	Suplente	Ministério da Saúde

PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE

Zuleide Bezerra Dalla Costa	Titular	ACISPAR
Luiz Fernando Zanon de Almeida	Suplente	ACISPAR
Rangel Silva	Titular	FEHOSPAR
Mauricio Duarte Barcos	Suplente	FEHOSPAR
Artemizia Bertolazzi Martins	Titular	FEMIPA
Rosita Marcia Wilner	Suplente	FEMIPA
Hermes de Souza Barboza	Titular	UEM
Tereza Maria Pauliqui Peluso	Suplente	UEM
Jeremias Bequer Brizola	Titular	UEL
Rita de Cássia Domansky	Suplente	UEL

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mauricio Portella	Titular	CRF
José Carlos Tozzeto Vettorazzi	Suplente	CRF
Graciele de Pintor	Titular	SINDIFAR-PR
Nilson Hideki Nishida	Suplente	SINDIFAR-PR
Rubia Daniela Thieme	Titular	CRN da 8ª Região
Alcionê Pereira Grivot Mandarino	Suplente	CRN da 8ª Região
Sonia Margarete Batista Frade	Titular	CREFITO-8
Gisela Soares de Souza	Suplente	CREFITO-8
Woldir Wosiacki Filho	Titular	SINFITO
Elfi Gusava	Suplente	SINFITO
Marcelo Hagebock Guimarães	Titular	CREF9/PR
Diego Spinoza dos Santos	Suplente	CREF9/PR
Talita Lisandra de Oliveira Rosa Gomes	Titular	SINDSAÚDE
Monica Glinski Pinheiro	Suplente	SINDSAÚDE
Solange Izabel Marega Batista	Titular	FESSMUC-PR
Altair Angelo dos Santos	Suplente	FESSMUC-PR
Palmira Aparecida Soares Rangel	Titular	FESMEPAR
Aparecida Benito Pereira	Suplente	FESMEPAR

SUMÁRIO

SUMÁRIO 11

APRESENTAÇÃO 13

INTRODUÇÃO 15

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE 17

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE 18
1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA 18
1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS 27
1.2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Ambiental do Paraná 27
1.2.2 Perfil Epidemiológico 59
1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 92
1.4 GESTÃO EM SAÚDE 97
1.4.1 Vigilância em Saúde 98
1.4.2 Atenção Primária 100
1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar 106
1.4.4 Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos serviços 110
1.4.5 Assistência Farmacêutica 113
1.5 FINANCIAMENTO 117
1.5.1 Financiamento Federal 118
1.5.2 Financiamento Estadual/Recursos sob gestão da SESA 119
1.5.3 Financiamento Municipal 121
1.5.4 Perspectivas 121
1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ 122
1.6.1 Rede Mãe Paranaense 122
1.6.2 Rede Paraná Urgência 125
1.6.3 Rede de Saúde Bucal 128
1.6.4 Rede de Atenção à Saúde Mental 130
1.6.5 Redes em Estruturação 132
1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SESA 134
1.7.1 Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS 134
1.7.2 Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS 136
1.7.3 Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná – HOSPSUS 137

1.7.4 Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica – Farmácia do Paraná 138
1.7.5 Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná – VigiaSUS 139
1.7.6 Programa Hospitais do Paraná 141
1.8 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA 143
1.9 OUVIDORIA 150
1.10 CONTROLE SOCIAL 154

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 157
DIRETRIZ 01: Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense 159
DIRETRIZ 02: Fortalecimento da Rede Paraná Urgência 160
DIRETRIZ 03: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental 161
DIRETRIZ 04: Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal 162
DIRETRIZ 05: Implantação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD) 163
DIRETRIZ 06: Implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso 164
DIRETRIZ 07: Qualificação da Atenção Primária à Saúde 165
DIRETRIZ 08: Melhoria do Acesso e do Cuidado às Áreas de Atenção Inclusivas 166
DIRETRIZ 09: Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde 167
DIRETRIZ 10: Fortalecimento da Regulação do Acesso aos Serviços do SUS 168
DIRETRIZ 11: Fortalecimento do Desenvolvimento Regional da Atenção à Saúde 169
DIRETRIZ 12: Fortalecimento da Governança Regional e Macrorregional 170
DIRETRIZ 13: Fortalecimento da Gestão dos Serviços Próprios 171
DIRETRIZ 14: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica 173
DIRETRIZ 15: Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde 174
DIRETRIZ 16: Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde 178
DIRETRIZ 17: Ouvidoria como Instrumento de Gestão e Cidadania 180
DIRETRIZ 18: Fortalecimento do Controle Social no SUS 181
DIRETRIZ 19: Qualificação da Gestão do Financiamento em Saúde 182

PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 183

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 185

LISTA DE SIGLAS 191

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde e o Conselho Estadual de Saúde apresentam o Plano que vai conduzir as ações da saúde pública estadual entre os anos de 2016 e 2019. Este é o segundo plano desenvolvido pela equipe gestora que assumiu a SESA em janeiro de 2011 e que trabalha com foco nas redes de atenção à saúde.

A construção do novo Plano levou em conta a situação de saúde de todo Paraná e as conquistas alcançadas pela implantação das redes e dos programas estratégicos que norteiam a atuação do Governo do Estado na área da saúde nos 399 municípios.

É nosso papel consolidar o trabalho realizado e ampliar as conquistas feitas em parceria com municípios, consórcios, prestadores de serviços e toda sociedade organizada, representada pelo controle social exercido pelo Conselho Estadual de Saúde.

As metas e diretrizes elencadas neste documento são guias de atuação de gestores e técnicos que têm a função de qualificar o atendimento a todos os paranaenses, mas também de estimular o cidadão paranaense a ser agente de sua própria saúde ao adotar hábitos saudáveis de vida e atitudes preventivas.

Esperamos que o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 seja amplamente consultado e aplicado e, se possível, seja superado em seu princípio básico – o de prover saúde pública de qualidade a todo cidadão paranaense.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Zuleide Bezerra Dalla Costa
Presidente do Conselho Estadual de Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Reflete as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera, explicita os compromissos do governo para o setor Saúde e configura-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do Sistema de Saúde.

O processo de construção do Plano Estadual de Saúde (PES) do Paraná 2016-2019 teve início no último trimestre de 2015. A metodologia adotada foi trabalhar por momentos: Momento Explicativo – Foco na Análise de Situação; Momento Normativo – Direção; Momento Estratégico – Viabilidade; e Momento Tático-Operacional – Ação, como caminhos a serem seguidos, sem representar etapas sequencialmente rígidas.

Inicialmente, para a organização, instalou-se um Grupo Coordenador na Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e então uma Comissão Técnica Ampliada com a realização da primeira Oficina, no dia 27 de novembro de 2015. Participaram dessa Comissão e das oficinas realizadas representantes das Superintendências e unidades estratégicas da SESA de nível central, e de unidades hospitalares próprias e Regionais de Saúde. Foram feitos também informes mensais ao Conselho Estadual de Saúde – CES-PR, com a aprovação do cronograma do PES 2016-2019 em dezembro de 2015. De dezembro de 2015 a março de 2016, foi desenvolvido o Momento Explicativo, focado na Análise de Situação/Diagnóstico, no qual se destacam como principais ações:

- estabelecimento de parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) para elaboração da análise dos aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, bem como apoio técnico para todo o processo com a Profª Drª Marta Rovery de Souza, do Departamento de Saúde Coletiva/Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP)/Universidade Federal de Goiás (UFG);
- realização de três Oficinas na SESA (para discussão das análises realizadas pelas Superintendências e unidades, e outras instituições envolvidas) com média de 30 participantes;
- apresentação ao CES do "Perfil Demográfico, Socioeconômico e Ambiental do Estado do Paraná", pelo IPARDES, em 26 de fevereiro de 2016;
- apresentação ao CES da "Análise de Situação" (parte de responsabilidade da SESA), em 30 de março de 2016.

A realização de Oficinas na SESA, de novembro/2015 a março/2016, teve como resultado: a definição da estrutura do Plano (Apresentação; Introdução; Análise de Situação de Saúde; Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; Processo de Monitoramento e Avaliação); e a organização do 1º Capítulo – Análise de Situação de Saúde em 10 Eixos.

Em março/2016, a SESA iniciou o processo de discussão interna sobre as "Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores", que faz parte dos Momentos Normativo e Estratégico de construção do Plano. Tomando como base o Diagnóstico realizado, foram definidas as Diretrizes/Compromissos Prioritários e seus respectivos Objetivos, Metas e Indicadores, e Ações. Nesse processo, observaram-se também as diretrizes definidas e aprovadas na 11ª Conferência Estadual de Saúde. O produto desse momento foi apresentado e discutido com o Conselho Estadual de Saúde no mês de abril/2016; com finalização da discussão em maio/2016, quando ocorreu a aprovação do PES 2016-2019.

Salienta-se ainda que as apresentações do Plano em todas as suas fases de construção foram disponibilizadas em meio eletrônico aos segmentos representativos da sociedade no Conselho Estadual de Saúde, os quais puderam discutir e apresentar propostas que aprovadas

se incorporaram ao Plano. Todo o material também foi disponibilizado publicamente por meio do site do CES-PR.

As intenções expressas no Plano de Saúde se materializarão por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) e seu monitoramento e avaliação estarão expressos nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e no Relatório Anual de Gestão (RAG).

1

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1.4 GESTÃO EM SAÚDE

1.5 FINANCIAMENTO

1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ

1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SESA

1.8 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

1.9 OUVIDORIA

1.10 CONTROLE SOCIAL

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Análise de Situação de Saúde (Asis) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.

Asis é um processo pelo qual se busca explicar o estado de saúde dos habitantes, de um determinado espaço geográfico, em um dado momento. Isso é alcançado por meio da análise do entorno segundo o ponto de vista dos diferentes atores sociais. Em resumo, a Asis objetiva produzir informação e conhecimento útil para orientar a ação em saúde coletiva. Essa prática é relevante para os diversos níveis de decisão (serviço de saúde, comunidade, município, estado e federação), de modo a permitir a utilização das informações e do conhecimento produzido nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos, avaliação dos programas implementados, entre outros.

A Asis assume, ainda, valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social à medida que amplia o acesso às informações e aos conhecimentos criados por essa prática e informa a comunidade e os profissionais de saúde em todos os níveis. Além disso, assim como toda análise que valoriza as fontes de dados secundários, a Asis cria como ganho adicional a retroalimentação das fontes notificadoras e o aprimoramento das informações em saúde, à medida que usa de maneira crítica seus dados e dá visibilidade para seus limites e qualidades.

Assim, Asis são processos contínuos e estratégicos, de análise e síntese, que permitem descrever, explicar e avaliar a tríade saúde-doença-atenção em uma população e contexto definidos, tendo em conta os seus determinantes sociais, com a finalidade principal de criar evidências válidas e oportunas para informar a decisão em saúde pública. O fim último da Asis – que talvez seja o elemento que mais a diferencie da pesquisa em saúde em geral – é influenciar o processo decisório, auxiliando na priorização, na formulação e na avaliação das políticas de saúde. Ela pode, então, ser entendida como um dos instrumentos da saúde coletiva baseada em evidências contemplando em um movimento espiralar: ação, produção de dados, informações, conhecimento e sua interferência para a modificação da ação.

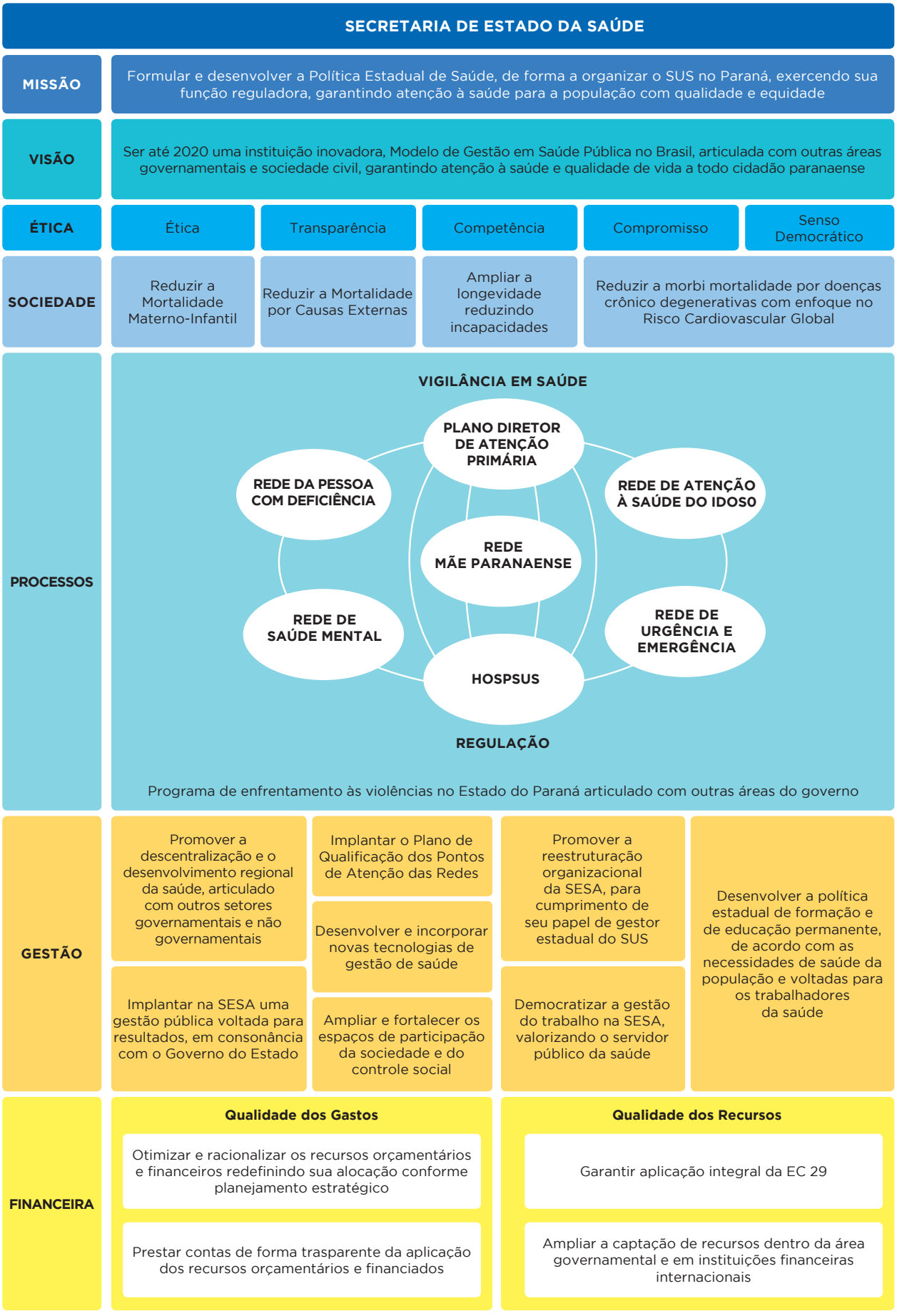
1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA

A Saúde constitui-se um Programa Estratégico do Governo do Estado do Paraná, denominado **Saúde para Todo Paraná**, que tem como objetivo "Manter e consolidar as Redes de Atenção à Saúde e Projetos Estratégicos e implantar novos projetos voltados à qualificação das ações e dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná. Atuar de forma integral na atenção à saúde de grupos de risco e da população em geral". Esse objetivo representa o que deve ser feito quando são impostos desafios, demandas e oportunidades para garantir atenção à saúde e qualidade de vida a todo cidadão paranaense, atuando de forma articulada com outras áreas governamentais e a sociedade civil, visando aos seguintes resultados: redução da mortalidade materno-infantil, da mortalidade por causas externas (acidentes, homicídios e outras), da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas; e ampliação da longevidade, reduzindo incapacidades.

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), órgão gestor do Programa, tem como missão "Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde, de forma a organizar o SUS no Paraná, exercendo sua função reguladora, garantindo atenção à saúde para a população com qualidade e equidade"; e como visão de futuro "Ser até 2020 uma instituição inovadora, Modelo de Gestão em Saúde Pública no Brasil, articulada com outras áreas governamentais e a sociedade civil, garantindo atenção à saúde e qualidade de vida a todo cidadão paranaense".

O Mapa Estratégico da SESA (Figura 1) foi elaborado em 2011 e repactuado em 2015 pela equipe gestora da Secretaria.

FIGURA 1 – MAPA ESTRATÉGICO

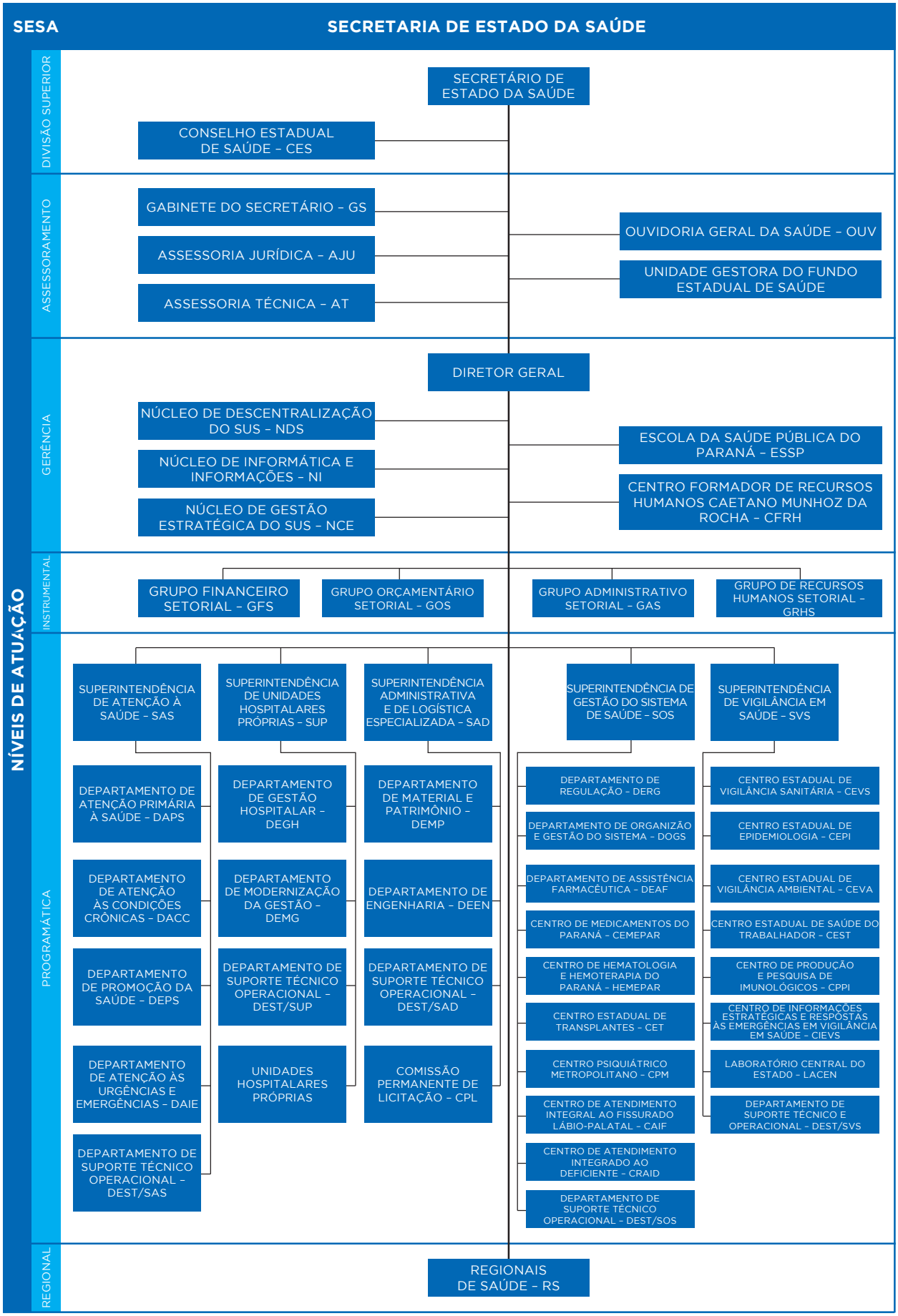


Para a execução das políticas públicas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), do qual a SESA é a gestora em âmbito estadual, macrorregional e regional, conta com uma rede de instituições públicas: 399 secretarias municipais de saúde, com foco principal nas ações de Atenção Básica; 24 consórcios intermunicipais de saúde, que atuam como apoio e complementaridade para a Média Complexidade; e, para a Alta Complexidade, a rede de hospitais públicos, dentre eles, os quatro hospitais universitários, e a rede privada contratada com preferência para os Hospitais Filantrópicos.

Como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, há a Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual e 22 CIBs – Regionais, constituídas paritariamente por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais. Os gestores municipais estão organizados em Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e vinculados ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Paraná, que atua com 12 apoiadores técnicos para atendimento descentralizado aos gestores municipais.

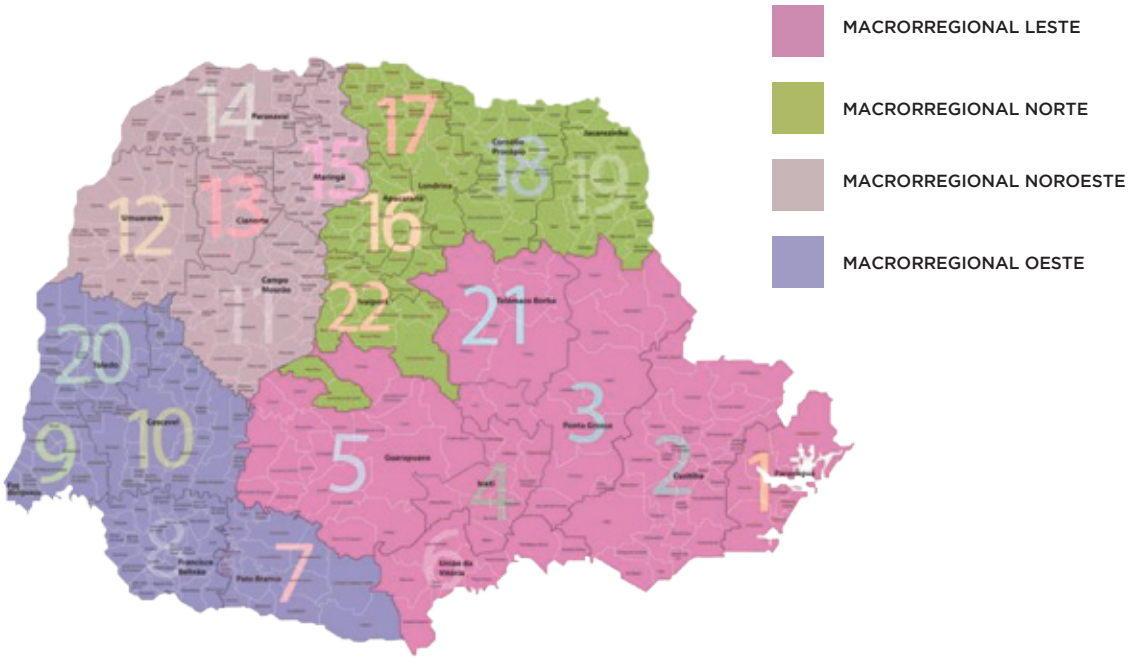
A SESA, uma organização presente em todas as regiões do Estado, aplica sua política de consolidação do SUS e desenvolve ações e serviços por meio de unidades próprias e rede contratada. Para isso, conta com uma estrutura e organização de nível central e descentralizada. Na sede da SESA, em Curitiba, estão em funcionamento estruturas de apoio e assessoria, setoriais, gerenciais; o Fundo Estadual de Saúde; a Ouvidoria Geral; e as Superintendências de Atenção à Saúde (SAS), de Unidades Hospitalares Próprias (SUP), de Gestão do Sistema de Saúde (SGS), de Vigilância em Saúde (SVS) e Administrativa e de Logística (SAD). Estão também sediados na Capital a Escola de Saúde Pública e o Centro Formador de Recursos Humanos.

FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA SESA



A Secretaria está presente de forma descentralizada em 22 Regionais de Saúde (RS) (Mapa 1), cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades polo de região. Nas Regionais, as instâncias administrativas e de serviços mantêm ligação com as respectivas superintendências, centrando suas ações em três grandes eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração. O corpo técnico das Regionais é composto por profissionais das diversas áreas do conhecimento, que atuam com as equipes municipais, dos consórcios intermunicipais de saúde e da rede SUS, no apoio, articulação e desenvolvimento da política de saúde da SESA.

MAPA 1 – REGIONAIS DE SAÚDE E MACRORREGIÕES DE SAÚDE NO PARANÁ



Fonte: SESA-PR.

O processo de regionalização dos serviços de saúde no Paraná foi se desenvolvendo com base na organização política municipal, na oferta de serviços de saúde e nos polos regionais de desenvolvimento. A partir de 2013, com a organização das Redes de Atenção à Saúde, ocorreu a conformação das quatro macrorregionais: Leste, Oeste, Norte e Noroeste; constituídas a partir das referências dos serviços de média e alta complexidade existentes nas regiões de saúde e dos polos regionais de desenvolvimento econômico. No Plano Diretor de Regionalização (PDR), disponível na página da SESA na internet[1], estão estabelecidas as referências por região de saúde dos serviços de alta complexidade e os hospitais de referência estadual, além da relação de Consórcios Intermunicipais de Saúde e da relação dos serviços de Hemoterapia e Hematologia do Paraná.

A rede de serviços próprios da SESA também conta com unidades hospitalares, ambulatoriais e de suporte diagnóstico e terapêutico. Atualmente, a **rede de hospitais próprios** conta com 20 unidades: 10 (dez) hospitais gerais; 6 (seis) hospitais especializados – tisiologia, hanseníase, infectologia, pediatria, psiquiatria e reabilitação; e 4 (quatro) hospitais universitários vinculados à SETI. Há mais um hospital em fase inicial de construção, o Hospital Regional de Guarapuava. Quanto ao perfil de atendimento e à distribuição geográfica, os hospitais têm abrangência definida em atendimento local, regional ou estadual dentre as 22 Regionais de Saúde do Estado, complementando a rede assistencial credenciada e contribuindo estrategicamente como ponto de atenção das redes prioritárias da SESA (Quadro 1).

1 <www.saude.pr.gov.br/CIB>

QUADRO 1 – UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS DA SESA CONFORME ESPECIALIDADE E LOCALIZAÇÃO, PARANÁ – MARÇO 2016

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	MUNICÍPIO	REGIONAL
1. Hospital Regional do Litoral	Geral	Paranaguá	1 RS – Paranaguá
2. Hospital Reg. Lucy Requião de Mello e Silva	Geral	Guaraqueçaba	1 RS – Paranaguá
3. Hospital de Dermatologia Sanitária do PR	Hanseníase	Piraquara	2 RS – Curitiba
4. Hospital Regional da Lapa São Sebastião	Tisiologia	Lapa	2 RS – Curitiba
5. Hospital Oswaldo Cruz	Infectologia	Curitiba	2 RS – Curitiba
6. Hospital Colônia Adauto Botelho	Psiquiatria	Pinhais	2 RS – Curitiba
7. Hospital do Trabalhador	Geral	Curitiba	2 RS – Curitiba
8. Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier	Reabilitação	Curitiba	2 RS – Curitiba
9. Hospital Infantil Waldemar Monestier	Infantil	Campo Largo	2 RS – Curitiba
10. Hospital Reg. do Sudoeste Walter Alberto Pecoits	Geral	Fco. Beltrão	8 RS – Fco. Beltrão
11. Hospital Regional do Noroeste	Geral	Paranavaí	14 RS – Paranavaí
12. Hospital Eulalino Ignácio de Andrade HZS	Geral	Londrina	17 RS – Londrina
13. Hospital Anísio Figueiredo HZN	Geral	Londrina	17 RS – Londrina
14. Hospital Regional do Norte Pioneiro	Geral	S. Ant. da Platina	19 RS – Jacarezinho
15. Hospital Luiza Borba Carneiro	Geral	Tibagi	21 RS – Tel. Borba
16. Hospital Regional de Telêmaco Borba	Geral	Telêmaco Borba	21 RS – Tel. Borba
17. Hospital Univ. Reg. dos Campos Gerais	Geral	Ponta Grossa	3 RS -Ponta Grossa
18. Hospital Universitário do Oeste do Paraná	Geral	Cascavel	10 RS – Cascavel
19. Hospital Universitário Regional de Maringá	Geral	Maringá	15 RS – Maringá
20. Hospital Universitário do Norte do Paraná	Geral	Londrina	17 RS – Londrina
21. Hospital Reg. Garapuava (em construção)	Geral	Guarapuava	5 RS – Guarapuava

Fonte: SESA/SUP.

As unidades ambulatoriais e de suporte diagnóstico e terapêutico da SESA, elencadas a seguir, exercem papel importante no Sistema de Saúde do Paraná. Algumas possuem unidades descentralizadas em todas as Regionais de Saúde (RS) e outras em regiões estratégicas. Todas as unidades ambulatoriais fazem atendimento especializado de forma referenciada e com profissionais especialistas em suas áreas.

O **Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal** (CAIF) está localizado na cidade de Curitiba e atua desde 1992 no tratamento das deformidades congênitas de face e/ou crânio (entre elas as fissuras orofaciais – labiopalatina, conhecidas popularmente como lábio leporino ou goela de lobo). É referência para as 22 regionais de saúde do Estado. Promove o tratamento, reabilitação multi-interdisciplinar de aspectos anatômicos e funcionais alterados pela malformação, bem como possibilita a cada paciente o bem-estar emocional e oportunidade de (re)inclusão social.

Para tanto, possui parcerias públicas, privadas e com a sociedade civil para a manutenção dos serviços propostos. Em especial, a partir de 1993, com a Associação de Reabilitação e Promoção Social do Fissurado Labiopalatal (AFISSUR). O CAIF/AFISSUR possui uma Comissão Científica que objetiva fomentar pesquisas na área de anomalias congênitas craniomaxilofaciais (entre as quais, as fissuras orofaciais), promover intercâmbio com instituições nacionais e internacionais, organizar programas de treinamento para profissionais do Brasil e de outros países e promover eventos de cunho acadêmico-científico.

Os atendimentos ambulatoriais, consultas e atendimentos em geral mantêm uma média de 5.000 procedimentos/mês, e em torno de 100 procedimentos cirúrgicos/mês.

O **Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente** (CRAID) foi criado em 1985 em Curitiba e presta atendimento ambulatorial para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos portadores de deficiências e a bebês com risco neurológico. Seu propósito é propiciar o desenvolvimento das potencialidades humanas, com integração psicossocial e melhor qualidade de vida.

O CRAID desenvolve atividades de atendimento médico-odontológico, de atendimento terapêutico a crianças com paralisia cerebral ou outros distúrbios e síndromes neuromotoras não evolutivas; e atendimento a bebês que apresentaram, antes, durante ou após o parto, algum problema que possa ocasionar prejuízo neuromotor. Além disso, possui o Centro de Reeducação Visual, para pessoas com cegueira ou baixa visão, e o Programa "Despertar", que oferece atendimento psiquiátrico, neurológico e psicológico a crianças com autismo.

O **Centro Psiquiátrico Metropolitano** (CPM), constituído em 1973, em Curitiba, presta assistência ambulatorial aos portadores de transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas nas modalidades de: atendimento ambulatorial infanto-juvenil e adulto, centro de atenção psicossocial infantil, farmácia especial, oficina terapêutica, além de atuar como unidade de regulação de leitos psiquiátricos.

O **Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná** (HEMEPAR) possui uma rede de 22 estabelecimentos, com Hemocentro Coordenador localizado na cidade de Curitiba. É o órgão responsável no Estado por fornecer produtos e serviços de hematologia e hemoterapia para a rede assistencial. A rede pública estadual do sangue teve um acréscimo na cobertura de leitos/SUS nos últimos cinco anos, passando de 64,4%, no ano de 2011, para 84%, em 2015. O número de bolsas coletadas também aumentou aproximadamente 19,3% de 2012 a 2015, conforme Tabela 1.

TABELA 1 – PRODUÇÃO DA REDE HEMEPAR, PARANÁ, 2012-2015

ITENS	2012	2013	2014	2015
Número de bolsas coletadas	141.718	144.578	156.883	169.020
Número de bolsas de Concentrado de Hemácias produzidas	128.071	129.432	146.733	120.205*
Número de bolsas de Concentrado de Hemácias descartadas por sorologia	4.789	4.505	4.257	3.671*
Número de bolsas de Concentrado de Hemácias transfundidas	110.544	107.599	111.534	76.252*

Fonte: SESA/SGS/HEMEPAR.
* Dados preliminares, até set. 2015.

Além do Hemocentro Coordenador, há 4 Hemocentros Regionais (Guarapuava, Cascavel, Maringá e Londrina); 8 Hemonúcleos (Ponta Grossa, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Umuarama, Paranavaí e Apucarana); e 9 Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue (Paranaguá, Irati, União da Vitória, Cianorte, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã).

A SESA mantém parceria com outras organizações para a administração de alguns dos estabelecimentos. Os Hemocentros de Maringá e Londrina são administrados pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e Universidade Estadual de Londrina (UEL), respectivamente. Em Foz do Iguaçu, o Hemonúcleo é administrado pela Fundação Itaiguapy; e os Hemonúcleos de Francisco Beltrão, Paranavaí e Pato Branco são administrados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), assim como as Unidades de Coleta e Transfusão de União da Vitória, Cianorte, Toledo e Ivaiporã.

A **Central Estadual de Transplantes** (CET-PR) está em funcionamento desde 1995 e faz a gestão do Sistema Estadual de Transplante do Paraná, responsável por coordenar todas as atividades relacionadas ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos em âmbito estadual, assim como pela elaboração e implantação das Políticas Estaduais de Transplantes. Dentro da estrutura do Sistema Estadual, a CET-PR tem o objetivo de regulamentar a procura, captação e distribuição de órgãos e tecidos, assegurando a justiça em sua distribuição.

A CET/PR tem sede em Curitiba e é constituída por quatro Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), localizadas na Macrorregião Norte, sede em Londrina; Macrorregião Noroeste, sede em Maringá; Macrorregião Oeste, sede em Cascavel; e Macrorregião Leste, sede em Curitiba. Subordinadas à CET-PR/OPO estão as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), que têm como principais atribuições a busca ativa e notificação de potenciais doadores, e o relatório de óbitos das unidades de pacientes críticos. Ainda dentro dessa estrutura organizacional, estão os Centros Transplantadores de Órgãos, cuja função é assegurar acesso aos pacientes no pré e pós-transplante.

Nas Políticas Estaduais de Transplantes estão inseridas as diretrizes de acesso ambulatoriais pré e pós-transplante; protocolos de atendimento emergencial a pacientes com indicação de transplante, diretrizes de credenciamento e habilitação de serviços transplantadores; ênfase ao Selo de Qualidade dos serviços transplantadores, às parcerias e ao Selo "Paraná pela Vida" (destinado ao reconhecimento de pessoa, profissional ou instituição pública ou privada que contribua efetivamente para o aumento de doadores de órgãos e tecidos e/ou atue para promover o desenvolvimento técnico-científico em transplantes).

No período de 2011 a 2015, houve um aumento significativo nos transplantes de órgãos oriundos de doadores falecidos, conforme Tabela 2. O índice passou de 10,7, em 2011 (número de doadores por milhão de população), para 21,7, em 2015.

TABELA 2 – ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS DE DOADORES FALECIDOS, PARANÁ, 2011-2015

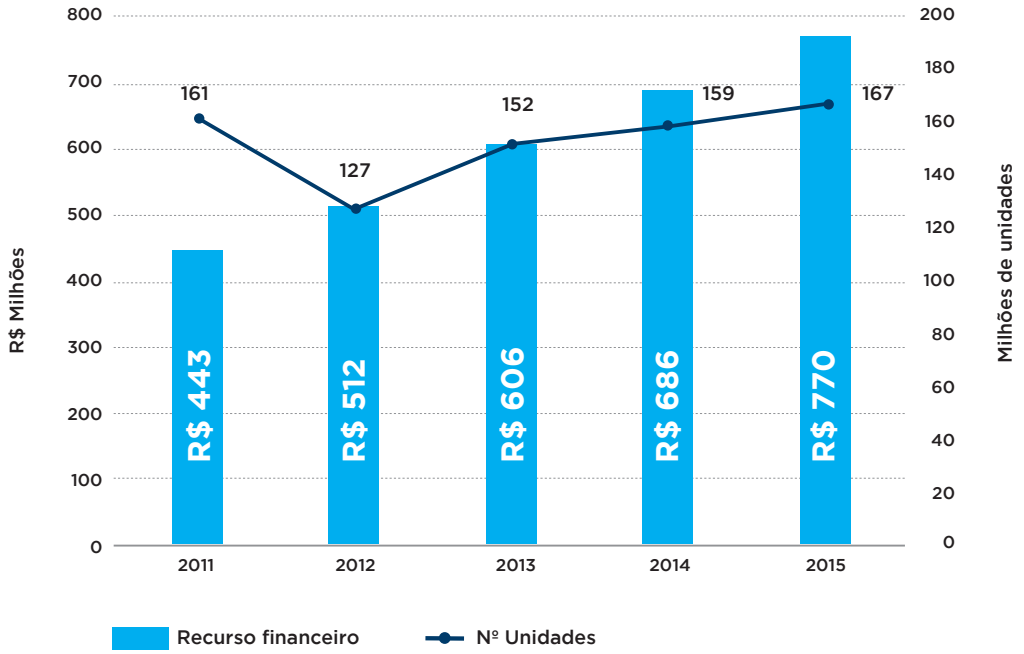
NÚMERO DE ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS	2011	2012	2013	2014	2015
Coração	12	14	14	22	26
Fígado	46	60	74	61	73
Rins	121	177	216	183	208
Pâncreas	4	5	2	1	1
Pâncreas/rim	14	6	15	11	10
Fígado/rim		3	3	2	4
TOTAL	197	265	324	280	322

Fonte: SESA/SGS/CET-PR.

O **Centro de Medicamentos do Paraná** (CEMEPAR), localizado em Curitiba, é a unidade central de operações logísticas do Estado que tem como propósito a promoção do acesso da população a medicamentos, imunobiológicos e insumos oferecidos pelo Ministério da Saúde e pela SESA. A promoção do acesso se dá por meio do planejamento e execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, de forma articulada com as áreas técnicas e superintendências. Seu principal objetivo é definir, coordenar, supervisionar e executar as ações relacionadas aos processos logísticos integrados de programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição desses produtos.

A distribuição dos medicamentos, imunobiológicos e insumos é feita às unidades próprias da SESA, bem como às centrais de abastecimento farmacêutico e farmácias das 22 Regionais de Saúde, conforme ilustrado no Gráfico 1, que relaciona o crescimento do valor financeiro e o número de unidades distribuídas.

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, SOROS, VACINAS E INSUMOS PELO CEMEPAR NO PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/SGS/DEAF.

O **Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos** (CPPI), criado em 1987, é uma unidade da SESA situada na cidade de Piraquara, Região Metropolitana de Curitiba. Seu perfil de atividades é de alta complexidade, com produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde. O CPPI produz soros antivenenos, insumos e antígenos para auxílio diagnóstico.

O Laboratório de Analyses Chimicas e Microscopicas, criado em 1894, deu origem ao atual **Laboratório Central do Estado** (LACEN), localizado no município de São José dos Pinhais, Região Metropolitana de Curitiba. O LACEN executa atividades voltadas à saúde coletiva nas áreas de: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, e atua também como Coordenador da Rede Estadual dos Laboratórios, com ações de cadastramento, supervisão, habilitação e capacitação técnica com foco na qualidade e biossegurança. Participa dos Programas voltados à promoção, prevenção e proteção à saúde elaborados pela SESA, Ministério da Saúde e ANVISA.

Seu parque tecnológico moderno e atualizado possibilita a realização e implantação de metodologias para diagnóstico, testes confirmatórios e de alta complexidade na sua maioria, por meio do diagnóstico molecular. Compõe-se dos Laboratórios de Bacteriologia, Imunologia, Biologia Molecular, Virologia, Parasitologia e Zoonoses, que executam como atividades principais: diagnósticos de doenças de notificação compulsória, vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis e monitoramento de resistência antimicrobiana. É referência para os estados da região sul do Brasil, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul na realização das análises inerentes à Resistência Microbiana.

Na área da Saúde do Trabalhador, propicia exames inerentes ao diagnóstico e monitoramento de doenças em trabalhadores expostos a agentes causadores de intoxicações por metais pesados e inseticidas, especialmente os agentes de endemia.

O Laboratório de Fronteira, localizado no município de Foz do Iguaçu, constitui-se em unidade do LACEN-PR estratégica para o país, pois fortalece as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em área de fronteira, além de colaborar nos acordos internacionais nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços. Há ainda 8 unidades descentralizadas que realizam controle da qualidade da água para consumo humano e rotulagem de alimentos: Pato Branco, Francisco Beltrão, Campo Mourão, Cianorte, Apucarana, Cornélio Procópio, Jacarezinho

e Ivaiporã. Encontram-se em fase de implantação as análises de rotulagem de medicamentos, saneantes, cosméticos e produtos para saúde.

Como estratégia de modernização de gestão da SESA, foi instituída a **Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná** (FUNEAS), por meio da Lei Estadual nº 17.959, de 11 de março de 2014, um organismo da Administração Pública Indireta do Estado vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para fins de supervisão e fiscalização. Tem como finalidade a execução de ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar; o desenvolvimento de pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, medicamentos e insumos; e a realização de educação permanente no âmbito do SUS.

A Fundação Estatal é uma categoria jurídica existente na administração pública desde 1967, definida pelo Decreto-Lei Federal nº 200, com mecanismos legais que permitem maior autonomia e maior resolutividade sobre serviços essenciais e de relevância, como são as ações e serviços de saúde.

A FUNEAS é regulada por Estatuto próprio que mantém no seu funcionamento requisitos sintonizados com o paradigma da gestão pública participativa e democrática, ou seja, com os princípios do SUS, tais como a previsão de um sistema de governança ampliado com participação social e a adoção de mecanismos de gestão por resultados. Dessa forma, rompendo com o tradicional sistema de manutenção do Estado e passando a ser financiada com base na sua capacidade de gerar resultados. Para a sua instituição, foi constituído um Conselho Curador que se reúne periodicamente, com Diretoria composta e apta a celebrar seus primeiros contratos de gestão.

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

1.2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Ambiental do Paraná

As mudanças demográficas que ocorrem na sociedade paranaense, juntamente com as que se processam nas áreas sociais e econômicas, implicam a necessidade de revisão e redirecionamento do planejamento realizado para a área da saúde do Estado. À medida que o padrão etário se modifica e as relações sociais e de trabalho se alteram, diante do avanço econômico e tecnológico, dependendo das condições ambientais, o quadro epidemiológico da população tende a sofrer alteração, requerendo que os serviços de saúde se adaptem a essas transformações.

Nesse contexto, faz-se necessário analisar a dinâmica demográfica e socioeconômica do Paraná, apontar os principais fenômenos em andamento e as perspectivas que se apresentam para que o Estado possa construir e implementar adequadamente a política de saúde para os próximos anos.

A partir do recorte territorial das macrorregiões e regionais de saúde, a análise aponta, primeiramente, a distribuição espacial da população paranaense, o grau de urbanização dos municípios pertencentes a cada uma das regionais, a estrutura etária e as tendências futuras dos quantitativos populacionais. Na sequência, será apresentado o perfil socioeconômico paranaense, abrangendo questões como produção, trabalho, renda, educação, saúde e aspectos relacionados ao meio ambiente. Por último, e sintetizando os aspectos essenciais que emergiram da análise realizada, o documento apresenta algumas considerações para o Plano de Saúde do Paraná, enquanto política que deve se articular a uma ação coordenada de Estado.

POPULAÇÃO

Distribuição espacial e taxa de crescimento

Os resultados do Censo Demográfico de 2010 apontaram um volume de 10,4 milhões de habitantes no Paraná, o que traduz um crescimento anual de 0,89% no decênio 2000-2010, inferior àquele observado na década anterior (1,4% ao ano). Essa taxa é similar à da Região Sul como um todo e inferior à do país (Tabela 3). Em termos proporcionais, a população do Paraná representa 38,1% da população do Sul brasileiro e 5,5% da nacional.

TABELA 3 – POPULAÇÃO RESIDENTE, DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL E TAXA MÉDIA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL, REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2000 E 2010

UNIDADES TERRITORIAIS	POPULAÇÃO				
	2000	%	2010	%	Taxa de Crescimento (% ao ano)
1ª RS – Paranaguá	235.840	2,5	265.392	2,5	1,19
2ª RS – Metropolitana	2.813.237	29,4	3.223.836	30,9	1,37
3ª RS – Ponta Grossa	518.854	5,4	575.463	5,5	1,04
4ª RS – Irati	148.793	1,6	160.962	1,5	0,79
5ª RS – Guarapuava	432.996	4,5	441.070	4,2	0,18
6ª RS – União da Vitória	155.473	1,6	165.299	1,6	0,61
7ª RS – Pato Branco	235.489	2,5	249.793	2,4	0,59
8ª RS – Francisco Beltrão	321.954	3,4	337.703	3,2	0,48
9ª RS – Foz do Iguaçu	379.391	4,0	388.795	3,7	0,25
10ª RS – Cascavel	469.806	4,9	507.385	4,9	0,77
11ª RS – Campo Mourão	346.648	3,6	334.125	3,2	-0,37
12ª RS – Umuarama	257.984	2,7	265.092	2,5	0,27
13ª RS – Cianorte	125.219	1,3	142.433	1,4	1,30
14ª RS – Paranavaí	248.772	2,6	260.544	2,5	0,46
15ª RS – Maringá	632.898	6,6	733.404	7,0	1,48
16ª RS – Apucarana	312.895	3,3	346.972	3,3	1,04
17ª RS – Londrina	786.136	8,2	871.267	8,3	1,03
18ª RS – Cornélio Procópio	234.233	2,4	225.961	2,2	-0,36
19ª RS – Jacarezinho	271.681	2,8	278.111	2,7	0,23
20ª RS – Toledo	322.137	3,4	358.660	3,4	1,08
21ª RS – Telêmaco Borba	159.267	1,7	172.922	1,7	0,83
22ª RS – Ivaiporã	153.755	1,6	139.337	1,3	-0,98
Paraná	9.563.458	100,0	10.444.526	100,0	0,89
Região Sul	25.107.616	-	27.386.891	-	0,87
Brasil	169.799.170	-	190.755.799	-	1,17

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Em uma avaliação desagregada territorialmente, constata-se forte concentração demográfica nas Regionais de Saúde (RS) Metropolitana (Macrorregião Leste), de Londrina (Macrorregião Norte) e de Maringá (Macrorregião Noroeste) que, juntas, abrigam 46,2% dos residentes do Estado. É importante observar que nessas regionais se encontram localizadas as três principais Regiões Metropolitanas paranaenses – Curitiba, Londrina e Maringá. Se a essas três RS forem adicionadas as regionais de Ponta Grossa, também na Macrorregião Leste, e de Cascavel (Macrorregião Oeste), ambas com mais de 500 mil habitantes, o percentual de concentração populacional no Estado eleva-se para 56,6%.

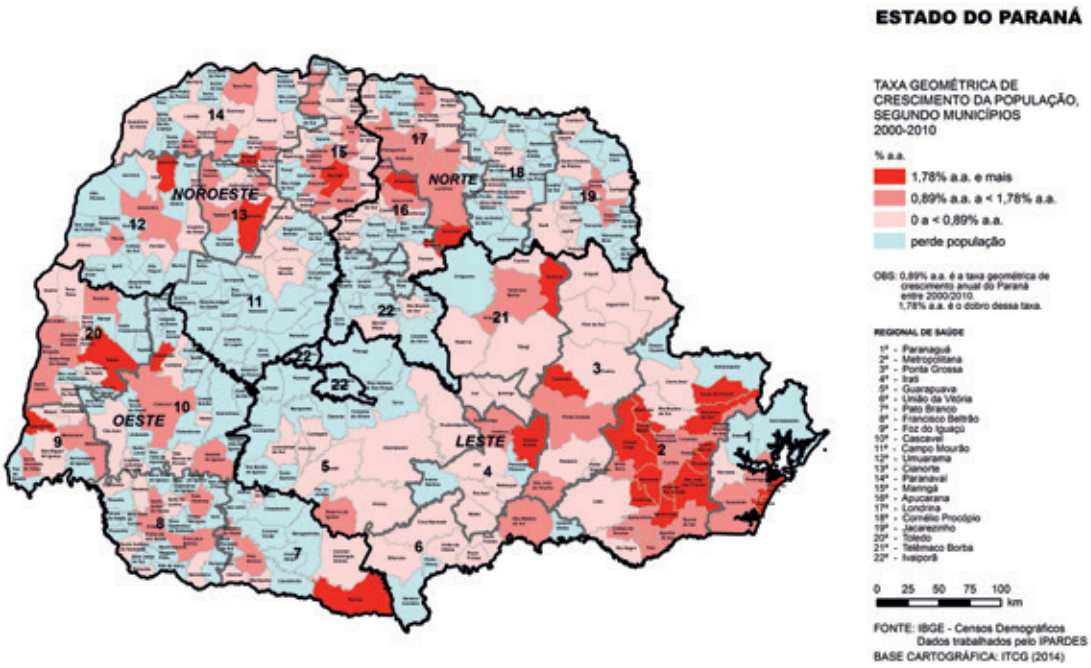
Dos 18 municípios com mais de 100 mil habitantes em 2010, 11 fazem parte dessas cinco RS mais populosas.[1] Os demais constituem polos importantes de suas RS, com destaque para Foz do Iguaçu, Guarapuava e Toledo.[2]

Em contraposição, as RS menos populosas são as de Ivaiporã (Macrorregião Norte), Cianorte (Macrorregião Noroeste), Irati, União da Vitória e Telêmaco Borba (que pertencem à Macrorregião Leste), todas com menos de 200 mil habitantes, peso individual inferior a 1,7% no total do Estado e agregando, no conjunto, 7,5% da população estadual. No entanto, apresentam municípios-polo relativamente dinâmicos, como Cianorte e Telêmaco Borba.

1 São eles: Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Colombo, Araucária, Pinhais, Campo Largo e Almirante Tamandaré.
2 Os demais municípios são: Foz do Iguaçu, Guarapuava, Paranaguá, Apucarana, Toledo, Arapongas e Umuarama.

Com relação às taxas de crescimento populacional, tem-se que oito RS apresentaram ritmos de incremento superiores à média estadual (0,89% a.a.) no intervalo entre 2000 e 2010: Maringá e Cianorte (Macrorregião Noroeste); Londrina e Apucarana (Macrorregião Norte); Toledo (Macrorregião Oeste); e Metropolitana, Paranaguá, Ponta Grossa (Macrorregião Leste). Entre os 28 municípios do Estado que se destacaram por crescer acima do dobro da taxa média estadual (1,78% a.a.), 21 localizam-se nessas oito RS, sendo 12 na RS Metropolitana (Mapa 2).

MAPA 2 – TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2000-2010



Por outro lado, as RS de Ivaiporã e Cornélio Procópio (Macrorregião Norte) e Campo Mourão (Macrorregião Noroeste) foram as únicas entre as 22 regionais que apresentaram taxas negativas de crescimento no período (-0,98%, -0,36% e -0,37% ao ano, respectivamente). Não por acaso, 43% dos 58 municípios paranaenses que decresceram a taxas superiores a -1% ao ano entre 2000 e 2010 pertencem a essas três RS.

Ainda em nível municipal, as principais referências de ritmo acentuado de crescimento demográfico no período são Tunas do Paraná, na RS Metropolitana, com taxa de 5,7% ao ano, e Pontal do Paraná, na RS de Paranaguá, crescendo a 3,9% ao ano. Os destaques de perdas absolutas de população são os municípios de Altamira do Paraná e Nova Cantu, ambos integrantes da RS de Campo Mourão, com taxas negativas de -4,7% a.a. e -2,9% a.a., respectivamente, no primeiro decênio dos anos 2000.

O caso de Foz do Iguaçu merece atenção. Embora tenha registrado um pequeno decréscimo de população entre 2000 e 2010 (cerca de 2.500 habitantes), o município abriga 256 mil residentes, sendo o sétimo mais populoso do Estado. Além disso, exerce forte polaridade na região onde se insere, configurando uma importante aglomeração fronteiriça internacional.

Taxa de urbanização

A taxa de urbanização do Estado, que reflete a proporção da população total que reside em áreas urbanas, alcançou 85,3% em 2010, suplantando os resultados de 1991 e 2000, quando 73,4% e 81,4% dos paranaenses, respectivamente, estavam domiciliados em espaços não rurais (Tabela 4). Apesar de o processo de urbanização abranger todo o país, a evolução estadual foi mais célere do que a da Região Sul e a brasileira, revertendo um quadro de maior proporção de população rural, até a década de 1990, para um grau de urbanização superior ao dessas duas divisões territoriais, em 2010.

TABELA 4 – TAXA DE URBANIZAÇÃO – PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 1991, 2000 E 2010

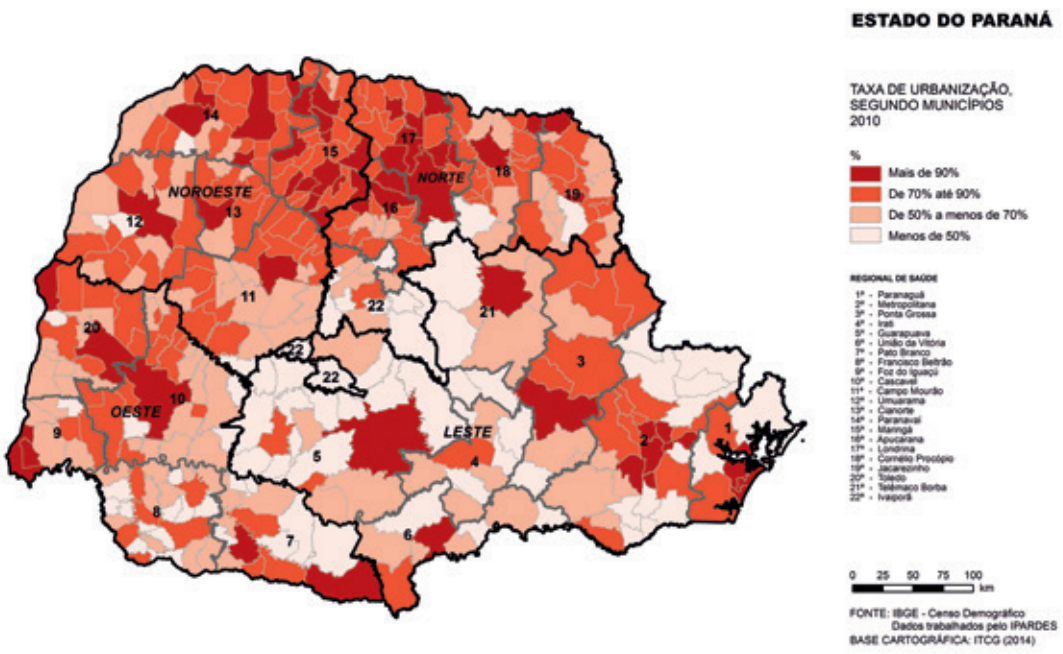
UNIDADES TERRITORIAIS	TAXA (%)		
	1991	2000	2010
Paraná	73,4	81,4	85,3
Região Sul	74,1	80,9	84,9
Brasil	75,6	81,2	84,4

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Em um exame mais detalhado do ponto de vista geográfico, é possível afirmar que, de modo geral, os municípios da área polarizada pela capital paranaense, da porção setentrional e do Oeste do Estado registram taxas de urbanização mais elevadas, sendo menores os percentuais registrados na porção Centro-Sul e no Vale do Ribeira (Mapa 3). Não por coincidência, essas áreas apresentam os piores indicadores de condição social e econômica da população no Estado, sinalizando margem para avanços sociais tanto em seus espaços rurais quanto urbanos.

No agregado das RS, destacam-se as de Maringá, Londrina e Metropolitana, com os níveis de urbanização mais elevados e, em contrapartida, surgem as RS de Ivaiporã (Macro Norte), Irati e Guarapuava (Macro Leste), com os níveis mais baixos. No âmbito dos municípios, dois são 100% urbanizados – Curitiba e Pinhais – e outros quatro têm índices de urbanização superiores a 99% – Matinhos, Foz do Iguaçu, Pontal do Paraná e Sarandi. As maiores proporções de população rural, por sua vez, superiores a 80%, encontram-se na Macrorregião Leste, nos municípios de Antônio Olinto (RS de União da Vitória), Marquinho e Porto Barreiro (RS de Guarapuava) e Tijucas do Sul e Doutor Ulysses (ambos na RS Metropolitana).

MAPA 3 – TAXA DE URBANIZAÇÃO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010



Estrutura etária e razão de sexo

Os resultados do Censo Demográfico de 2010 confirmaram a continuidade do processo de envelhecimento da população, tanto na esfera regional quanto na nacional. O principal fator atuando na raiz desse processo relaciona-se ao intenso declínio da fecundidade, que vem ocorrendo desde meados da década de 1960 em todas as regiões do país, em todos os segmentos sociais, com repercussões substanciais sobre a pirâmide etária das distintas populações no sentido de uma

redução acelerada dos segmentos etários infantojuvenis, em oposição a um aumento expressivo da população adulta e, principalmente, da idosa.

Apenas nos dois decênios de 1990 e 2000, a taxa de fecundidade total da população paranaense, que exprime o número médio de filhos que uma mulher teria no fim de sua idade reprodutiva, reduziu em praticamente 30%, declinando de 2,6, em 1991, para cerca de 1,9 filho por mulher, em 2010 (Tabela 5). As quedas para o Brasil e Santa Catarina foram ainda mais elevadas, em torno de 34%. Em 2010, a taxa estimada para o Paraná situa-se um pouco acima dos níveis estimados para Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e praticamente no mesmo patamar da média nacional.

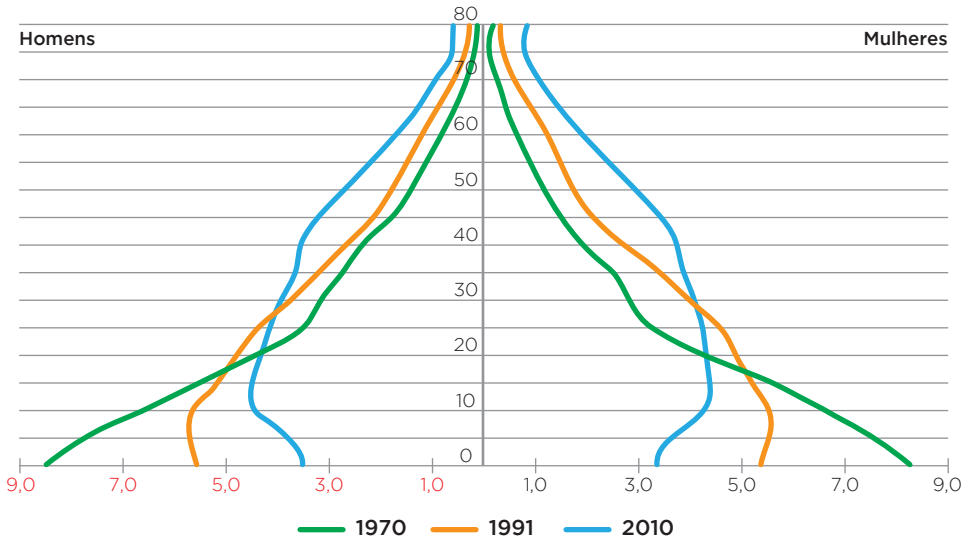
TABELA 5 – TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT), PARANÁ, SANTA CATARINA, RIO GRANDE DO SUL E BRASIL – 1991, 2000 E 2010

NÍVEL TERRITORIAL	TFT		
	1991	2000	2010
Paraná	2,62	2,30	1,86
Santa Catarina	2,58	2,23	1,71
Rio Grande do Sul	2,38	2,16	1,76
Brasil	2,88	2,37	1,89

Fonte: PNUD, Atlas 2013.

Os expressivos efeitos da intensa e acelerada queda da fecundidade na população do Paraná ficam patentes na comparação entre as pirâmides etárias de 1970, 1991 e 2010 (Gráfico 2). De um perfil com elevada proporção de crianças e jovens, a população paranaense passou a apresentar crescente participação dos grupos idosos em sua composição etária. Em 1970, a pirâmide tinha um formato bastante triangular, representativo de uma população jovem, com elevados níveis de fecundidade e mortalidade. A de 1991 já evidencia um estreitamento da base e aumento do peso da população acima de 20 anos de idade, mas ainda expressa claramente formato triangular. Em 2010, por sua vez, a estrutura etária paranaense já aponta formato de vaso, característico de populações em franco processo de envelhecimento, com forte redução da base, significativa concentração populacional nos estratos em idade ativa e visível alargamento da cúspide, em particular no caso feminino, em decorrência da conhecida sobremortalidade masculina nos segmentos etários idosos.

GRÁFICO 2 – PIRÂMIDES ETÁRIAS, PARANÁ – 1970, 1991 E 2010



Fonte: IBGE – Censos Demográficos.

No âmbito intraestadual, observam-se similaridades e heterogeneidades nas estruturas etárias regionais. Considerando grandes grupos de idade e comparando 2000 e 2010, tem-se que todas as RS reduzem seus contingentes de crianças e jovens abaixo de 15 anos e apresentam incrementos substanciais de população em idade ativa (15 a 59 anos) e de idosos (Tabela 6). A única exceção ocorre na RS de Ivaiporã, na qual se observa um ligeiro declínio no segmento de pessoas em idade ativa entre 2000 e 2010, de 91.819 para 87.301 habitantes.

Em 2000, a metade das regionais paranaenses registrava proporções de crianças e jovens superiores a 30% e, em 2010, nenhuma alcançava esse percentual. Por outro lado, em 2000, em apenas 6 das 22 RS, o percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade superava 10%. Dez anos depois, a grande maioria enquadrava-se nesse caso, excetuando-se as regionais Metropolitana e Foz do Iguaçu, com proporções de 9,8% e 9,1%, respectivamente.

TABELA 6 – POPULAÇÃO E TAXA MÉDIA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL SEGUNDO GRANDES GRUPOS DE IDADE, REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, REGIÃO SUL E BRASIL – 2000 E 2010

UNIDADES TERRITORIAIS	POPULAÇÃO								
	0 a 14 anos			15 a 59 anos			60 anos e +		
	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)
1ª RS - Paranaguá	74.399	68.213	-0,86	143.043	168.457	1,65	18.398	28.721	4,55
2ª RS - Metropolitana	782.714	730.956	-0,68	1.823.374	2.176.727	1,79	207.149	316.152	4,32
3ª RS - Ponta Grossa	159.074	147.888	-0,73	317.766	369.726	1,53	42.014	57.849	3,25
4ª RS - Irati	45.596	39.864	-1,33	89.960	103.627	1,42	13.237	17.471	2,81
5ª RS - Guarapuava	143.810	117.514	-2,00	258.176	279.311	0,79	31.010	44.245	3,62
6ª RS - União da Vitória	48.725	42.510	-1,36	93.464	105.045	1,17	13.284	17.744	2,94
7ª RS - Pato Branco	73.815	62.118	-1,71	142.742	160.559	1,18	18.932	27.116	3,66
8ª RS - Francisco Beltrão	96.538	77.211	-2,21	196.475	219.415	1,11	28.941	41.077	3,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	120.050	95.389	-2,27	238.115	257.939	0,80	21.226	35.467	5,27
10ª RS - Cascavel	141.864	118.034	-1,82	292.455	335.547	1,38	35.487	53.804	4,25
11ª RS - Campo Mourão	100.469	74.347	-2,97	212.671	216.453	0,18	33.508	43.325	2,60
12ª RS - Umuarama	68.849	54.940	-2,23	159.880	172.077	0,74	29.255	38.075	2,67
13ª RS - Cianorte	34.299	30.668	-1,11	78.158	94.472	1,91	12.762	17.293	3,08
14ª RS - Paranavaí	69.794	57.432	-1,93	152.724	168.643	1,00	26.254	34.469	2,76
15ª RS - Maringá	165.042	147.373	-1,13	409.471	495.462	1,92	58.385	90.569	4,49
16ª RS - Apucarana	84.778	74.750	-1,25	197.341	228.215	1,46	30.776	44.007	3,64
17ª RS - Londrina	209.603	184.656	-1,26	501.549	575.146	1,38	74.984	111.465	4,04
18ª RS - Cornélio Procópio	65.827	48.900	-2,93	143.280	144.142	0,06	25.126	32.919	2,74
19ª RS - Jacarezinho	76.536	63.089	-1,91	165.726	177.586	0,69	29.419	37.436	2,44
20ª RS - Toledo	88.632	77.231	-1,37	203.649	236.989	1,53	29.856	44.440	4,06
21ª RS - Telêmaco Borba	50.441	46.037	-0,91	95.059	108.193	1,30	13.767	18.691	3,10
22ª RS - Ivaiporã	46.275	32.219	-3,56	91.819	87.301	-0,50	15.661	19.817	2,38
Paraná	2.747.130	2.391.339	-1,38	6.006.897	6.881.034	1,37	809.431	1.172.154	3,77
Região Sul	6.911.340	5.983.317	-1,43	15.890.928	18.116.109	1,32	2.100.499	3.287.465	4,58
Brasil	50.266.122	45.932.294	-0,90	104.997.019	124.232.908	1,70	14.536.029	20.590.597	3,54

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Esses processos, no entanto, se desenvolvem em ritmos desiguais. Algumas RS, como Ivaiporã e Campo Mourão, evidenciam taxas elevadas de decréscimo de crianças e jovens na última década, no patamar de -3% ao ano. Outras, como a Metropolitana, Ponta Grossa, Paranaguá e Telêmaco Borba, expressam declínios inferiores a -1% ao ano. Paralelamente, observam-se diferenciais importantes de crescimento de população em idade ativa entre as RS. De modo geral, constata-se

que as mais dinâmicas e urbanizadas do Estado registram taxas mais elevadas de crescimento de população em idade ativa, com destaque para as de Maringá, Cianorte e Metropolitana. Por outro lado, Campo Mourão e Cornélio Procópio têm taxas positivas, porém próximas de zero, e Ivaiporã registra a única taxa de decréscimo desse segmento etário (-0,5% ao ano).

Com relação ao ritmo de crescimento dos idosos, a regional de Foz do Iguaçu se sobressai com uma taxa de incremento de 5,3% ao ano, e as de Paranaguá, Maringá, Metropolitana, Cascavel, Toledo e Londrina evidenciam taxas no patamar dos 4% ao ano. As menores taxas de crescimento de população idosa são observadas nas RS de Ivaiporã e Jacarezinho, na Macrorregião Norte (em torno de 2,4% a.a.), mas ainda assim representam um crescimento expressivo desse segmento populacional.

A questão do envelhecimento demográfico pode ser visualizada também por meio do índice de idosos. Esse índice relaciona os contingentes populacionais de idosos (computados, neste trabalho, com mais de 60 anos de idade) e os de crianças e jovens (abaixo de 15 anos). Relacionar esses dois segmentos extremos da pirâmide etária, que configuram perfis de demandas sociais e econômicas tão díspares, permite uma medida mais refinada de comparabilidade quanto às diferenças de níveis de envelhecimento etário observadas entre os municípios do Estado.

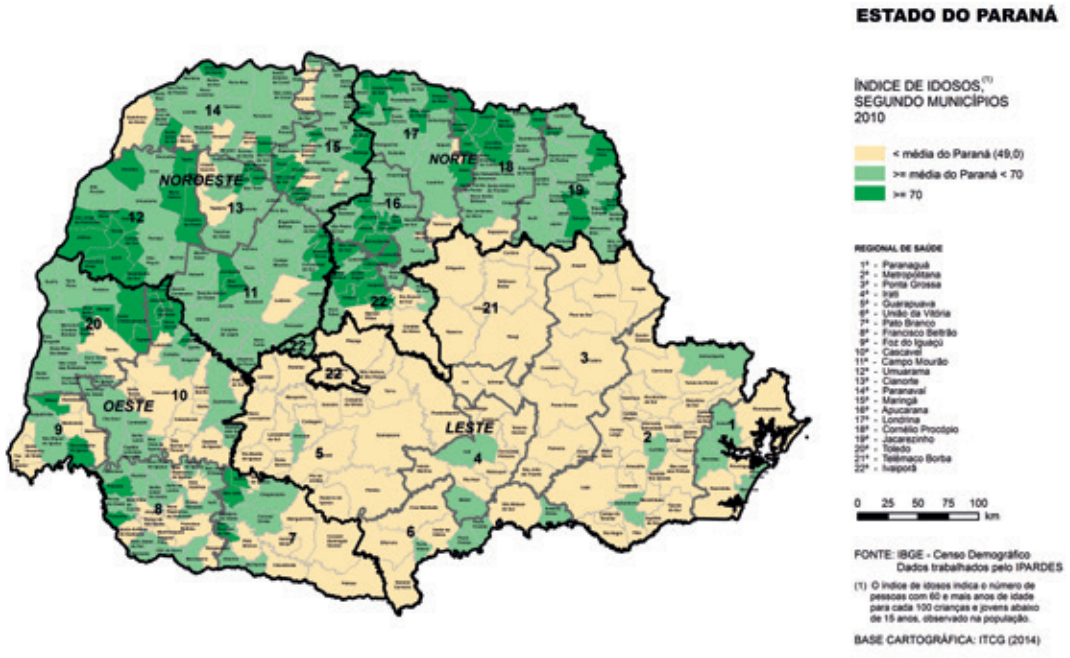
Em uma visão de conjunto, constatam-se diferenças regionais expressivas no Paraná (Mapa 4). Pode-se afirmar que as porções setentrional e oeste do Estado evidenciam populações relativamente mais envelhecidas, em comparação com as áreas centro-sul e leste.

As RS de Umuarama (Macro Noroeste) e Cornélio Procópio (Macro Norte) exibem proporções próximas a 70 idosos para cada 100 crianças e jovens, ao passo que as RS de Foz do Iguaçu (Macro Oeste) e Guarapuava (Macro Leste) apresentam os índices de idosos mais baixos, em torno de 37. Embora a regional de Foz do Iguaçu demonstre um perfil etário relativamente rejuvenescido em comparação às demais, sua população idosa cresce no ritmo mais elevado entre as regionais de saúde do Estado (5,3% ao ano).

Parcela relevante dos municípios paranaenses (83) mostra índices superiores a 70 idosos em relação a 100 crianças, sobressaindo-se Floraí, Kaloré, Esperança Nova e Formosa do Oeste, todos com índices superiores a 100. Em contrapartida, 131 municípios revelam níveis inferiores à média do Estado (49), em especial Tunas do Paraná, Reserva do Iguaçu e Fazenda Rio Grande, com os índices mais baixos do Estado (em torno de 20).

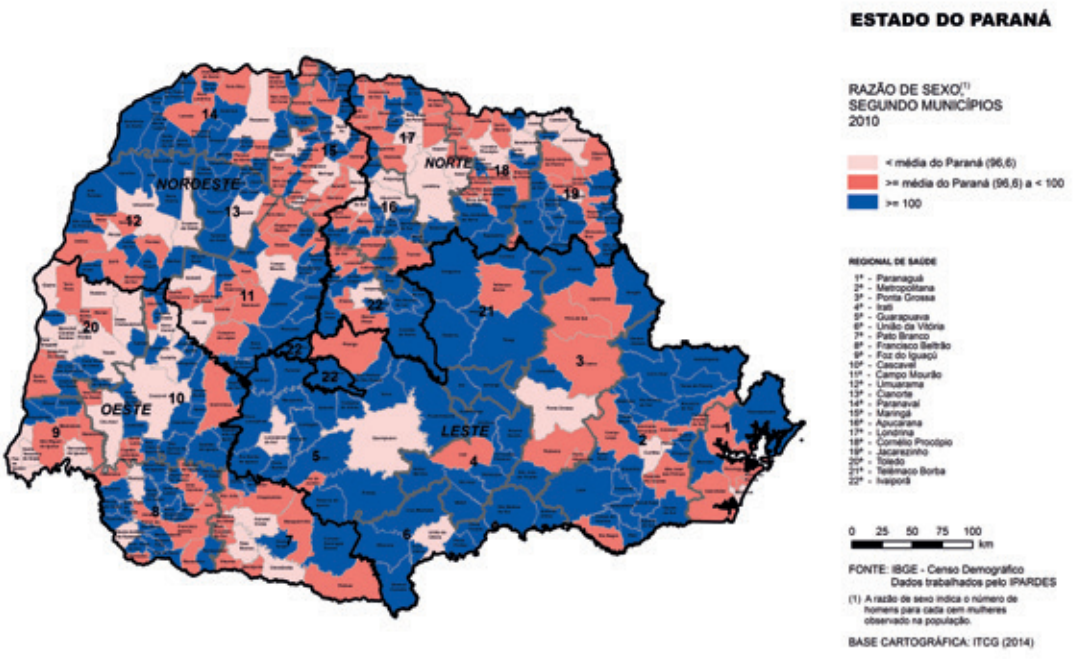
Além das mudanças no perfil etário da população paranaense, também a composição por sexo vem sofrendo alterações ao longo das últimas décadas. Mais especificamente a partir de 1970, a população do Paraná passou de um contexto de preponderância masculina, com o contingente de homens superando em 5,2% o número de mulheres, para um quadro de predomínio feminino, com o total de homens representando 96,6% do conjunto de mulheres, em 2010.

MAPA 4 – ÍNDICE DE IDOSOS, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010



Entretanto, sob o prisma espacial ressaltam diferenciais entre os sexos. Adotando-se o indicador razão de sexo, que resulta do quociente entre o número de homens e o quantitativo de mulheres, observa-se que o predomínio masculino ainda ocorre em um número substantivo de municípios, em particular nas áreas mais rurais do Estado (Mapa 5). Em 2010, 214 municípios apresentavam populações com um número maior de homens do que de mulheres e, destes, 9 se sobressaíam com índices de razão de sexo superiores a 110 homens para cada 100 mulheres.[1]

MAPA 5 – RAZÃO DE SEXO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010



O município de Curitiba, por seu turno, detinha o mais baixo índice do Estado, abrigando um número de 91 homens para cada 100 mulheres residentes. Na sequência, sobressaíam-se 22 municípios com razões de sexo abaixo de 95, destacando-se, entre eles, municípios populosos como Londrina, Maringá e Ponta Grossa.

Tendências futuras da população

A projeção da população do Paraná realizada e disponibilizada recentemente pelo IPARDES (IPARDES, 2015) aponta 11,5 milhões de habitantes para o Estado, em 2020, e 12 milhões, em 2030. Com isso, a taxa anual de crescimento para o decênio 2010-2020 alcança 0,74% ao ano e, no decênio seguinte, 0,43% a.a. Essa tendência de decréscimo no ritmo de incremento demográfico do Paraná vem ocorrendo desde o início dos anos 2000 e reflete, em grande medida, a redução da fecundidade e, em segundo plano, um saldo migratório negativo nas trocas interestaduais, ainda que em patamares bem próximos de zero.

Os resultados da projeção ordenados segundo as regionais de saúde demonstram que permanece a tendência à concentração da população em determinados espaços, fortalecendo áreas anteriormente adensadas. As RS Metropolitana, de Londrina e de Maringá, que em 2010 já abrigavam 46,2% dos residentes do Estado, devem concentrar cerca de 50%, em 2030 (Tabela 7). Adicionando-se a estas as duas outras regionais mais populosas, Ponta Grossa e Cascavel, esse percentual deverá alcançar 60%. De modo geral, projeções sinalizam para um tempo futuro as tendências já observadas no passado recente e no presente. Ainda que intervenções de diversas ordens ao longo dos anos possam atuar no sentido de estimular fatores que provocam desconcentração (geração maior de emprego em áreas menos populosas, incentivo a atividades

1 São eles: Manfrinópolis, Mato Rico, Guaraqueçaba, São João do Triunfo, Paulo Frontin, Novo Itacolomi, Antônio Olinto, Marquinho e Campina do Simão.

agrícolas dinâmicas em regiões tradicionais, entre outros), mesmo assim a característica concentradora do padrão atual de localização espacial da população paranaense deve permanecer.

Adicionalmente, todas as regionais de saúde evidenciam decréscimo no ritmo de crescimento demográfico, havendo algumas, como Guarapuava, Foz do Iguaçu, Umuarama e Jacarezinho, que invertem o sinal de suas taxas, de positivas, entre 2000-2010, para negativas, entre 2020-2030. As regionais que no decênio 2000-2010 já vinham registrando taxas negativas (Ivaiporã, Campo Mourão e Cornélio Procópio) devem acentuar suas perdas populacionais.

TABELA 7 – POPULAÇÃO RESIDENTE PROJETADA E TAXA MÉDIA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL, REGIONAIS DE SAÚDE E PARANÁ – 2020 E 2030

REGIONAL DE SAÚDE (RS)	POPULAÇÃO PROJETADA				
	2020	%	2030	%	Taxa de Crescimento (% ao ano)
1ª RS – Paranaguá	301.531	2,6	323.159	2,7	0,70
2ª RS – Metropolitana	3.711.873	32,2	4.016.641	33,3	0,79
3ª RS – Ponta Grossa	642.376	5,6	675.126	5,6	0,50
4ª RS – Irati	175.807	1,5	181.238	1,5	0,30
5ª RS – Guarapuava	455.405	3,9	445.243	3,7	-0,23
6ª RS – União da Vitória	177.387	1,5	179.638	1,5	0,13
7ª RS – Pato Branco	269.007	2,3	274.636	2,3	0,21
8ª RS – Francisco Beltrão	359.137	3,1	361.700	3,0	0,07
9ª RS – Foz do Iguaçu	402.696	3,5	393.966	3,3	-0,22
10ª RS – Cascavel	555.930	4,8	576.906	4,8	0,37
11ª RS – Campo Mourão	328.283	2,8	306.616	2,5	-0,68
12ª RS – Umuarama	276.446	2,4	273.282	2,3	-0,12
13ª RS – Cianorte	162.988	1,4	175.447	1,5	0,74
14ª RS – Paranavaí	276.203	2,4	276.935	2,3	0,03
15ª RS – Maringá	853.377	7,4	932.469	7,7	0,89
16ª RS – Apucarana	388.890	3,4	411.505	3,4	0,57
17ª RS – Londrina	972.457	8,4	1.022.382	8,5	0,50
18ª RS – Cornélio Procópio	220.191	1,9	202.377	1,7	-0,84
19ª RS – Jacarezinho	288.091	2,5	282.187	2,3	-0,21
20ª RS – Toledo	402.642	3,5	426.055	3,5	0,57
21ª RS – Telêmaco Borba	189.708	1,6	196.550	1,6	0,35
22ª RS – Ivaiporã	128.093	1,1	111.433	0,9	-1,38
PARANÁ	11.538.518	100,0	12.045.491	100,0	0,43

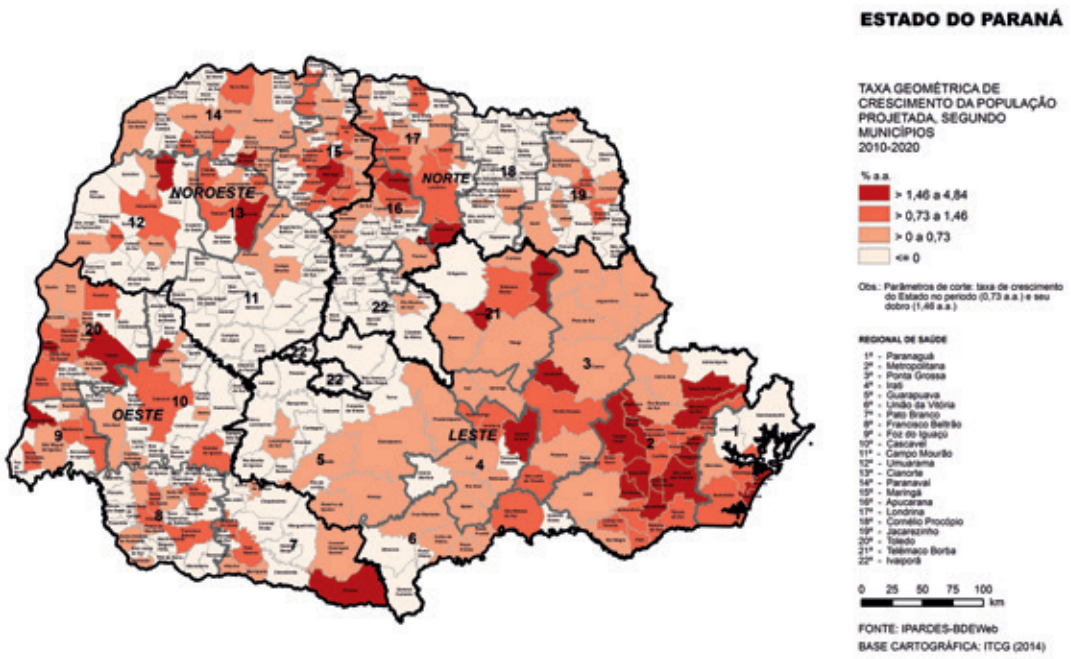
Fonte: IPARDES/BDEWeb.

Esses resultados decorrem das previsões para os municípios. Está em perspectiva um expressivo aumento das áreas que deverão mostrar decréscimos populacionais ano a ano. No decênio 2000-2010, 155 municípios apresentaram taxas negativas de crescimento demográfico e, para 2020-2030, a expectativa é que esse número seja da ordem de 240 municípios. Por outro lado, cresce o número de municipalidades com tendência a experimentar ritmos de incremento populacional superior ao dobro da taxa média estadual: de 25, na década 2000-2010, para 43, entre 2020 e 2030 (Mapas 6 e 7).

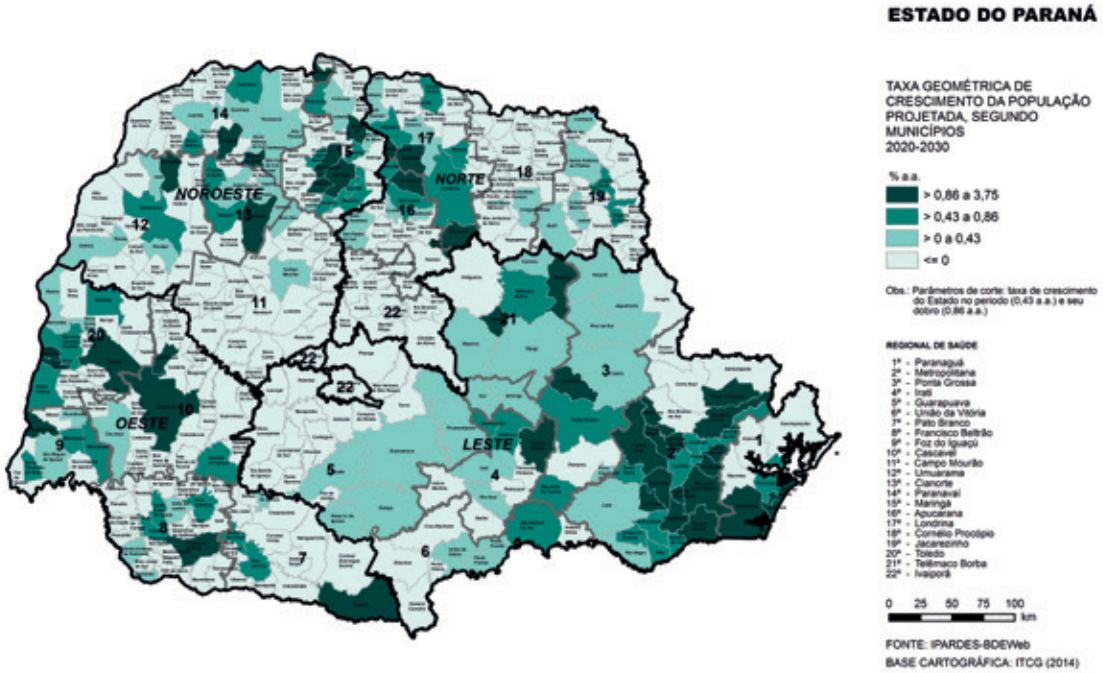
A tendência de concentração é de duas ordens. Em primeiro lugar, observa-se um reforço do quadro de concentração da população nos municípios de maior tamanho. Se, em 2000, o Paraná contava com 12 municípios com mais de 100 mil habitantes, a perspectiva é que em 2030 haja 23

municípios desse porte.[2] Em segundo lugar, permanece o movimento de aglomeração da população em áreas já adensadas, fortalecendo a conformação de grandes aglomerados urbanos. Dos 23 municípios na faixa de 100 mil ou mais habitantes em 2030, 9 fazem parte da Região Metropolitana de Curitiba, 4 integram a Região Metropolitana de Londrina, 2 a de Maringá e 3 municípios compõem a aglomeração no Oeste paranaense polarizada por Cascavel/Toledo e Foz do Iguaçu.

MAPA 6 – TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO PROJETADA, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010-2020



MAPA 7 – TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO PROJETADA, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2020-2030



2 São eles: Curitiba, São José dos Pinhais, Colombo, Araucária, Campo Largo, Pinhais, Piraquara, Almirante Tamandaré, Fazenda Rio Grande, Ponta Grossa, Guarapuava e Paranaguá, todos na Macrorregião de Saúde Leste; Londrina, Apucarana, Arapongas e Cambé, na Macrorregião Norte; Maringá, Sarandi e Umuarama, na Macrorregião Noroeste; e Cascavel, Foz do Iguaçu, Toledo e Francisco Beltrão, na Macrorregião Oeste.

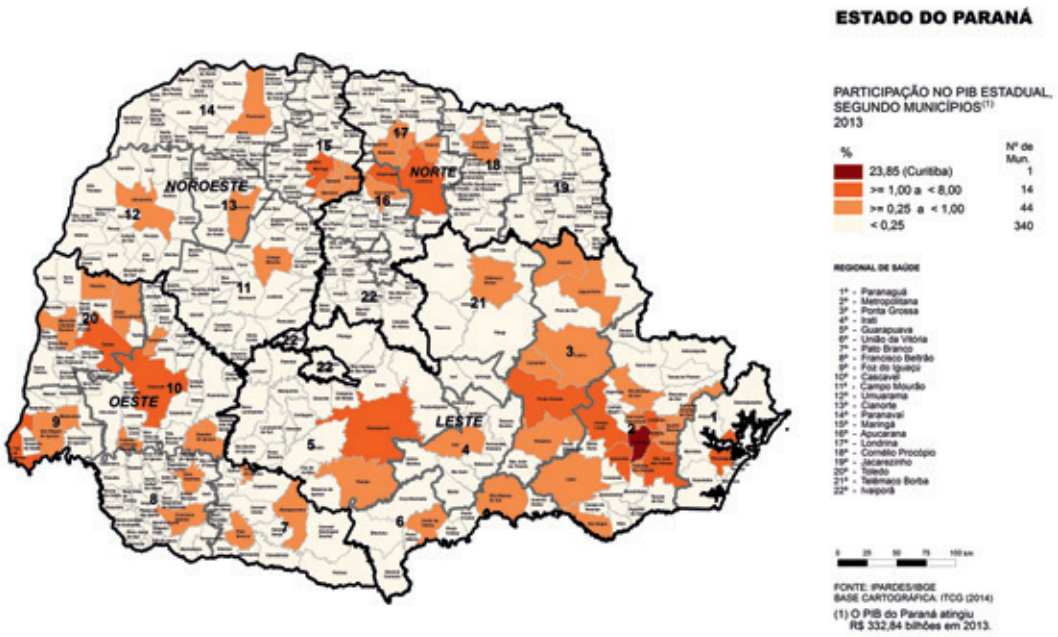
As principais áreas de esvaziamento continuam sendo as porções do território localizadas no Norte Pioneiro, na ampla região centro-sul e no Vale do Ribeira. De modo geral, os municípios que ainda apresentam proporções mais elevadas de população rural tendem a manter perdas nos próximos períodos, embora diversos municípios já venham perdendo população urbana há vários anos.

Produto Interno Bruto estadual

O Produto Interno Bruto (PIB) do Paraná foi, em 2013, de R$ 332,8 bilhões, posicionando o Estado na 4ª colocação entre as maiores economias do Brasil, representando 6,3% do total de todas as riquezas geradas no país naquele ano.

A Macrorregião Leste é responsável por 55,4% do PIB estadual, em linha com a concentração da população do Estado nesta Macrorregião (Mapa 8). Apenas a Regional de Saúde (RS) Metropolitana é responsável por 41,3% do PIB paranaense. Por outro lado, a RS de Ivaiporã apresenta a menor proporção, com 0,7% de participação no ano de 2013.

MAPA 8 – PARTICIPAÇÃO NO PIB ESTADUAL, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2013



Quando comparadas as participações das macrorregiões no período entre 2010 e 2013, observa-se que a Macrorregião Leste, onde está localizada a Região Metropolitana de Curitiba, perdeu participação, enquanto as demais regiões tiveram crescimento no período (Tabela 8). Isso indica uma desconcentração na geração de riqueza para as demais regiões do Estado, que aumentaram a participação nos três setores da economia – agropecuária, indústria e serviços.

TABELA 8 – VALOR E PARTICIPAÇÃO DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE NO PRODUTO INTERNO BRUTO, PARANÁ – 2010 E 2013

MACRORREGIÃO	PRODUTO INTERNO BRUTO			
	2010		2013	
	PIB (R$ milhões)	Participação (%)	PIB (R$ milhões)	Participação (%)
Leste	131,4	58,3	184,3	55,4
Noroeste	27,4	12,2	44,4	13,3
Norte	30,9	13,7	47,5	14,3
Oeste	35,5	15,8	56,7	17,0
Total	225,2	100,0	332,8	100,0

Fonte: IBGE/IPARDES.

Observando o Valor Adicionado Bruto (VAB), nota-se que, internamente ao Estado, houve oscilação nos três setores econômicos, com a agropecuária e os serviços ampliando representatividade no conjunto da economia, enquanto a indústria apresentou retração em relação ao total do Estado no período (Tabela 9).

TABELA 9 – VALOR E PARTICIPAÇÃO NO VALOR ADICIONADO BRUTO, SEGUNDO SETORES ECONÔMICOS, PARANÁ – 2010 E 2013

SETOR ECONÔMICO	2010		2013	
	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)
Agropecuária	17.801.329,72	9,2	29.926.176,84	10,4
Indústria	54.221.390,98	28,1	75.068.383,36	26,2
Serviços	120.909.595,52	62,7	182.057.530,14	63,4
TOTAL	192.932.316,28	100,0	287.052.090,33	100,0

Fonte: IBGE/IPARDES.

O setor agropecuário ganhou participação no total do VAB do período, ampliando de 9,2%, em 2010, para 10,4%, em 2013. A macrorregião que se destacou com maior crescimento no setor agropecuário foi a Oeste, que aumentou de 27,7%, em 2010, para 29,3%, em 2013. Em contrapartida, a Macrorregião Leste registrou declínio de 33,3%, em 2010, para 31,6%, em 2013, mas continua sendo a macrorregião que gera o maior VAB agropecuário do Paraná. As demais macrorregiões se mantiveram estáveis nesse setor. A RS de Cascavel apresentou o maior VAB da agropecuária em 2013, com 8,3% do total do Estado, superando a RS de Ponta Grossa, que registrou o maior VAB no ano de 2010 (Tabela 10).

TABELA 10 – VALOR E PARTICIPAÇÃO NO VALOR ADICIONADO BRUTO DA AGROPECUÁRIA, SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE COM MAIORES VALORES, PARANÁ – 2010 E 2013

REGIONAL DE SAÚDE	2010			2013		
	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking
10ª RS – Cascavel	1.285.455,47	7,2	3	2.479.514,27	8,3	1
3ª RS – Ponta Grossa	1.452.547,32	8,2	1	2.447.570,58	8,2	2
20ª RS – Toledo	1.264.502,46	7,1	4	2.255.228,48	7,5	3
11ª RS – Campo Mourão	1.061.378,03	6,0	6	2.117.704,32	7,1	4
2ª RS – Metropolitana	1.337.895,68	7,5	2	2.001.314,63	6,7	5
8ª RS – Francisco Beltrão	1.250.895,82	7,0	5	1.895.796,22	6,3	6
5ª RS – Guarapuava	979.985,50	5,5	7	1.787.178,11	6,0	7
15ª RS – Maringá	934.811,03	5,3	8	1.508.382,44	5,0	8
17ª RS – Londrina	840.751,71	4,7	10	1.403.058,61	4,7	9
7ª RS – Pato Branco	673.616,48	3,8	13	1.318.991,93	4,4	10
Outras regionais	6.719.490,23	37,8	-	10.711.437,25	35,8	-
Paraná	17.801.329,72	100,0	-	29.926.176,84	100,0	-

Fonte: IBGE/IPARDES.

O valor adicionado da indústria se concentra na RS Metropolitana, com 43,0% de participação no ano de 2013. Cabe ressaltar que essa regional perdeu participação entre 2010 e 2013, indicando uma desconcentração da indústria paranaense, que se distribuiu para as demais regionais (Tabela 11).

TABELA 11 – VALOR E PARTICIPAÇÃO NO VALOR ADICIONADO BRUTO INDUSTRIAL, SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE COM MAIORES VALORES, PARANÁ – 2010 E 2013

REGIONAL DE SAÚDE	2010			2013		
	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking
2ª RS – Metropolitana	25.446.922,32	46,9	1	32.263.056,99	43,0	1
9ª RS – Foz do Iguaçu	3.864.058,33	7,1	2	5.820.811,90	7,8	2
17ª RS – Londrina	3.332.124,76	6,2	3	4.870.971,04	6,5	3
3ª RS – Ponta Grossa	3.305.515,60	6,1	4	4.770.327,53	6,4	4
15ª RS – Maringá	2.486.229,25	4,6	5	3.867.389,80	5,2	5
10ª RS – Cascavel	2.380.997,92	4,4	6	3.406.066,47	4,5	6
7ª RS – Pato Branco	1.964.344,24	3,6	7	2.573.223,12	3,4	7
16ª RS – Apucarana	1.722.031,49	3,2	8	2.503.459,63	3,3	8
20ª RS – Toledo	1.296.984,38	2,4	10	2.009.383,36	2,7	9
1ª RS – Paranaguá	1.295.055,95	2,4	11	1.899.923,77	2,5	10
Outras regionais	7.127.126,77	13,1	-	11.083.769,75	14,8	-
Paraná	54.221.390,99	100,0	-	75.068.383,36	100,0	-

Fonte: IBGE/IPARDES.

Os serviços, responsáveis por 63,4% do valor adicionado bruto em 2013, são o setor mais representativo na geração de valor no Estado. Assim como no setor industrial, nos serviços, a RS Metropolitana também perdeu participação entre 2010 e 2013, no entanto, ainda concentra 41,7% do VAB do Estado em 2013 (Tabela 12). Na segunda e terceira posições, estão as RS de Londrina (9,1%) e de Maringá (7,4%), respectivamente.

TABELA 12 – VALOR E PARTICIPAÇÃO NO VALOR ADICIONADO BRUTO DO SETOR SERVIÇOS, SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE COM MAIORES VALORES, PARANÁ – 2010 E 2013

REGIONAL DE SAÚDE	2010			2013		
	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking	Valor Adicionado (R$ mil)	Part. (%)	Ranking
2ª RS – Metropolitana	53.939.351,81	44,6	1	75.916.515,90	41,7	1
17ª RS – Londrina	10.419.258,66	8,6	2	16.556.147,89	9,1	2
15ª RS – Maringá	8.365.378,13	6,9	3	13.420.749,19	7,4	3
3ª RS – Ponta Grossa	5.656.720,58	4,7	4	8.740.829,97	4,8	4
10ª RS – Cascavel	5.255.053,98	4,4	5	8.376.026,53	4,6	5
9ª RS – Foz do Iguaçu	3.908.125,15	3,2	6	6.234.812,37	3,4	6
20ª RS – Toledo	3.738.163,34	3,1	7	6.042.718,77	3,3	7
1ª RS – Paranaguá	3.266.124,03	2,7	8	5.049.839,89	2,8	8
5ª RS – Guarapuava	3.085.140,71	2,6	10	4.937.472,82	2,7	9
16ª RS – Apucarana	3.200.344,78	2,7	9	4.854.467,98	2,7	10
Outras regionais	20.075.934,36	16,6	-	31.927.948,83	17,5	-
Paraná	120.909.595,52	100,0	-	182.057.530,14	100,0	-

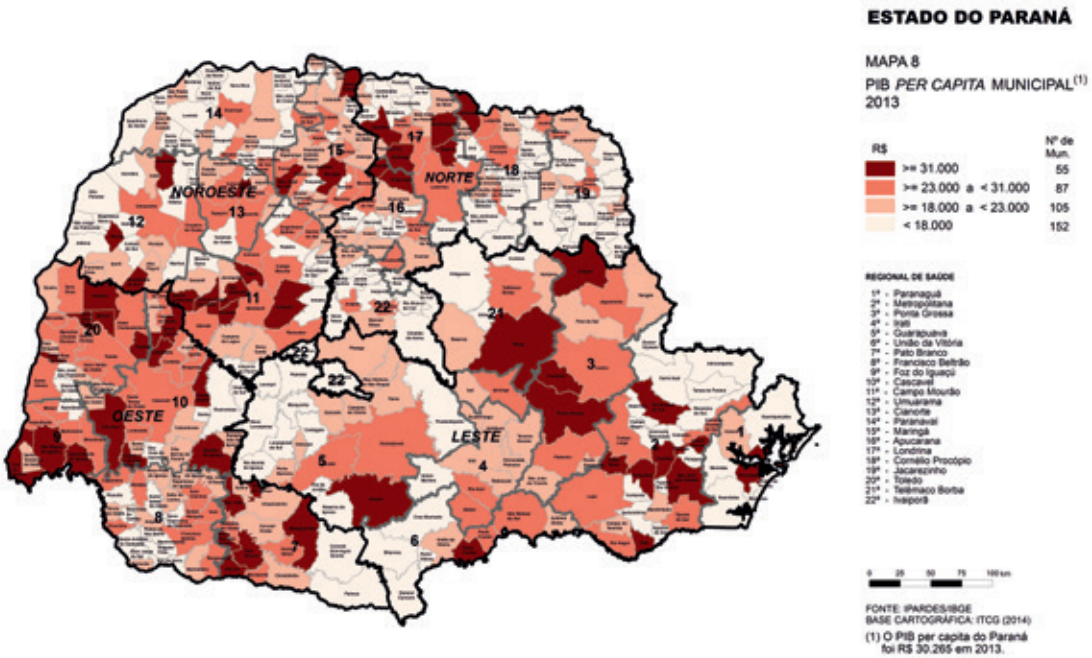
Fonte: IBGE/IPARDES.

O PIB per capita do Paraná atingiu a cifra de R$ 30,3 mil em 2013, inferior ao verificado na Região Sul do Brasil (R$ 30,5 mil), mas superior ao PIB per capita nacional (R$ 25,6 mil), no mesmo ano.

No âmbito municipal, dos 399 municípios paranaenses, 62 apresentaram PIB per capita superior à média do Estado em 2013. O município que apresentou maior valor foi Saudade do

Iguaçu, com R$ 162,1 mil, na RS de Pato Branco. O menor registro foi observado em Guaraqueçaba (R$ 8,6 mil), na RS de Paranaguá, evidenciando a heterogeneidade dos resultados econômicos no Estado (Mapa 9).

MAPA 9 – PIB PER CAPITA MUNICIPAL – 2013



Mercado de trabalho

O Brasil iniciou o século XXI combinando crescimento econômico, baixas taxas de desemprego, valorização salarial, políticas públicas inclusivas e redução das desigualdades. Desde o início da década de 2000, a economia brasileira gerou mais de 18 milhões de empregos formais, a desigualdade da distribuição de renda foi reduzida e aumentou o consumo das famílias. Segundo a ONU, de 2003 a 2015, o salário mínimo obteve aumento real de 76%, o que alterou o perfil de consumo interno, sendo um fator importante para a redução da pobreza no país.

O Paraná acompanhou e contribuiu para esse cenário, o que pode ser constatado por um conjunto de indicadores e dados econômicos do período. Segundo a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho, em termos de geração de empregos, o Paraná obteve aumento de 28,1% nos empregos formais no período 1990-2000; 68,6% entre 2000 e 2010; e 13,8% de 2010 a 2014 (BRASIL, 2015).

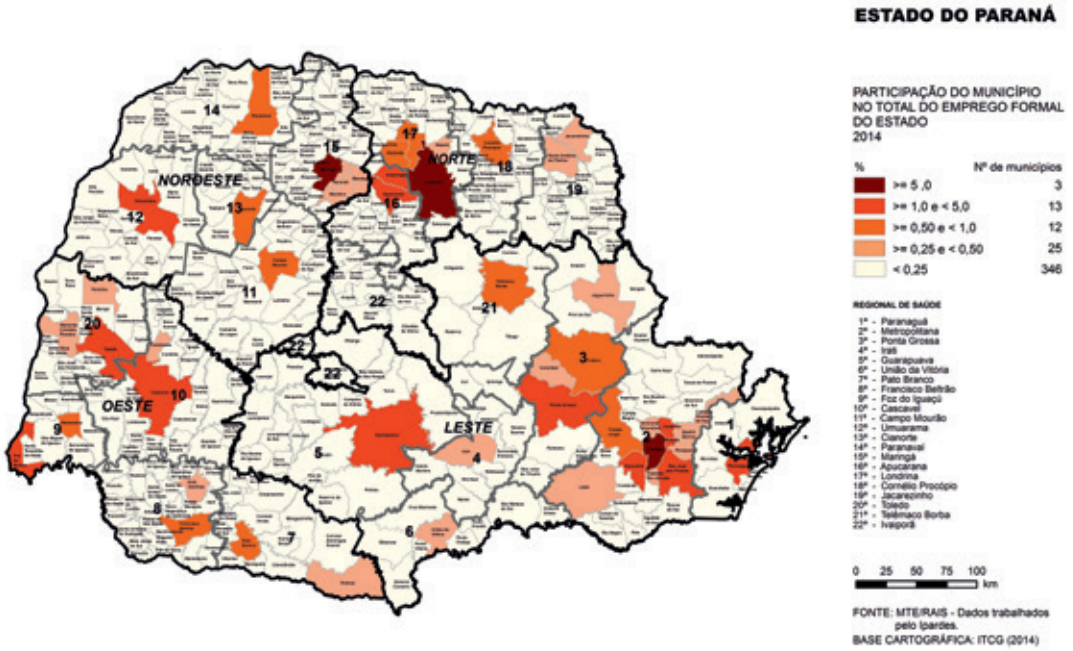
Em 2014, o Estado registrou 3.167.134 postos de trabalho formais. Somente Curitiba concentrava 29,8% desse número, ou seja, quase um terço do emprego formal paranaense (Mapa 10). Ainda na Macrorregião Leste, destacam-se, com percentual acima de 1% dos empregos formais do Estado, os municípios de São José dos Pinhais (3,0%), Ponta Grossa (2,8%), Pinhais (1,5%), Araucária (1,3%), Guarapuava (1,3%), Colombo (1,3%) e Paranaguá (1,2%). Esse conjunto de municípios aponta para a posição da Regional de Saúde (RS) Metropolitana como aquela que agrega o maior número de postos de trabalho formais da Macrorregião Leste e do Estado.

Na Macrorregião Norte, as maiores proporções foram verificadas em Londrina (5,6%), Arapongas (1,2%) e Apucarana (1,1%), municípios pertencentes e articulados à dinâmica econômica, social e institucional da Região Metropolitana de Londrina.

Do ponto de vista da Macrorregião Noroeste, Maringá se destaca com o maior percentual de emprego formal estadual (5,0%) e, acompanhado de Sarandi, Marialva e Mandaguari, todos da RS de Maringá, forma uma mancha de municípios com maiores proporções no emprego formal.

Ainda nessa Macrorregião, distinguem-se Umuarama (1,0% do emprego formal do Estado), Campo Mourão (0,8%), Cianorte (0,7%) e Paranavaí (0,7%) como polos econômicos de distintas regionais de saúde que cobrem o noroeste do Paraná.

MAPA 10 – PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NO TOTAL DO EMPREGO FORMAL DO ESTADO – 2014



A Macrorregião Oeste agrega municípios com participação menor no emprego formal, e as maiores proporções estão em Cascavel (3,3%), Foz do Iguaçu (2,0%) e Toledo (1,5%), além de Pato Branco e Francisco Beltrão, ambos com 0,9% de postos de trabalho formais em 2014, também referências nas respectivas regionais de saúde, nas quais exercem a função de polo.

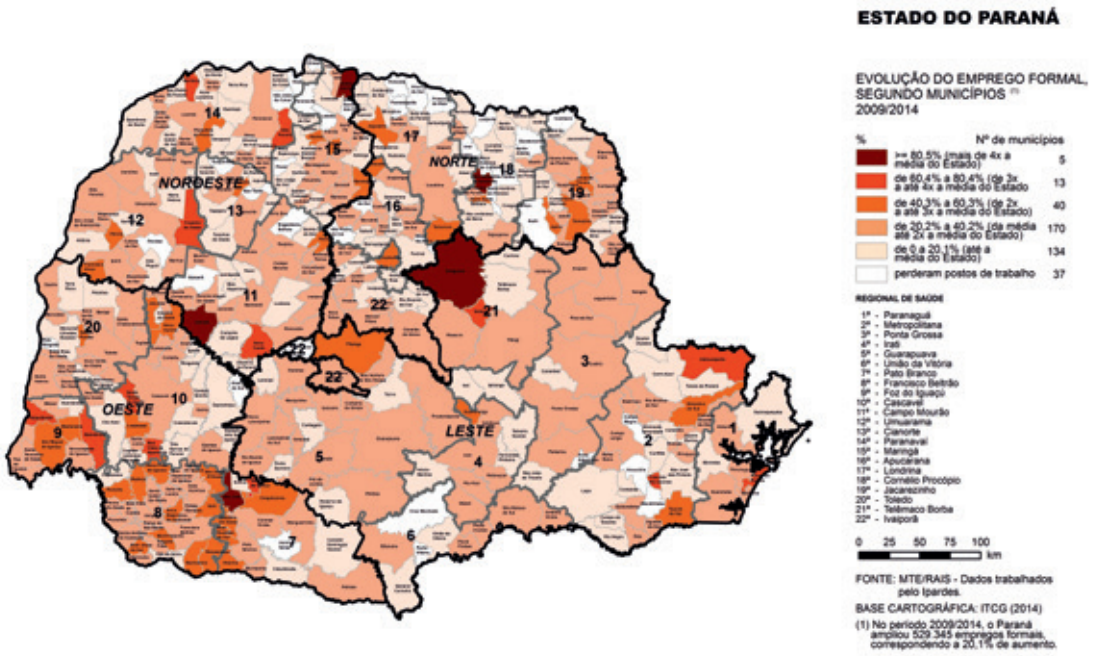
Como se vê, o emprego encontra-se concentrado em pequeno número de municípios do Paraná, fenômeno histórico na configuração econômica estadual. Em 2014, 346 municípios registraram menos de 0,25% do emprego formal paranaense, muitos deles com elevadíssimos percentuais de emprego ligados à administração pública. Todas as regionais de saúde apresentam municípios com essa característica, mas aquelas que estão na porção central do Estado possuem maior número de municípios nessa condição. A RS de Ivaiporã se distingue pela totalidade de municípios com baixos números de emprego formal.

Os dados censitários sobre ocupação permitem afirmar que a concentração do emprego formal se reproduz também no trabalho informal. O avanço na formalização do trabalho obtido nos anos recentes, embora significativo, ainda não foi suficiente para incorporar toda a população trabalhadora do Estado. Enquanto que, nacionalmente, em 2001, somente 37,9% dos ocupados possuíam registro formal de trabalho, no Paraná esse número era de 38,3% dos trabalhadores. Em 2014, essa proporção se elevou em nível nacional para 48,4% dos trabalhadores, e mais ainda no Paraná, que atingiu 56,1% de paranaenses com registro formal de trabalho (IBGE, 2015). Contudo, destaca-se a acentuada proporção de informalidade ainda existente, que requer políticas macroeconômicas e fiscais nacionais de estímulo ao crescimento econômico e à regulamentação do trabalho, acompanhadas de políticas estaduais complementares.

O crescimento do emprego formal no Paraná nos anos recentes não foi uniforme, pois alguns municípios apresentaram crescimento maior que outros. A análise dos dados da RAIS aponta o crescimento de 529.345 postos de trabalho formais no período 2009-2014 em todo o Estado.

O estudo georreferenciado dessa informação evidencia uma situação diferente da participação dos empregos formais, exposta anteriormente, pela presença de municípios com maiores proporções de geração do emprego formal entre 2009 e 2014 justamente nos locais onde o volume de emprego geralmente é menor (Mapa 11).

MAPA 11 – EVOLUÇÃO DO EMPREGO FORMAL, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2009-2014



Nesse período, a média de crescimento do emprego formal no Paraná foi de 20,1%, e 228 municípios, distribuídos em todo o território do Estado, registraram crescimento maior que a média estadual. Isso é importante para a diminuição da desigualdade de distribuição da renda estadual e para viabilizar condições de vida em municípios tradicionalmente mais precários nos âmbitos social e econômico. Contudo, é importante esclarecer que, em alguns casos, o percentual de crescimento mais elevado decorre de uma base anterior muito pequena, de modo que a simples implantação de uma atividade econômica nova é a responsável pela evolução maior no período. Exemplificando, Santo Inácio foi o município com o maior percentual de aumento de postos de trabalho formais no período (196%), resultado da criação de 2.483 novos empregos. De outro lado, Curitiba obteve 13,2% de aumento, abaixo da média estadual, mas foi o maior gerador de emprego entre 2009 e 2014, totalizando 110.082 novos postos de trabalho.

Evidencia-se que 37 municípios perderam postos de trabalho no período estudado, e o maior número está nas Regionais de Saúde de Maringá, Londrina e Cornélio Procópio – Macrorregiões Norte e Noroeste.

É importante mencionar que, mais marcadamente em 2015, sinaliza-se um ponto de inflexão na trajetória de redução da desigualdade, apontando para um retrocesso, dado pelo aumento do desemprego e queda na massa de salários. O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) apontou queda de 3,31% no contingente de empregados celetistas do país entre outubro de 2014 e outubro de 2015. Em outubro de 2015, a relação entre admitidos e desligados foi negativa em 0,42% nacionalmente (uma diferença de -169.131 postos de trabalho), enquanto no Paraná foi menor, mas também negativa (em 0,32%), resultado da diferença de -8.695 postos de trabalho. Esse fenômeno sinaliza um cenário preocupante, tendo em vista a importância do trabalho na organização social das famílias e nas suas condições de vida e saúde, com impactos nas políticas públicas assistenciais desse setor.

No que se refere à remuneração, o predomínio da renda mais elevada ocorre na Macrorregião Leste: 14 dos 20 municípios com os maiores rendimentos médios do Paraná são dessa macrorregião, e 9, da RS Metropolitana. O rendimento médio do Paraná em 2014 foi de R$ 2.098,62. Desde 2000, esse valor tem crescido continuamente. A remuneração feminina representou 81,7% da remuneração masculina em 2014, maior que em 2000, quando representava 80,3%. Também nesse caso, há diferenças inter-regionais e intermunicipais marcantes.

Ainda que o rendimento médio mensal, assim como o salário mínimo, venha se elevando continuamente nos últimos 15 anos, a renda da maioria dos trabalhadores paranaenses ainda

é muito baixa, mesmo apresentando os maiores rendimentos entre as demais unidades da Federação, segundo o IBGE e a RAIS. Em decorrência, o consumo das famílias é reduzido, o que ocasiona desvios importantes do ponto de vista econômico e social. Além das demandas naturais, o mercado de trabalho é pressionado por pessoas com duplo vínculo de trabalho e com jornadas de trabalho que extrapolam 44 horas semanais; crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos que não poderiam estar trabalhando; aposentados e pensionistas que continuam trabalhando, entre outros.

Observe-se, ainda, o crescimento contínuo de horas trabalhadas no país. De 2012 a 2013, aumentou a proporção de pessoas que trabalham de 40 a 44 horas por semana, que representava 33,5% da população ocupada nacionalmente em 2004, para 45,4%, em 2013, e 46,3%, em 2014 (IBGE, 2015).

Atualmente, a jornada de trabalho não somente está mais intensa no local de sua realização como tem sido prolongada para além dos horários formalmente definidos. Com os serviços cada vez mais informatizados e o uso intensivo de meios móveis de comunicação (telefone celular, computador, internet, etc.), o trabalho é realizado em qualquer lugar e horário, estendendo-se para além do ambiente de trabalho, com demandas informacionais. Ocorrências dessa natureza podem impactar na saúde física e mental do trabalhador e requerem ações preventivas e assistenciais articuladas.

Além disso, é importante mencionar que o processo de envelhecimento populacional, já mencionado neste documento, também tem influência sobre o mercado de trabalho, na medida em que induz mudanças no ritmo de crescimento e tamanho das gerações de pessoas em idade ativa e inativa. A população em idade ativa vem crescendo a uma taxa média anual maior que o total da população, e a população inativa idosa cresceu em ritmo ainda maior, embora sua participação no total da população continue não sendo muito elevada. A população inativa jovem, por sua vez, diminuiu de tamanho relativo.

Essa mudança na composição etária da população em idade ativa tende a se aprofundar nos próximos anos e tem implicações econômicas e sociais. Por um lado, pode significar redução da pressão demográfica sobre a geração de novos empregos e, por decorrência, sobre a taxa de desemprego, que tende a ser mais elevada quando a população em idade ativa é relativamente mais jovem. Por outro, pode resultar em uma força de trabalho com maior potencial produtivo e contributivo, dado que os níveis de renda, poupança e escolaridade tendem a se elevar com a idade (DIEESE, 2012).

A combinação dessas condições cria o que tem sido interpretado pela literatura como bônus demográfico. A oportuna utilização desse momento histórico depende de um ambiente conjuntural favorável em nível nacional e internacional e de políticas públicas que possam efetivamente alavancar o crescimento econômico, estimular a poupança das famílias e da sociedade e incentivar os investimentos, criando condições para o desenvolvimento sustentável e a superação da desigualdade.

Para o mercado de trabalho, os desafios estão relacionados à geração de empregos em quantidade compatível com o crescimento projetado para as diferentes faixas da população em idade ativa em ocupações menos vulneráveis e em atividades econômicas mais produtivas. Mas, para que isso se concretize, é necessário que ocorra melhoria dos níveis educacionais, de qualificação e de saúde da força de trabalho, atual e futura, considerados insuficientes ainda para fazer frente aos desafios relativos ao aumento dos níveis de produtividade econômica e de acumulação de riqueza. Também é necessário um olhar prospectivo com um horizonte para as próximas décadas, quando o país, e o Paraná, provavelmente em menor tempo, deve ingressar em fase de redução absoluta da população, requerendo do conjunto da sociedade outras formas de inclusão social que vão além do trabalho e das políticas sociais existentes.

Condições sociais

Historicamente, o desenvolvimento das nações e suas porções internas era avaliado a partir de dados econômicos, como o PIB e o PIB per capita. Como esses indicadores consideravam apenas uma dimensão do desenvolvimento, foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida geral, sintética, como contraponto e para ampliar a perspectiva de análise

sobre o desenvolvimento. Em síntese, o IDH é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

Calculado a partir dos dados do Censo Demográfico, o estudo do IDH demonstra que o Brasil tem avançado no desenvolvimento humano nos anos recentes. Em 2010, o IDH nacional foi de 0,727, o 73º país de uma lista de 188 países comparados, classificado como desenvolvimento humano alto, maior que em 2000, quando foi calculado em 0,612 e classificado como médio desenvolvimento humano. O Paraná acompanhou essa conquista, pois registrou índices superiores ao nacional em ambos os períodos: 0,650 em 2000 – sexto maior índice entre as unidades da Federação – e 0,749 em 2010, quando ocupou a quinta posição.

Assim como ocorre entre os estados brasileiros, a análise intraestadual revela heterogeneidade entre os municípios paranaenses, que apresentaram índices variando de 0,546 (Doutor Ulysses, o menor) a 0,823 (Curitiba, o maior) em 2010. Do conjunto dos municípios, somente 32 apresentaram Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) superior ao índice estadual, sendo 15 deles pertencentes à Macrorregião Oeste e, destes, 6 da Regional de Saúde (RS) de Toledo (Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon, Palotina, Toledo, Entre Rios do Oeste e Maripá).

Entre os 10% dos municípios do Estado (39 municípios) com os IDHMs mais baixos, a maior parte concentra-se na Mesorregião Leste (25 municípios), dos quais 11 estão na RS de Guarapuava: Laranjal, Marquinho, Rio Bonito do Iguaçu, Campina do Simão, Candói, Cantagalo, Palmital, Goioxim, Nova Laranjeiras, Foz do Jordão e Reserva do Iguaçu. A Macrorregião Noroeste é a que apresenta menor número, com dois municípios nessa condição: Corumbataí do Sul (RS de Campo Mourão) e Mariluz (RS de Umuarama).

Com o objetivo de avaliar a situação dos municípios a partir de aspectos indispensáveis para o desenvolvimento local, o IPARDES desenvolveu o Índice Ipardes de Desenvolvimento Municipal (IPDM), que considera igual ponderação em três áreas do desenvolvimento econômico e social: a) emprego, renda e produção agropecuária; b) educação; e c) saúde.[1]

O desempenho municipal é expresso por um índice cujo valor varia entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o nível de desempenho. Com base no valor resultante, os municípios são classificados em quatro grupos: baixo desempenho (0,000 a < 0,4000); médio baixo desempenho (0,4000 a < 0,6000); médio desempenho (0,6000 a < 0,8000); e alto desempenho (0,8000 a 1,000). O IPDM é calculado anualmente pelo IPARDES, resultando em uma série histórica de 2002 a 2013 para o índice geral e para as suas três dimensões, o que permite avaliar a evolução dos municípios ao longo do tempo e com periodicidade menor que a disponibilizada pelo IDH.

O cálculo do IPDM 2013, de modo geral, demonstrou melhorias nas condições socioeconômicas dos municípios do Paraná, evidenciando uma tendência evolutiva positiva desde 2002, ano do início da série (Mapas 12 e 13).

Quando se comparam os valores de todos os municípios entre 2013 e o ano do início da série, em 2002, verifica-se que somente os municípios de Lobato (Macrorregião Noroeste/RS de Maringá) e Quinta do Sol (Macrorregião Noroeste/RS de Campo Mourão) apresentaram declínio no índice.

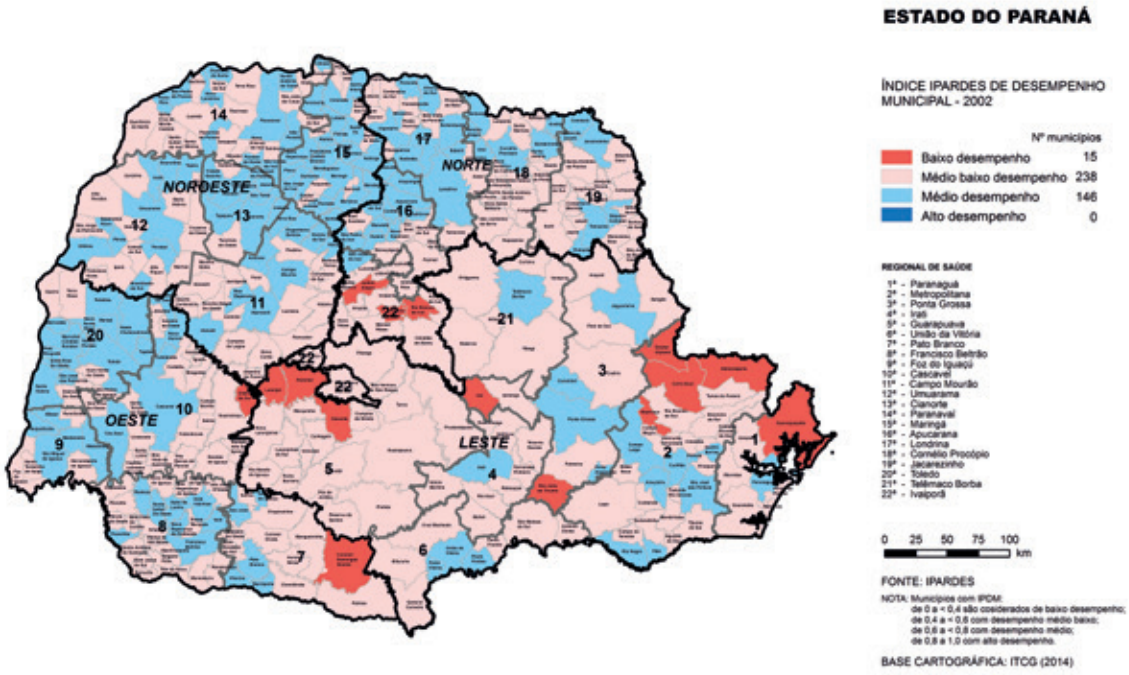
Analisando a classificação conforme os graus de desenvolvimento, em 2013 nenhum município obteve resultados inferiores a 0,4000, situação considerada de baixo desempenho. Por outro lado, 381 municípios apresentaram índices com patamares acima de 0,6000, demonstrando condições de médio e alto desempenho.

Os municípios com os menores graus de desenvolvimento, classificados como de médio baixo desempenho, obtiveram valores entre 0,4000 e 0,6000. Nessa faixa, o levantamento apontou 18 municípios, sendo 12 deles pertencentes à Macrorregião Leste: Antonina e Guaraqueçaba (RS de Paranaguá); Doutor Ulysses, Itaperuçu, Cerro Azul e Agudos do Sul (RS Metropolitana); Ivaí

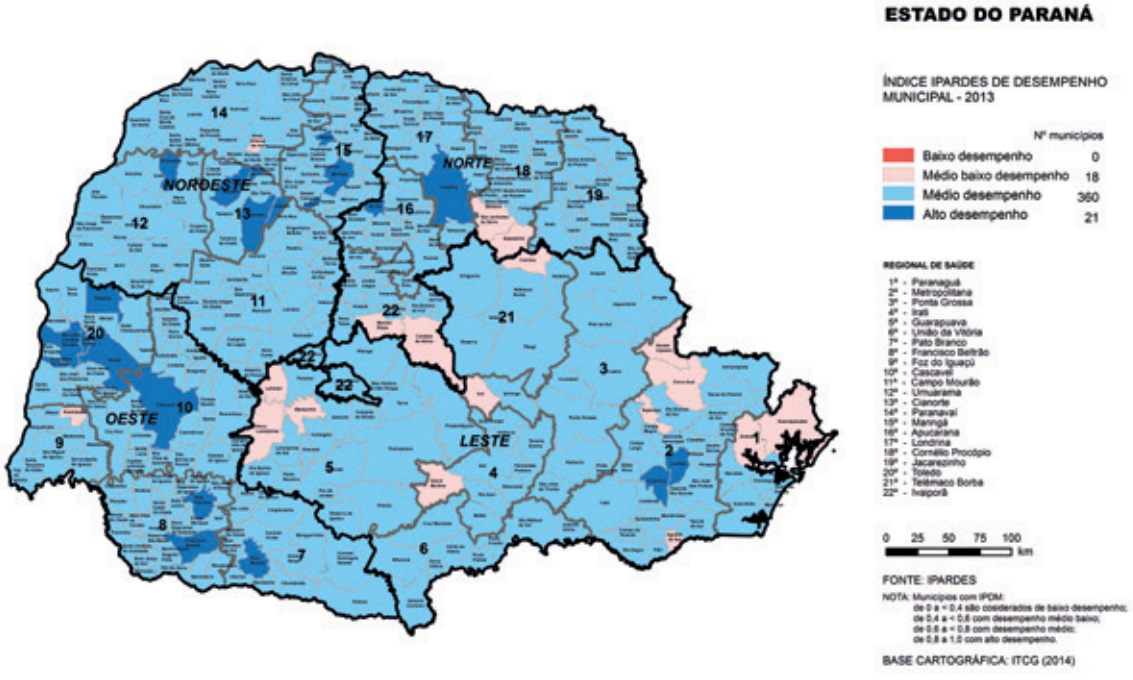
1 Na construção do índice da dimensão Saúde são usadas as variáveis: número de consultas pré-natais; óbitos infantis por causas evitáveis, e óbitos por causas mal-definidas. Na Educação, as seguintes variáveis: taxa de matrícula na educação infantil; taxa de abandono escolar (1ª à 4ª Série/1º ao 5º Ano; 5ª à 8ª Série / 6º ao 9º Ano e Ensino Médio); taxa de distorção idade-série (1ª à 4ª Série/1º ao 5º Ano; 5ª à 8ª Série/6º ao 9º Ano e Ensino Médio); percentual de docentes com ensino superior (1ª à 4ª Série/1º ao 5º Ano; 5ª à 8ª Série/6º ao 9º Ano e Ensino Médio); resultado do IDEB (1ª à 4ª Série/1º ao 5º Ano e 5ª à 8ª Série/6º ao 9º Ano). E na dimensão Emprego, Renda e Produção Agropecuária, as variáveis estão relacionadas ao salário médio, ao emprego formal e à renda da agropecuária.

(RS de Ponta Grossa); Inácio Martins (RS de Irati); Nova Laranjeiras, Laranjal, Marquinho (RS de Guarapuava); e Curiúva (RS de Telêmaco Borba).

MAPA 12 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – 2002



MAPA 13 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – 2013

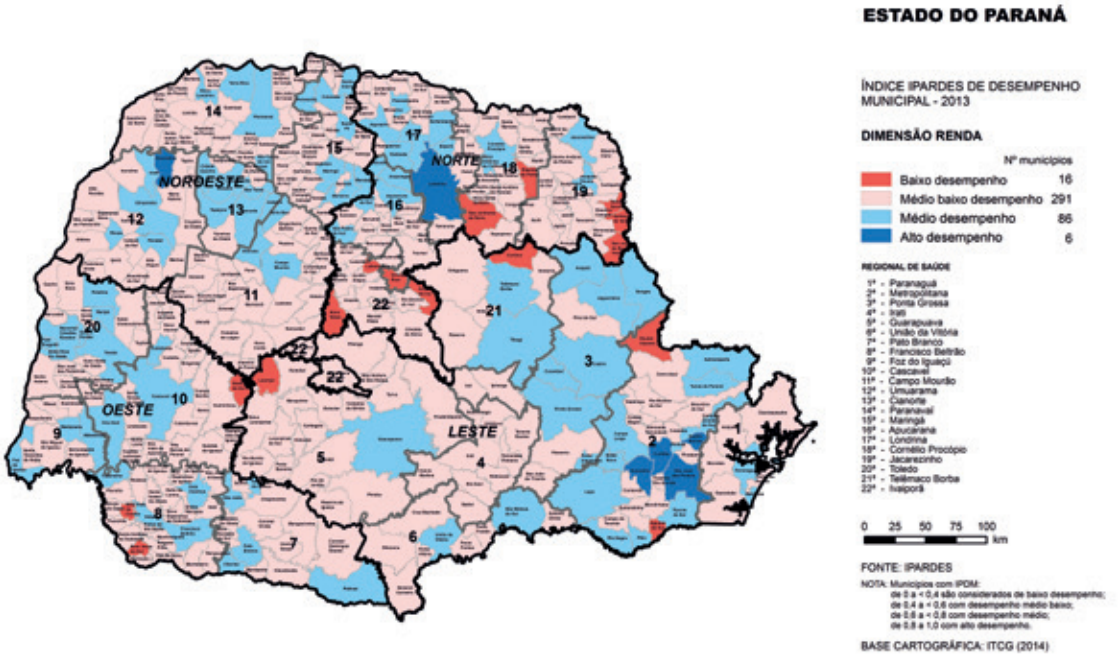


O levantamento ainda classificou como de médio baixo desempenho quatro municípios na Macrorregião Norte: São Jerônimo da Serra e Sapopema (RS de Cornélio Procópio); e Cândido de Abreu e Manoel Ribas (RS de Ivaiporã). Os demais municípios nessa categoria foram Ramilândia (Macrorregião Oeste/RS de Foz do Iguaçu) e Nova Aliança do Ivaí (Macrorregião Noroeste/RS de Paranavaí).

Essa condição de médio baixo desempenho em parte foi influenciada pela performance da dimensão renda do IPDM desses municípios (Mapa 14). Agudos do Sul, Doutor Ulysses e Laranjal obtiveram índices inferiores a 0,4000 no IPDM-Renda, classificados para essa dimensão como

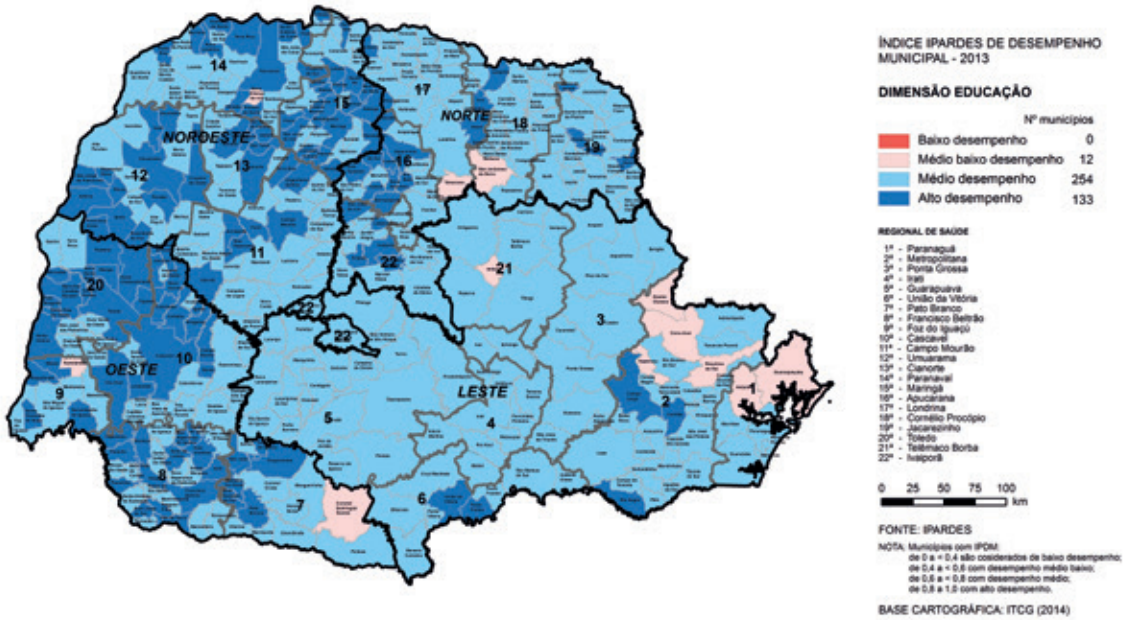
de baixo desempenho. Os demais, com exceção de Antonina e Nova Aliança do Ivaí, registraram valores situados entre 0,4000 e 0,5000.

MAPA 14 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – 2013



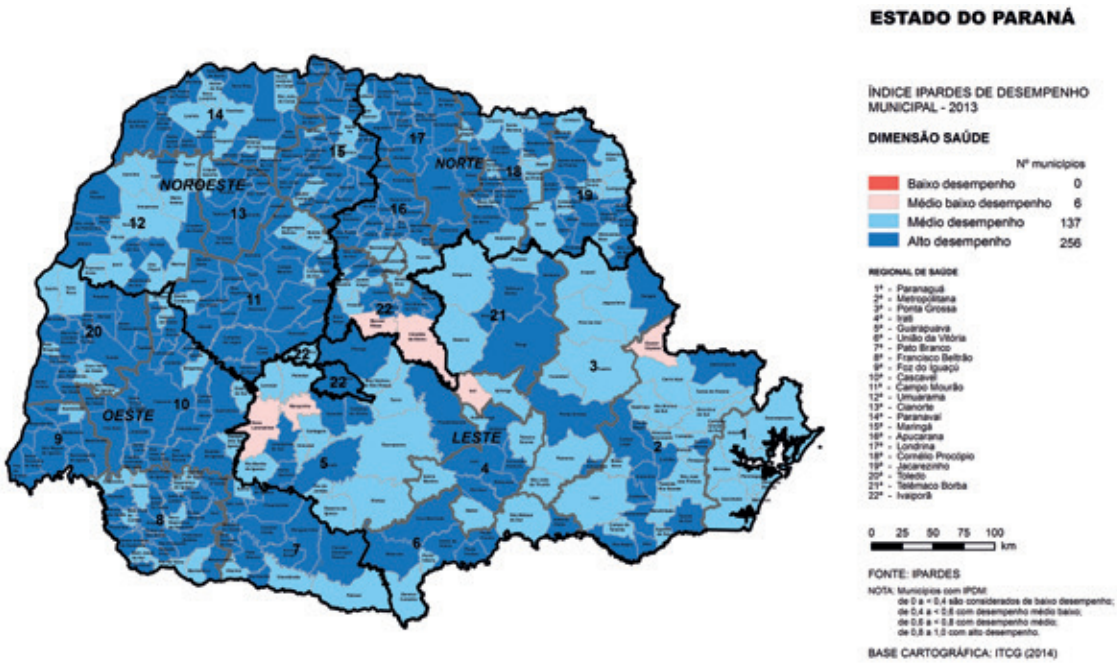
A dimensão educação do IPDM apresenta melhores resultados municipais, fato que contribui positivamente para o desempenho geral do índice. A grande maioria dos municípios paranaenses exibe, em 2013, índices classificados nas faixas de médio e alto desempenho (Mapa 15). Naquele ano, apenas os municípios Cerro Azul, Guaraqueçaba, Nova Aliança do Ivaí, Doutor Ulysses, Tamarana, Antonina, São Jerônimo da Serra, Ramilândia, Coronel Domingos Soares, Imbaú, Bocaiúva do Sul e Itaperuçu obtiveram índices que os categorizam na situação de médio baixo desempenho.

MAPA 15 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – 2013



Para a dimensão saúde, em 2013, não houve nenhum município com índice na classe considerada de baixo desempenho. Esta é a dimensão com melhor resultado no cálculo do IPDM. Os municípios com índices menos expressivos nessa dimensão são somente seis e foram classificados como de médio baixo desempenho. Destes, quatro localizam-se na Macrorregião Leste – Doutor Ulysses (RS Metropolitana), Ivaí (RS de Ponta Grossa), Marquinho e Nova Laranjeiras (RS de Guarapuava) – e dois na Macrorregião Norte – Manoel Ribas e Cândido de Abreu (RS de Ivaiporã) (Mapa 16).

MAPA 16 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – 2013



Entretanto, ao comparar os valores do IPDM-Saúde de 2013 com os de 2002, 55 municípios apresentam evolução negativa. Este é um dado significativo, tendo em vista o longo período em análise, que pode indicar o agravamento nas condições de saúde da população desses municípios em decorrência da letargia e/ou degradação dos serviços do setor oferecidos à população. Esses municípios estão distribuídos por todas as macrorregionais:

Macrorregião Leste: Guaratuba (RS de Paranaguá); Tunas do Paraná, Piraquara, Pinhais e Bocaiúva do Sul (RS Metropolitana); e Virmond (RS de Guarapuava).

Macrorregião Oeste: Nova Esperança do Sudoeste, Marmeleiro, Boa Esperança do Iguaçu e Realeza (RS de Francisco Beltrão); Itaipulândia e Missal (RS de Foz do Iguaçu); Formosa do Oeste e Iracema do Oeste (RS de Cascavel); Pato Bragado, São José das Palmeiras, Marechal Cândido Rondon e Mercedes (RS de Toledo); e Vitorino (RS de Pato Branco).

Macrorregião Noroeste: Quinta do Sol, Corumbataí do Sul e Fênix (RS de Campo Mourão); Ivaté, Maria Helena, Alto Piquiri, Pérola, Iporã, Tapira e Esperança Nova (RS de Umuarama); Cidade Gaúcha, São Manoel do Paraná (RS de Cianorte); Guairaçá, São Pedro do Paraná (RS de Paranavaí); Uniflor, Iguaraçu, Santo Inácio, Santa Fé, Mandaguari e São Jorge do Ivaí (RS de Maringá).

Macrorregião Norte: Kaloré, Borrazópolis, Sabáudia (RS de Apucarana); Alvorada do Sul, Bela Vista do Paraíso (RS de Londrina); Itambaracá, Andirá, Nova Santa Bárbara (RS de Cornélio Procópio); Tomazina, Pinhalão, Cambará, Japira, Barra do Jacaré, Siqueira Campos (RS de Jacarezinho); Cândido de Abreu, Godoy Moreira (RS de Ivaiporã).

Observando o desempenho de cada município ao longo da série histórica, percebe-se que alguns obtiveram quedas sucessivas nos índices da dimensão saúde no período compreendido entre 2008 e 2013. O município de Porto Vitória (Macrorregião Leste/RS de União da Vitória) apresentou decréscimo nesse índice de forma permanente desde 2008. Quinta do Sol (Macrorregião Noroeste/RS de Campo Mourão) e Amaporã (Macrorregião Noroeste/RS de Paranavaí), embora

tenham apontado, respectivamente, evolução positiva em 2009 e 2010, nos demais anos entre 2008 e 2013 apresentaram evolução negativa do IPDM-Saúde.

Os municípios de Borrazópolis, Califórnia (Macrorregião Norte/RS de Apucarana), Cândido de Abreu (Macrorregião Norte/RS de Ivaiporã) e Terra Roxa (Macrorregião Oeste/RS de Toledo) registraram quedas sucessivas no IPDM-Saúde desde 2009. O mesmo aconteceu com Marquinho (Macrorregião Leste/RS de Guarapuava) e Nova Santa Rosa (Macrorregião Oeste/RS de Toledo) entre 2010 e 2013.

Outros municípios tiveram índices de IPDM-Saúde rebaixados, sucessivamente, em 2011, 2012 e 2013: Antonina (Macrorregião Leste/RS – Paranaguá) e São Mateus do Sul (Macrorregião Leste/RS de União da Vitória); Clevelândia (Macrorregião Oeste/RS de Pato Branco), Dois Vizinhos, Pinhal de São Bento, Realeza (Macrorregião Oeste/RS de Francisco Beltrão), Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu (Macrorregião Oeste/RS de Foz do Iguaçu) e Formosa do Oeste (Macrorregião Oeste/RS de Cascavel); Alto Piquiri, Cafezal do Sul, Ivaté, Maria Helena (Macrorregião Noroeste/RS de Umuarama), Mandaguari e Ourizona (Macrorregião Noroeste/RS de Maringá), Cafeara, Miraselva (Macrorregião Norte/RS de Londrina), Jaboti, Ribeirão Claro e Tomazina (Macrorregião Norte/RS de Jacarezinho).

Além disso, comparando o IPDM-Saúde de 2013 com o de 2012, vê-se que 155 municípios, distribuídos em todas as macrorregionais e regionais de saúde, registram diminuição no IPDM na dimensão saúde. A maior parte, com 60 municípios, encontra-se na Macrorregião Noroeste, das quais, 15 na RS de Maringá, 14 na RS de Paranavaí e 12 municípios nas regionais de saúde de Campo Mourão e Umuarama.

Outra análise social realizada pelo IPARDES que contribui para a atualização do Plano Estadual de Saúde ocorreu com o estudo "Os Vários Paranás", que buscou identificar os municípios e espacialidades com indicadores sociais mais críticos do Estado (IPARDES, 2005). Para tal, foi selecionado um conjunto de 15 indicadores das áreas de saúde, educação, moradia, renda, IDH, pobreza e outros, que expressam as situações de carência e vulnerabilidade da população paranaense.[2]

O estudo do conjunto dos indicadores sociais selecionados para o período 2000 e sua atualização para 2010, a exemplo do observado na análise do IPDM, também revelou melhora do Paraná em todos os indicadores analisados, à exceção do déficit habitacional. Acredita-se que essa melhoria se deva – além das condições econômicas favoráveis do país – às políticas e aos programas públicos sociais implementados ao longo do período, que atuaram nas condições mais elementares da vida da população mais carente em seus mais diversos aspectos.

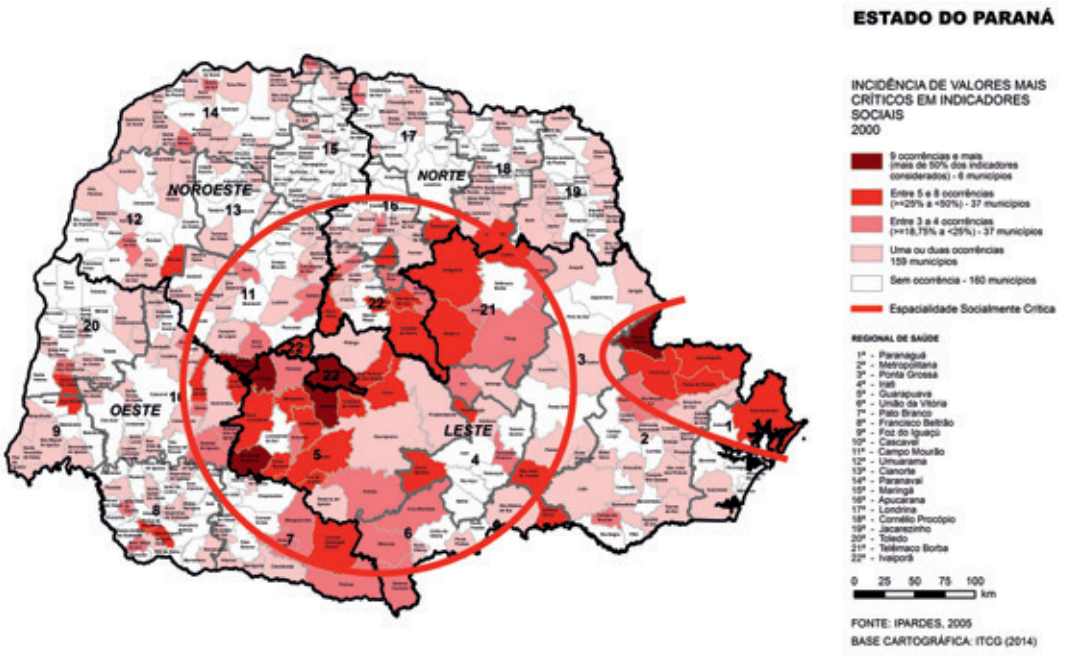
A identificação das situações mais críticas ocorreu pela indexação dos 15 indicadores e realização de um ranking que destacou os 39 municípios (10% do total dos municípios do Estado) com as maiores proporções de pessoas ou domicílios nas piores situações. A soma do número de incidências/ocorrências de cada município entre os 10% mais críticos, e a escala resultante, apontou os municípios em piores condições no aspecto social. Essa análise foi realizada para 2000 e 2010/2012 (Mapas 17 e 18).[3]

Ainda que todo o Paraná tenha melhorado no conjunto dos indicadores analisados, há que se destacar que os municípios considerados mais críticos em 2000 e 2010 localizam-se nas mesmas porções do território estadual. Estão mais presentes no Vale do Ribeira e formam uma mancha contínua na porção central do Estado, que se alonga do Norte Pioneiro ao centro-sul, aproxima-se de Cascavel, reunindo um grande número de municípios com, no mínimo, duas ocorrências entre os 10% mais críticos. A predominância de municípios nessa condição ocorre na Macrorregião Leste, particularmente nas regionais de saúde Metropolitana, de Guarapuava e de Telêmaco Borba (Tabela 13). Ressalta-se a condição da RS de Guarapuava com a maior proporção de municípios em situação crítica, além do Vale do Ribeira (norte da RS Metropolitana), histórico no que concerne ao isolamento, pobreza e dependência.

2 Foram utilizados os seguintes indicadores: coeficiente de mortalidade infantil, óbitos de 0 a 5 anos por causas evitáveis, esperança de vida ao nascer, índice de idosos, Índice de Gini, renda per capita, proporção de pobres, IDHM, déficit habitacional, densidade domiciliar, domicílios sem esgotamento sanitário, taxa bruta de frequência escolar, taxa de analfabetismo, escolaridade do responsável pelo domicílio na faixa sem instrução e Ensino Fundamental incompleto, e na faixa Ensino Médio completo e Ensino Superior incompleto e completo.

3 Para maior compreensão da metodologia, acessar o documento **Os vários Paranás**: estudos socioeconômico-institucionais como subsídio aos Planos de Desenvolvimento Regional (IPARDES, 2005).

MAPA 17 – INCIDÊNCIA DE VALORES MAIS CRÍTICOS EM INDICADORES SOCIAIS – 2000



MAPA 18 – INCIDÊNCIA DE VALORES MAIS CRÍTICOS EM INDICADORES SOCIAIS – 2010

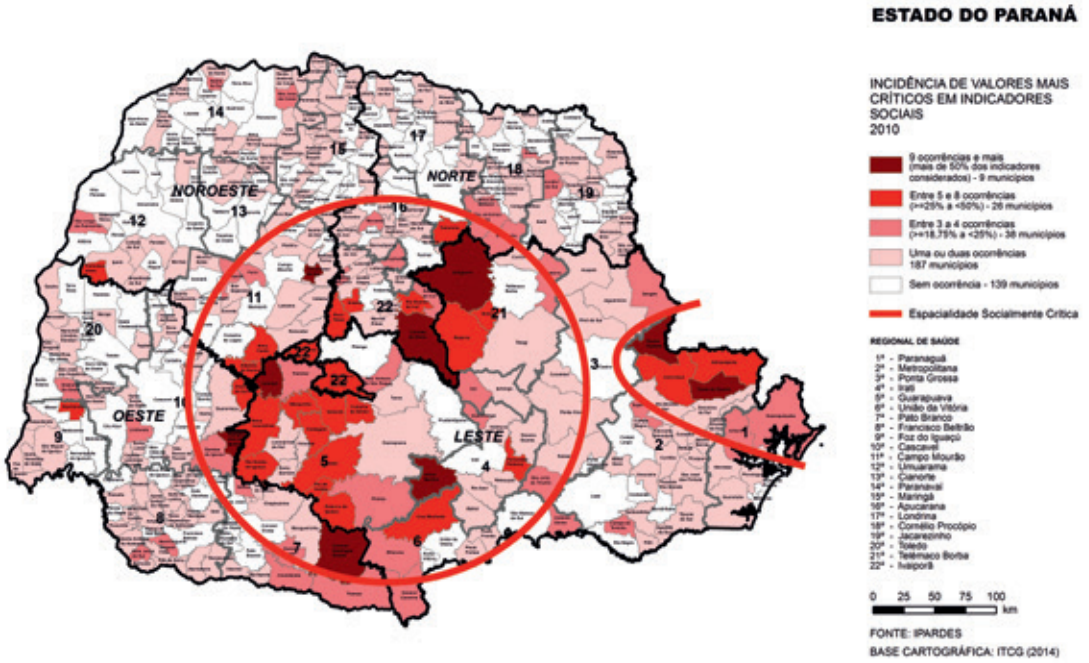


TABELA 13 – MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE LESTE COM MAIOR NÚMERO DE OCORRÊNCIAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA, PARANÁ – 2010

MUNICÍPIO	REGIONAL DE SAÚDE	Nº OCORRÊNCIAS
Doutor Ulysses	2	12
Laranjal	5	10
Tunas do Paraná	2	10
Inácio Martins	4	9
Ortigueira	21	9
Campina do Simão	5	8
Candói	5	8
Cerro Azul	2	8
Cantagalo	5	7
Fernandes Pinheiro	4	7
Foz do Jordão	5	7
Imbaú	21	7
Marquinho	5	7
Reserva do Iguaçu	5	7
Adrianópolis	2	6
Goioxim	5	6
Nova Laranjeiras	5	6
Rio Bonito do Iguaçu	5	6
Cruz Machado	6	5
Reserva	21	5

Fonte: IPARDES.
Nota: A metodologia de cálculo está em IPARDES, 2005.

A RS de Ivaiporã concentra o maior número de municípios com incidência de situações críticas da Macrorregião Norte, e os municípios com os números mais expressivos são: Cândido de Abreu, com 9 ocorrências; Mato Rico, com 7 ocorrências; Arapuã, Rio Branco do Ivaí e Santa Maria do Oeste, com 6 ocorrências; Nova Tebas, com 5 ocorrências; e Rosário do Ivaí, com 4 ocorrências.

Há que se mencionar que essa análise é feita com base em proporções e percentuais (dados relativos), e que os dados absolutos para esses indicadores revelam uma distribuição espacial diferente. Os maiores volumes de população em situação mais precária são encontrados geralmente nos municípios mais populosos do estado, também os mais dinâmicos em termos econômicos. Curitiba, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Londrina, Guarapuava, Paranaguá, Cascavel, Castro, Prudentópolis e Colombo, nessa ordem, são os 10 municípios paranaenses com a maior população de pobres e déficit habitacional do estado, além de maior número de domicílios sem esgotamento sanitário e com densidade maior que duas pessoas por cômodo.

Indicadores ambientais e de infraestrutura

Os temas aqui apresentados referem-se aos dados trabalhados no estudo "Indicadores de Desenvolvimento Sustentável por Bacias Hidrográficas do Estado do Paraná" (IPARDES, 2013). Estão relacionados à Dimensão Social/Saúde (Contaminação por Agrotóxicos) e à Dimensão Gestão e Saneamento/Serviços de Saneamento (Abastecimento de Água, Coleta de Lixo, Destino dos Resíduos Sólidos e Esgotamento Sanitário).

Os mapas que representam estes temas foram construídos no ArcGIS 10, e, a partir da observação destes, em conjunto com as tabelas de dados de cada tema, foi possível realizar uma análise sobre o comportamento desses indicadores no Estado e nas macrorregiões e regionais de saúde (RS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

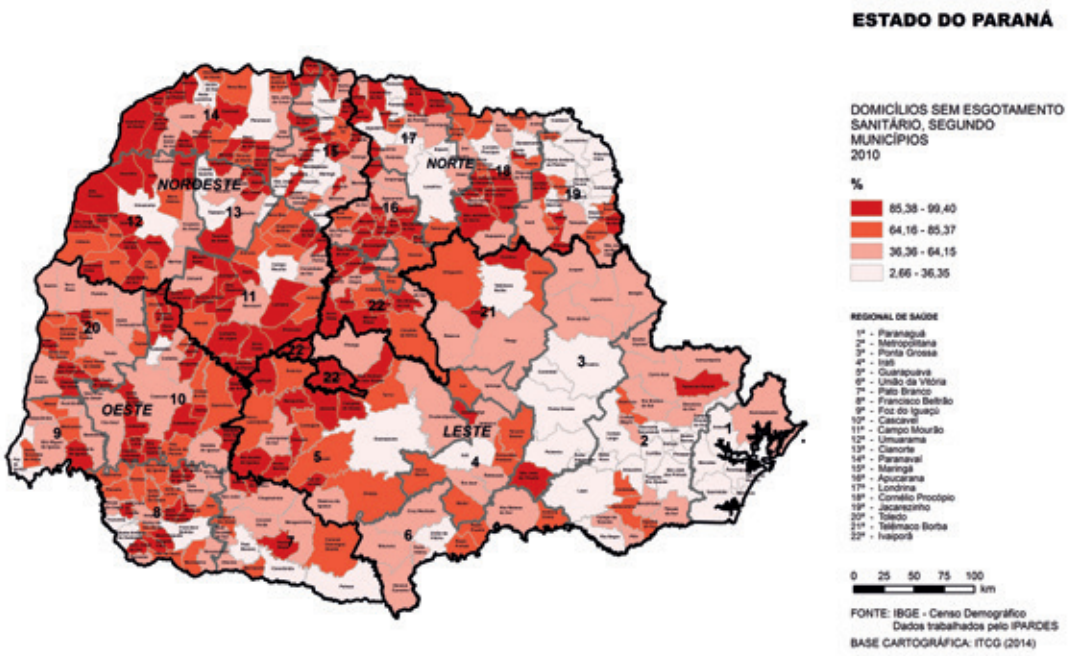
Com o uso dos recursos de Estatística Espacial do programa ArcGIS 10, realizou-se uma abordagem mais precisa das análises ambientais, por meio de um aplicativo chamado Hot Spot. Com essa ferramenta, foi possível realizar o mapeamento de clusters através dos municípios com padrões espaciais similares. Assim, o uso de Hot Spot permitiu que se determinasse a existência de algum tipo de clustering com relevância estatística no padrão espacial dos dados analisados, resultando em um agrupamento de municípios com valores altos e outro grupo com valores baixos. Os resultados desses agrupamentos são baseados em valores de "valor-p" (probabilidade) e "Z-score" (desvio-padrão), que são calculados a partir do processamento do aplicativo Hot Spot.

Esgotamento sanitário

No Paraná, o Censo Demográfico 2010 apontou que 1.155.534 domicílios particulares permanentes (35%) não recebiam atendimento sanitário, evidenciando elevado déficit para esse tipo de serviço no Estado. Esse valor está acima da média nacional (32,9%) e da Região Sul do Brasil (28,9%). Outro fato a ser destacado é que, no Estado, 212 municípios apresentam mais de 70% de seus domicílios sem acesso ao esgotamento sanitário e, destes, seis municípios apresentam valores acima de 99% de domicílios não atendidos: Boa Esperança (RS de Campo Mourão), Jundiaí do Sul (RS de Jacarezinho), Marumbi (RS de Apucarana), Inajá (RS de Paranavaí), São Pedro do Paraná (RS de Paranavaí) e Tamboara (RS de Paranavaí). Pode-se perceber que três desses municípios pertencem à mesma Regional de Saúde (RS de Paranavaí).

Pela observação direta do mapa de esgotamento sanitário (Mapa 19), verifica-se que os municípios que contêm os maiores valores percentuais de domicílios não atendidos pelo serviço concentram-se, principalmente, na Macrorregião Noroeste, na porção sul da Macrorregião Norte, na porção oeste da Macrorregião Leste e dispersos na Macrorregião Oeste.

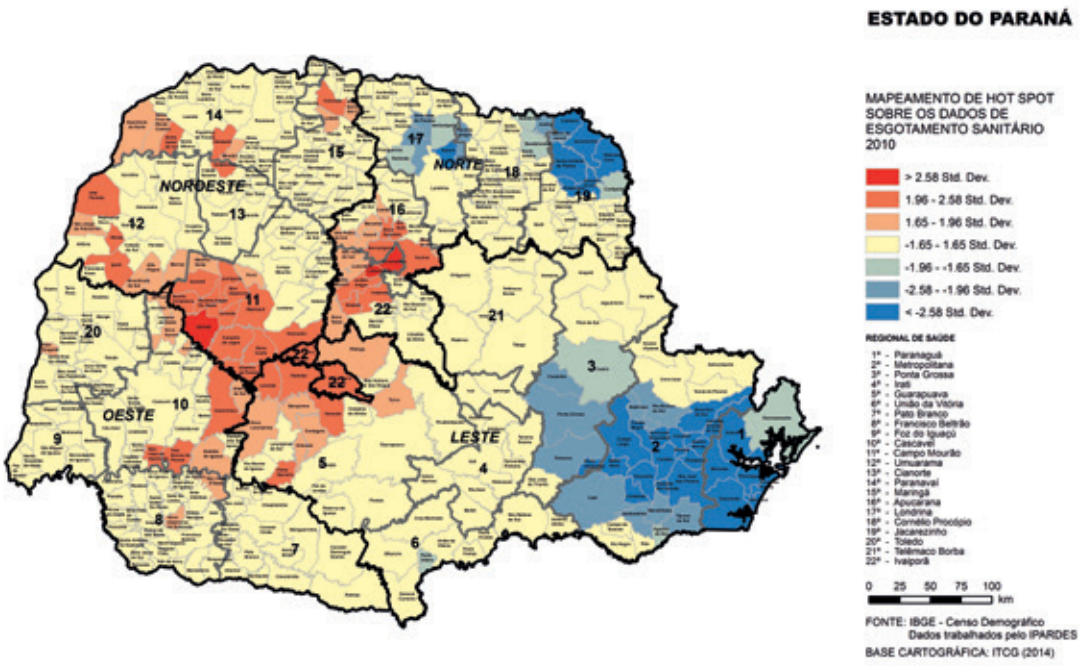
MAPA 19 – DOMICÍLIOS SEM ESGOTAMENTO SANITÁRIO, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010



Analisando-se o mapeamento de Hot Spot, foi possível verificar a presença de três grupos de cluster (destacados em tons de vermelho) com valores percentuais altos para os municípios que têm domicílios não atendidos pelo serviço de esgotamento sanitário (Mapa 20). O primeiro e maior grupo agrega pelo menos 17 municípios, com a maioria destes na RS de Campo Mourão, seguindo para as RS de Ivaiporã, Guarapuava e Cascavel. Destaca-se Ubiratã, que é o município centralizador deste grupo. Outro grupo de alto valor pode ser visto no limite das RS

de Apucarana e de Ivaiporã, centralizado pelos municípios de Cruzmaltina e Lidianópolis. E, por fim, pode-se verificar a presença de um grupo um tanto disperso na Macrorregião Noroeste, mais especificamente nas RS de Umuarama, Cianorte, Paranavaí e Maringá.

MAPA 20 – MAPEAMENTO DE HOT SPOT SOBRE OS DADOS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO – 2010



Grupos de baixo valor, ou seja, de municípios com domicílios que são atendidos satisfatoriamente pelo esgotamento sanitário, também podem ser vistos neste mapeamento (coloração em tons de azul). Um encontra-se abrangendo as RS de Paranaguá, Metropolitana e Ponta Grossa; outro grupo, nas RS de Cornélio Procópio e Jacarezinho, e outro na RS de Londrina.

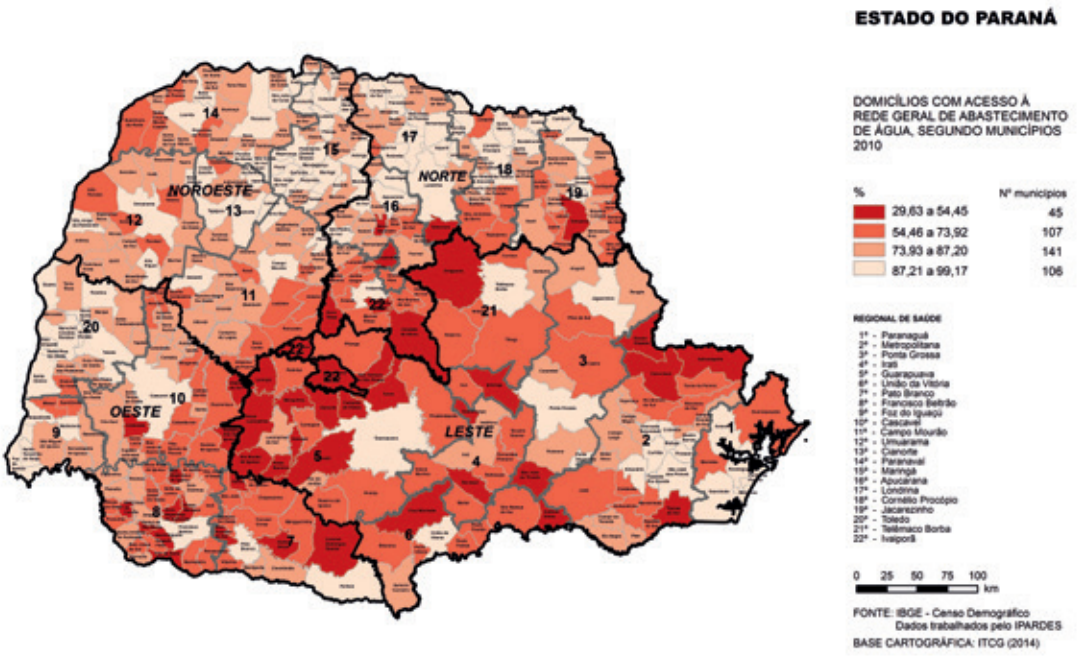
Abastecimento de água

Apesar de o abastecimento de água nas áreas urbanas do Paraná apresentar uma média de 97,7% de domicílios ligados à rede de água, a média geral do Estado é consideravelmente mais baixa (88,1%) devido ao uso de poços e nascentes nas áreas rurais (70,2%). Essa média geral do Estado apresenta-se mais alta que a da Região Sul (85,5%) e do Brasil (82,8%).

Em pelo menos 28 municípios paranaenses o acesso de domicílios à rede de abastecimento de água é menor que 50% e, destes, 15 municípios se encontram na Macrorregião Leste, bem ao centro do Estado, mais especificamente nas RS de Guarapuava e Ivaiporã (Mapa 21).

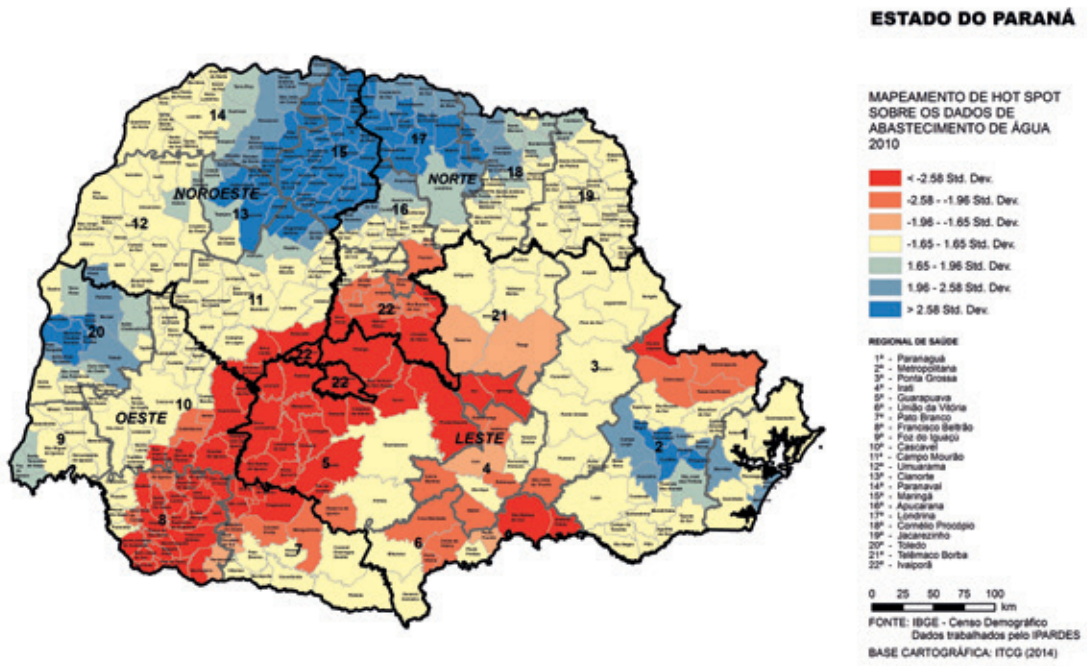
Outros nove municípios com menos de 50% de domicílios com acesso à rede geral estão localizados nas porções do médio e baixo Iguaçu, nas RS de União da Vitória, Pato Branco e Francisco Beltrão. Destaque também deve ser dado aos municípios de Adrianópolis, Cerro Azul e Doutor Ulysses, que apresentam menos de 50% dos domicílios sem acesso à rede de água; este último com apenas 35% de acesso. Todos eles situam-se na porção norte da RS Metropolitana, divisa com o Estado de São Paulo.

MAPA 21 – DOMICÍLIOS COM ACESSO À REDE GERAL DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SEGUNDO MUNICÍPIOS – 2010



Pela análise em Geoestatística, com mapeamento de Hot Spot (Mapa 22), pode-se verificar a existência de dois agrupamentos em cluster, corroborando a análise dos municípios citados do mapa anterior. Neste mapeamento, os municípios que aparecem em tons de vermelho apresentam valores mais baixos de domicílios com acesso à rede de abastecimento de água.

MAPA 22 – MAPEAMENTO DE HOT SPOT SOBRE OS DADOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA – 2010



Pode-se verificar ainda a existência de clustering de três grupos de municípios que apresentam bom acesso à rede geral de abastecimento de água. O primeiro e maior grupo situa-se nas macrorregiões Norte e Noroeste, especificamente nas RS de Campo Mourão, Cianorte, Paranavaí, Maringá, Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio. O segundo grupo

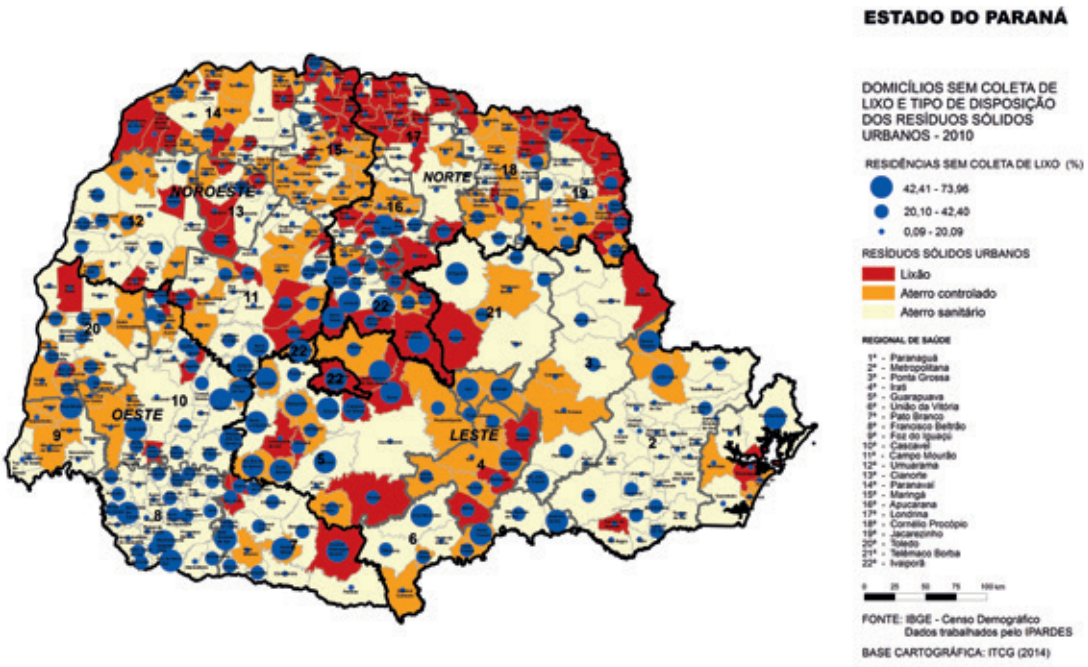
aparece na macrorregional Oeste, RS de Toledo, e o terceiro grupo na macrorregional Leste, RS Metropolitana, com centralização no município de Curitiba.

Coleta e disposição de resíduos sólidos urbanos (RSU)

Segundo o IPARDES (2013), 99% dos domicílios urbanos do Paraná contam com algum tipo de coleta de lixo, e 64% dos domicílios da área rural não têm acesso a esse serviço. O percentual de coleta apresentado para o Estado é o mesmo da Região Sul e pouco mais alto que o da média nacional (97%).

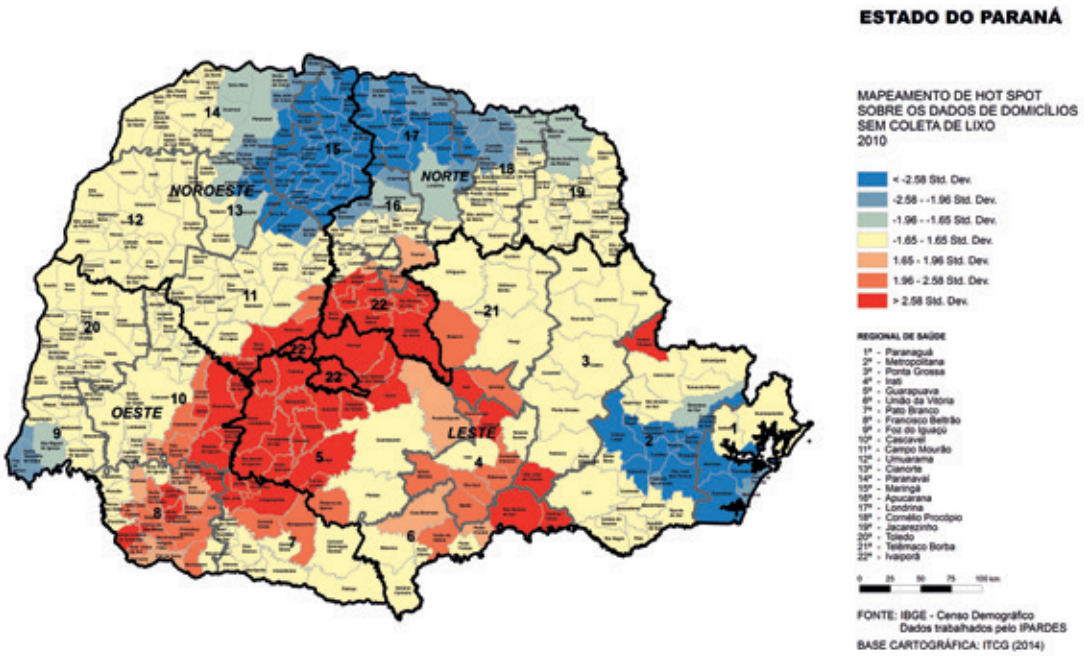
Os dados levantados no último Censo Demográfico apontaram 52 municípios no Estado com 40% de seus domicílios sem acesso à coleta de lixo. Destes, quatro merecem destaque por terem mais de 70% de domicílios sem coleta: Nova Laranjeiras (RS de Guarapuava), Manfrinópolis (RS de Francisco Beltrão), Doutor Ulysses (RS Metropolitana) e Mato Rico (RS de Ivaiporã) (Mapa 23).

MAPA 23 – DOMICÍLIOS SEM COLETA DE LIXO E TIPO DE DISPOSIÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS – 2010



Do ponto de vista espacial, os municípios mais afetados pela falta desse serviço encontram-se na porção central e sul do Paraná. Isso é corroborado pelo mapeamento de Hot Spot (Mapa 24), que apresenta um clustering bem definido de municípios prejudicados pela falta de coleta de lixo nas regionais de saúde de Ponta Grossa, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Francisco Beltrão, Cascavel, Campo Mourão e Ivaiporã. Nesse mapeamento também se verifica a presença de dois grupos de municípios com bons dados de acesso ao serviço. O maior grupo ocorre ao norte do Estado, englobando as regionais de saúde de Cianorte, Paranavaí, Maringá, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio e Jacarezinho, enquanto que o outro grupo aparece na Macrorregional Leste, regionais de saúde de Paranaguá e Metropolitana.

MAPA 24 – MAPEAMENTO DE HOT SPOT SOBRE OS DADOS DE DOMICÍLIOS SEM COLETA DE LIXO – 2010



Comparando-se esse mapa de Hot Spot que acabou de ser descrito com o Mapa 22, de abastecimento de água, pode-se perceber uma grande semelhança entre eles, indicando que os municípios em cluster apresentados em ambos os mapas possuem características que se assemelham com relação ao acesso de ambos os serviços.

Segundo levantamento realizado pelo Instituto Ambiental do Paraná (IAP, 2013 apud IPARDES, 2013), 91 municípios (22,8%) do Estado ainda dispõem seus resíduos sólidos urbanos em lixões; 123 municípios (30,8%), em aterros controlados; e o restante (46,4%), em aterros sanitários. A maior parte dos municípios com destinações inadequadas (lixões) está concentrada nas regiões centrais e norte do Estado, mais especificamente nas macrorregionais Leste, Norte e Nordeste.

Contaminação por agrotóxicos

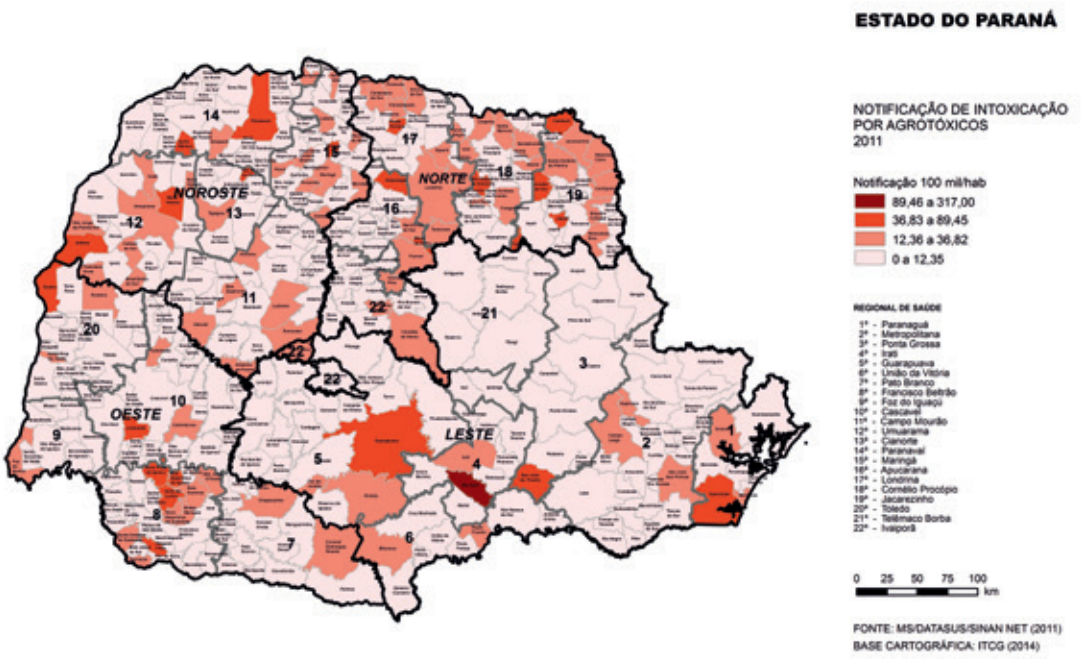
No mercado mundial de agrotóxicos, em 2010, o Brasil se fez representar com 19% dos negócios. Em 2011, houve aumento de mais de 16% no mercado nacional, com destino principal para as lavouras de soja, milho, algodão e cana-de-açúcar, que representam 80% do total das vendas de agrotóxicos no país (SINDAG, 2012 apud IPARDES, 2013).

O Paraná é o terceiro maior estado consumidor deste produto no país, com volume de 96,1 milhões de kg em 2011. Nesse mesmo ano, a taxa de notificações de intoxicação por agente tóxico no Estado foi de 6,99 por 100 mil habitantes, com predomínio dos agrotóxicos (SIAGRO, 2012 apud IPARDES, 2013).

O município de Rio Azul, que pertence à RS de Irati, foi o que mais apresentou notificações de intoxicação por agrotóxicos, com 317/100 mil hab., seguido pelos municípios de Ângulo, com 89,44 (RS de Maringá), Nova Prata do Iguaçu, com 78,37 (RS de Francisco Beltrão), Altônia, com 76,04 (RS de Umuarama) e Salto do Lontra, com 75,39 (RS de Francisco Beltrão).

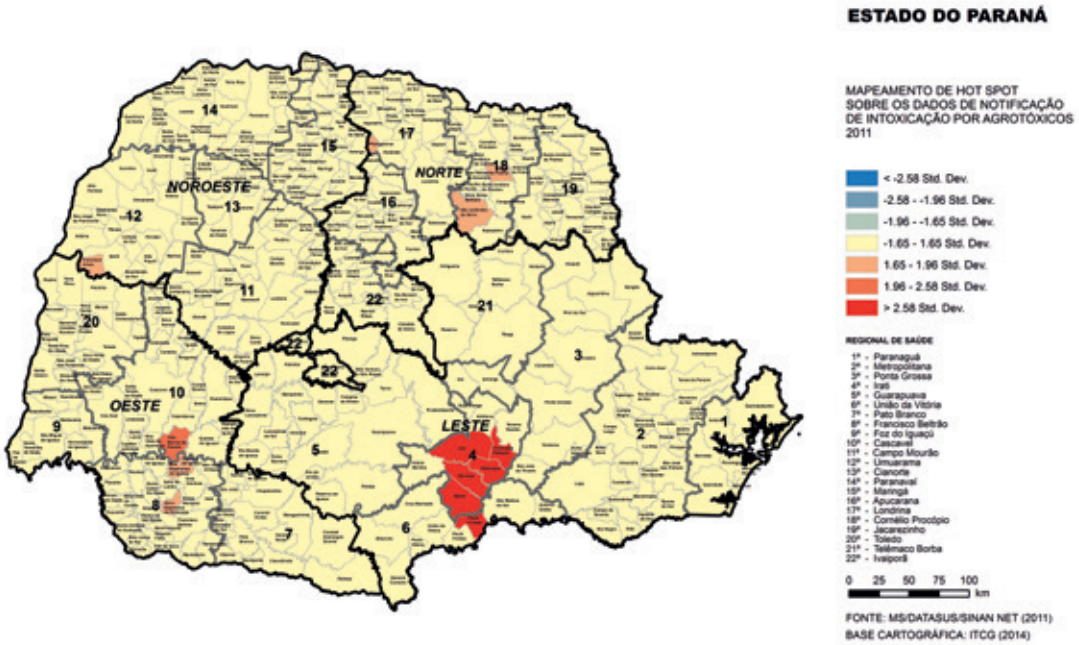
Como pode ser observado no Mapa 25, os municípios citados estão localizados em regionais de saúde bem diferentes e distantes umas das outras. O mesmo se verifica na análise dos 20 municípios com maior número de notificações, apesar de se mostrarem mais presentes na região norte e sul do Estado.

MAPA 25 – NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS – 2011



Essa dispersão também é corroborada pelo mapeamento de Hot Spot (Mapa 26) que apresenta apenas um *clustering* na RS de Irati, ao sul do Estado. O município de Rio Azul, já citado anteriormente por ter o maior número de notificações no Estado, encontra-se nesse grupo. Deve ser destacado que essa é a regional onde ocorrem as áreas com maior produção de fumo no Paraná, as quais se utilizam de grande quantidade de agrotóxicos em seu processo de cultivo.

MAPA 26 – MAPEAMENTO DE HOT SPOT SOBRE OS DADOS DE NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS – 2011



Outro fato que pode ser notado no mapeamento de *cluster* é a falta de agrupamento de municípios com baixos valores de notificações, confirmando também a dispersão para essa faixa de valores.

Considerações complementares

O estudo dos diferentes temas que compreendem o perfil demográfico e socioeconômico do Paraná, uma das bases para a idealização do Plano Estadual de Saúde – período 2016-2019, levantou aspectos essenciais ao estabelecimento das estratégias e prioridades para a implementação da política de saúde para os próximos anos. Revelou, também, características e similaridades significativas em porções do território estadual, que extrapolam as das análises temáticas realizadas.

Um aspecto que merece atenção é a heterogeneidade intraestadual existente, bem como a concentração espacial que emerge na análise do conjunto dos indicadores estudados. O Paraná é um estado complexo que, historicamente, vem se constituindo pela organização de áreas de atividades econômicas e sociais efervescentes, com diferentes níveis de absorção e repulsão populacional, ao mesmo tempo que mantém condições de riqueza e pobreza convivendo lado a lado em seu território, revelando uma desigualdade econômica e social visível espacialmente e interna a qualquer escala.

Os dados relativos à população e à economia evidenciaram a consolidação de espaços com concentração econômica e populacional e o fortalecimento de polos menos desenvolvidos, concentração essa com tendência a ser aprofundada. É para essas espacialidades e polos que permanece convergindo a população, reforçando a dinâmica econômica e demográfica existente.

De outro lado, o estudo referente às condições sociais, ambientais e de infraestrutura habitacional, realizado a partir de dados relativos, calculados em proporções e percentuais, evidenciou a existência de porções territoriais que agregam conjuntos de municípios com indicadores entre os mais críticos do Estado, não por acaso, nas áreas em que a economia estadual é mais frágil e que se caracterizam por perdas de população. Essas porções estão localizadas, especialmente, no Vale do Ribeira e em uma ampla extensão de municípios contíguos situados na porção central e centro-sul do Estado e que se alonga em direção ao Norte Pioneiro. Esse conjunto de condições denuncia que a precariedade e a vulnerabilidade social do Paraná são de natureza estrutural, ou seja, estão fortemente atreladas à dinâmica econômica historicamente em desenvolvimento no Estado e ao papel e à capacidade do poder público de intervir para assegurar as mesmas condições de vida à totalidade da população.

Se, em termos relativos, algumas regiões do Estado se sobressaem com indicadores críticos, os volumes absolutos sinalizam uma realidade ainda mais complexa: as maiores demandas sociais se encontram justamente nos municípios e regiões em que a economia apresenta maior capacidade de geração de valor e renda, registram maior número de habitantes e possuem as taxas mais elevadas de crescimento da população. Incrustada nas periferias dos maiores municípios e das aglomerações urbanas encontra-se uma população volumosa que vive de trabalho precário, com baixos níveis de rendimento, em moradias deficientes e altamente dependente dos serviços públicos sociais.

A idealização e implementação de políticas públicas nessas condições torna-se bastante desafiadora, na medida em que o Estado deve prever ações específicas e gerais pulverizadas para todo o território, para atendimentos em menor escala, e outras mais robustas, para atendimento de demandas numerosas. Por outro lado, o conhecimento dessa realidade propicia o estabelecimento de ações diferenciadas e dirigidas a públicos específicos, e para o estabelecimento de prioridades nos programas que tenham como abrangência todo o território estadual.

A constatação de que os problemas sociais do Estado são de natureza estrutural, por compreender um conjunto de condições que dizem respeito à economia, educação, saúde, renda, infraestrutura urbana, entre outros, indica que a efetividade das políticas setoriais, particularmente as da área social, depende de ações articuladas entre as diversas esferas da sociedade que tenham como foco a melhoria das condições de vida do conjunto da população.

Dessa forma, é fundamental que o Plano Estadual de Saúde esteja conectado a outras políticas governamentais encaminhadas pelo poder público estadual, mas também à ação municipal do setor e às políticas federais de abrangência nacional. Assim como no plano pessoal, a sociedade se organiza a partir de diversas estruturas, em que participam e agem inúmeros sujeitos e instituições, com distintos objetivos e modos de atuação, e que dessa forma influenciam

constantemente seus rumos. Por conseguinte, ações ampliadas e orgânicas, mesmo que tenham foco mais restrito, geralmente conquistam maior êxito.

A condução do planejamento e da ação pública nessas bases emerge como condição fundamental no atual contexto histórico, tendo em vista as tendências demográficas apontadas neste documento. As mudanças na estrutura etária da população, provocadas particularmente pelo declínio da fecundidade, criaram uma janela de oportunidade, com perspectiva de prosperidade econômica. Porém, essa janela deverá se fechar nas próximas décadas e, daí em diante, ser substituída por progressiva pressão decorrente do envelhecimento populacional, com consequências sobre a demanda por serviços de saúde e a sustentabilidade de sistemas previdenciários.

> Essa é uma perspectiva de suma importância para o conjunto da sociedade estadual, que necessita ser incorporada urgentemente nas agendas do planejamento e gestão, tanto dos setores públicos quanto das esferas privadas e de organizações não governamentais, se se pretende estimular o desenvolvimento da economia do Estado e, ao mesmo tempo, intervir para a redução das desigualdades sociais e regionais existentes (MAGALHÃES; CINTRA, 2012, p. 286).

Ou seja, trata-se de um desafio para a sociedade paranaense porque tem de se estruturar para atender às novas demandas geradas pelas transformações em curso e, ao mesmo tempo, superar as demandas tradicionais ainda existentes. Um desafio que se coloca como uma prova da capacidade de vislumbrar, no horizonte de médio e longo prazo, um Paraná includente, como também da capacidade de reunir as inúmeras potencialidades existentes e definir as estratégias e formas adequadas de atuação.

Em continuidade à análise de Indicadores Ambientais e de Infraestrutura trabalhados pelo IPARDES, dá-se destaque à questão da qualidade da água. A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) é uma atribuição do Setor de Saúde dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, desde o ano de 1977, e o Ministério da Saúde estabelece diretrizes e estratégias para a identificação de fatores de risco à saúde associados à água, determinando responsabilidades para a tomada de decisão.

No Paraná, o VIGIAGUA está implantado em todos os municípios, e somente em 24 municípios (6%) as ações não vêm sendo desenvolvidas. Em 2013, o percentual de amostras realizadas pela Vigilância em desacordo (fora dos padrões de potabilidade) com o parâmetro "Coliformes" foi de: 8% para a água distribuída pelos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA); 46% para as Soluções Alternativas Coletivas (SAC); e 83% para as Soluções Alternativas Individuais (SAI). Dos 887 SAAs cadastrados, 872 (98,3%) possuem tratamento da água (desinfecção/cloração), porém, das 4.659 SACs cadastradas, somente 7% possui tratamento. Constata-se que as Soluções Alternativas Coletivas e Individuais, que não têm suas águas tratadas, trazem risco à saúde dos usuários (SISAGUA, 2013).

Outro fator importante refere-se ao uso intenso de agrotóxicos na agricultura. A taxa de crescimento do mercado brasileiro de agrotóxicos, entre 2000 e 2010, foi de 190%, contra 93% do mercado mundial. O volume total de agrotóxicos comercializados no Paraná (terceiro maior Estado consumidor de agrotóxico do Brasil), em 2011, foi de 96,1 milhões de kg. Se comparado aos valores de 2008, houve um incremento de 20,3% (IPARDES, 2013).

Tem-se ainda a intensificação dos desastres naturais, provocados ou não por mudanças climáticas, principalmente as enchentes, deslizamento de terras e vendavais; o que chama a atenção dos gestores públicos e requer melhor gerenciamento no que diz respeito à ocupação do solo e do espaço urbano. Em 22 anos, no período de 1991 a 2012, do total de 38.996 registros ocorridos no Brasil, a Região Sul se enquadra na segunda mais atingida, com 13.255 registros. Destes, 2.469 foram em 375 municípios paranaenses, e os principais eventos do Paraná foram: estiagens, inundações, vendavais, ciclones/tornados, granizos, geadas, incêndios, erosões e movimentação de terra; que afetaram 6.974.117 paranaenses, dos quais 2.943 ficaram enfermos; 93.158, desabrigados; e 290.520, desalojados, com um total de 71 registros de mortes. Dentre os 50 municípios mais atingidos no período de 1991 a 2012, cinco são paranaenses: Francisco Beltrão, Araucária, Cascavel, Guarapuava e Ponta Grossa (CEPEC/UFSC, 2013). Entre 2013 e

2015, registraram-se 1.748 ocorrências de desastres naturais em 342 municípios, com 3.684.366 paranaenses afetados (SISDC/PR, 2015), indicando que, nos últimos três anos, o número de ocorrências e de afetados no Paraná já equivale a 60% das ocorrências e 52% dos afetados em 22 anos, no período de 1991 a 2012.

1.2.2 Perfil Epidemiológico

Os indicadores de saúde medem na população diferentes aspectos relacionados à função ou incapacidade, ocorrência de doenças, agravos ou óbitos, bem como os aspectos relacionados aos recursos e ao desempenho dos serviços de saúde.

Os indicadores de morbidade medem a frequência de problemas de saúde específicos, como agravos ou doenças: infecções, cânceres, acidentes de trabalho, etc. As fontes de dados costumam ser os registros de hospitais e serviços de saúde, notificação de doenças sob vigilância e enquetes de soroprevalência e de autorrelato de doenças, entre outros. É necessário mencionar que as doenças crônicas, por sua longa duração, requerem o monitoramento das etapas clínicas, por isso é preferível contar com os registros de doença (por exemplo: câncer, defeito congênito, etc.) (NEWCOMER, 1997).

Os indicadores de **mortalidade** geral ou por causas específicas permitem comparar o nível geral de saúde e identificar causas de mortalidade relevantes, como acidentes, tabagismo, etc. A mortalidade se apresenta geralmente como números absolutos, proporções, ou taxas por idade, sexo e causas específicas.

O trabalho da saúde pública parte da constatação de uma realidade de saúde não desejável em uma população e aponta para conseguir mudanças sociais, deliberadas e sustentáveis nessa população. O foco epidemiológico consiste basicamente em: i) a observação dos fenômenos de saúde e doença na população; ii) a quantificação deles em frequências e distribuições; iii) a análise das frequências e distribuições de saúde e de seus determinantes; e iv) a definição de cursos de ação apropriados.

Em todo esse processo, os procedimentos e técnicas de quantificação são de grande relevância, e a capacitação da equipe local de saúde nesses aspectos do enfoque epidemiológico é consequentemente fundamental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

A **Mortalidade Materna** é um indicador de saúde que revela as grandes disparidades entre áreas ricas e pobres, urbanas e rurais, tanto dentro dos países, quanto entre eles (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma redução mundial da mortalidade. Contudo, o desafio ainda se configura uma realidade representada por 293 mil mortes maternas em 2013 por complicações relacionadas à gravidez; já nos países caribenhos e latino-americanos, essa cifra representa 9,3 mil. Desde a década de 90 até 2013, o Brasil está entre os dez países latino-americanos que tiveram as maiores reduções, apresentando uma redução da mortalidade materna de 43%.

Há grandes desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento quanto ao risco de uma mulher morrer por causas maternas relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério. A mulher que vive em um país em desenvolvimento tem 33 vezes mais chances de morrer por causas maternas em comparação a uma mulher que vive em um país desenvolvido (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016).

No Brasil, a mortalidade materna se configura um desafio cujas proporções se diferenciam entre as regiões, sendo evidentes as disparidades entre as variáveis que caracterizam o óbito (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), embora os resultados sejam preliminares, o Brasil teve cerca de 1.178 óbitos maternos declarados em 2015. Destes, 821 são de causas obstétricas diretas, 323, indiretas e, 34, não especificadas (BRASIL, 2016). No ano de 2015, a Região Sul foi a segunda região do país de menor frequência de óbitos maternos, e o Paraná teve o maior número de óbitos maternos da Região (Tabela 14).

TABELA 14 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NV, BRASIL, REGIÃO SUL E SEUS ESTADOS – 2015

LOCALIDADE	RMM/100.000 NV
Brasil	58,1
Sul	34,5
Paraná	41,7
Santa Catarina	28,9
Rio Grande do Sul	31,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM/TabNet, 15 jan. 2016.

A partir do ano de 2012, o Centro de Epidemiologia (CEPI), da Superintendência de Vigilância em Saúde/SESA, iniciou o desenvolvimento da Sistematização da Investigação do Óbito Materno (SIOM), visando ampliar a busca de óbitos maternos não declarados dentre os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), a qual foi implementada em sua atual configuração a partir de 2013 e consolidou o potencial do monitoramento de possíveis óbitos maternos e dos processos investigatórios dos óbitos de MIF (MELANDA et al., 2014).

A Região Sul do país tem a maior proporção de óbitos de MIF investigados, e o Paraná é o estado com melhor desempenho da Região (Quadro 2), o que pode contribuir para a redução da subnotificação e melhor reconhecimento dos óbitos maternos. Tal condição deve ser considerada ao ser analisada a ocorrência de óbitos maternos no Paraná. O indicador de investigação do óbito materno na linha de 100% e o de óbito em MIF com proporções acima de 80%, em todas as regiões de saúde do Estado, possibilitam um melhor diagnóstico para o planejamento de ações visando à melhoria da atenção à saúde da mulher.

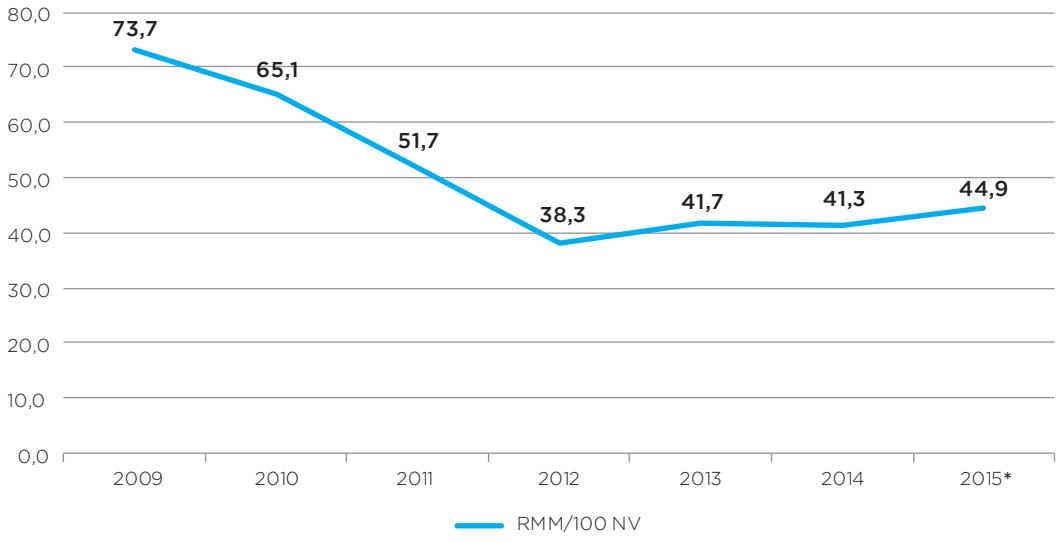
QUADRO 2 – PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE MIF NO BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL – 2010-2014*

Região/UF	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Brasil	**76,48**	**82,65**	**84,95**	**87,64**	**83,70**	**83,09**
Região Norte	61,30	62,05	75,33	81,57	76,26	71,50
Região Nordeste	71,10	75,03	77,04	80,7	73,97	75,62
Região Sudeste	80,08	87,66	88,27	90,4	88,81	87,00
Região Centro-Oeste	67,86	83,49	89,41	91,73	82,62	83,16
Região Sul	**87,98**	**92,81**	**93,35**	**94,24**	**92,55**	**92,16**
Paraná	98,28	99,75	99,97	99,53	97,43	99,00
Santa Catarina	84,61	80,14	82,67	90,92	87,48	85,12
Rio Grande do Sul	79,65	92,73	92,89	90,89	90,43	89,27

Fonte: MS/SVS/CGIAE/Tabnet,18 jan. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná apresentou expressiva diminuição no período entre 2009 e 2015 (Gráfico 3). No ano de 2009, houve o surto de influenza por H1N1, e os grupos de mulheres grávidas e de crianças foram mais vulneráveis ao potencial de letalidade nas infecções causadas por esse vírus. O maior declínio da RMM na série histórica de 2009 a 2015 aconteceu em 2012, ano em que foi implantada a Rede Mãe Paranaense. Nos anos subsequentes, houve um incremento desse coeficiente, contudo, o índice permanece menor que os anteriores a 2012. Cabe ressaltar que, no ano de 2014, dois dos 66 óbitos maternos foram de mulheres de naturalidade haitiana, o que reflete o movimento migratório da população desse país para o Brasil e condições específicas desse grupo.

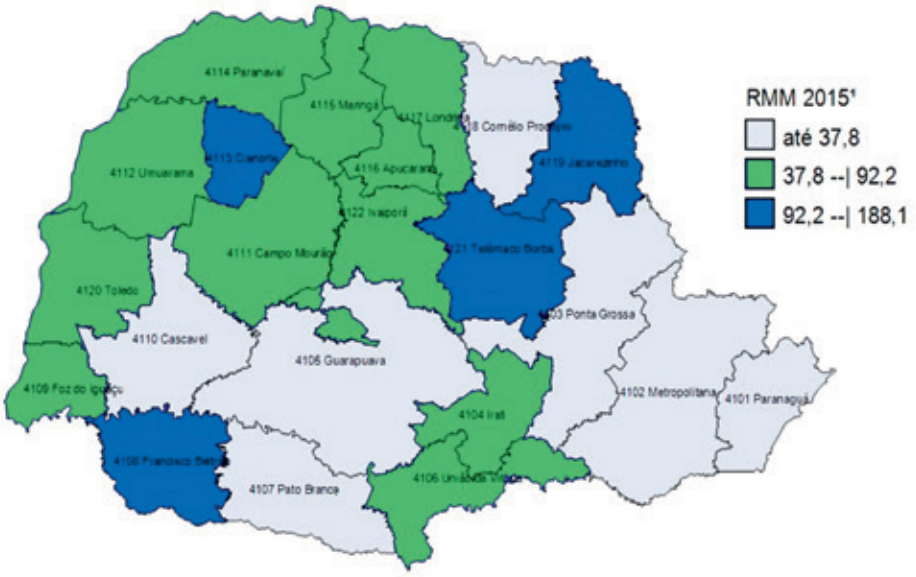
GRÁFICO 3 – SÉRIE TEMPORAL DA RMM POR 100.000 NV, PARANÁ – 2009-2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, 1 fev. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Em 2015, sete Regionais de Saúde – RS (Cascavel, Guarapuava, Pato Branco, Cornélio Procópio, Ponta Grossa, Metropolitana e Paranaguá) tiveram os menores índices de RMM do Paraná (até 37,8 óbitos maternos/100.000 NV), e quatro RS detiveram os maiores, variando entre 92,3 a 188,1 (Francisco Beltrão, Cianorte, Telêmaco Borba e Jacarezinho) (Mapa 27). Este cenário demanda permanente análise e articulação com a Rede Mãe Paranaense, Comitê de Mortalidade Materna, Grupo Técnico de Agilização de Revisão dos Óbitos (GTARO) e outros setores da SESA, para adequação das ações loco-regionais referentes à vigilância do óbito materno (Mapa 27).

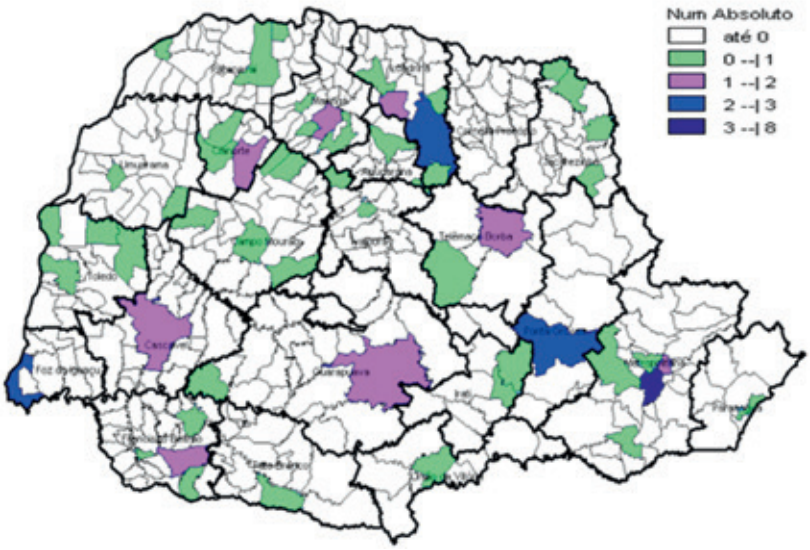
MAPA 27 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000/NV, SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE, PARANÁ – 2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, 1 mar. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Quando se estratificam por município, os índices da RMM variam de zero a mais de 4 mil mortes por cem mil nascidos vivos (NV). Essa variância ocorre em localidades com poucos nascimentos, o que é característica da maioria dos municípios paranaenses com baixa densidade demográfica, como descrito anteriormente no perfil sociodemográfico. Tal condição também está presente em outras unidades da Federação, de tal forma que o Ministério da Saúde (MS), em seu "Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015", recomenda que, para municípios com população menor que 100 mil habitantes, os indicadores de mortalidade materna e infantil sejam representados pelo número absoluto de óbitos. O Paraná tem apenas 20 municípios (5% do total) com mais de cem mil habitantes. Desta maneira, é necessário que a representação de mortalidade materna por município seja expressa em números absolutos (Mapa 28).

MAPA 28 – NÚMERO ABSOLUTO DE MORTALIDADE MATERNA, SEGUNDO MUNICÍPIOS, PARANÁ – 2015*

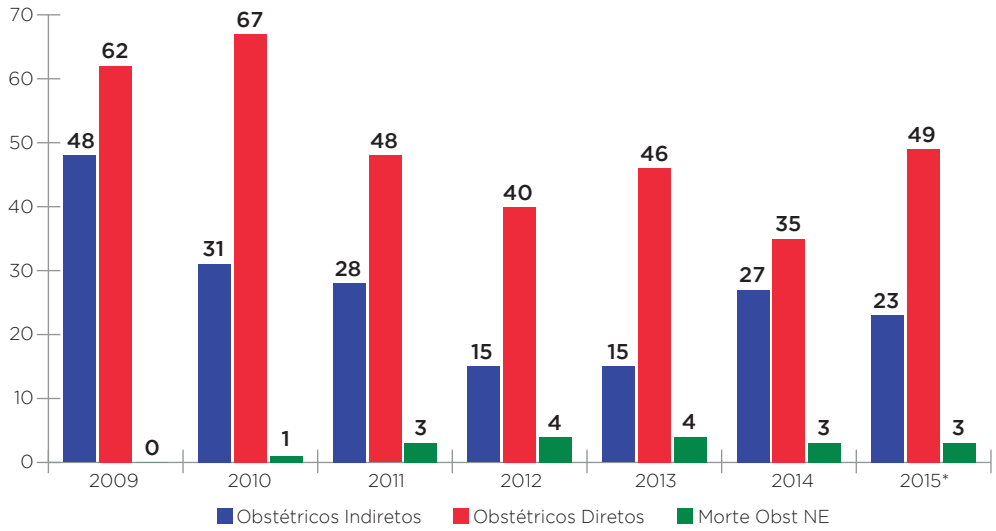


Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, 15 mar. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Uma avaliação mais formal da estabilidade do sistema por modelagem de procedimentos deve ser considerada na aplicação de avaliação de resultados. É importante registrar que o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), assim como o formulário de Declaração de Óbito, passou por atualizações ao longo do tempo. No Paraná, com a criação do GTARO, obteve-se maior agilidade nas investigações dos óbitos de MIF, com redução no tempo de conclusão. Em 2009, esse tempo era de aproximadamente 700 dias, e foi reduzido atualmente para menos de 50 dias.

Quanto às causas de mortalidade materna no Brasil, desde o ano de 2010, a maior concentração é de natureza diretamente relacionada à gravidez, parto e puerpério (hipertensão gestacional e hemorragias). A única causa indireta que aparece entre as principais relacionadas à morte materna é a doença circulatória agravada pela gravidez e pelo parto (OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, 2016). No Paraná, as mortes obstétricas diretas representam a maior causa de mortalidade materna (Gráfico 4).

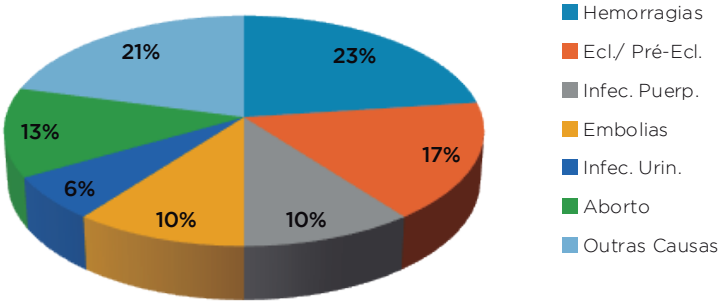
GRÁFICO 4 – NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS, INDIRETAS E NÃO ESPECIFICADAS, PARANÁ – 2010-2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, 25 fev. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Diferentemente do cenário nacional, no Paraná, em 2010, as ocorrências de óbitos por hemorragias apresentaram a mesma incidência que as hipertensões gestacionais, tornando-se a principal causa obstétrica direta a partir de 2011, seguida por hipertensão gestacional (Gráfico 5). Embora a hipertensão gestacional ainda represente uma importante causa de mortalidade materna, houve uma expressiva redução de 60% dessas ocorrências, em comparação ao ano de 2010, com 20 casos, e ao ano de 2015, com 8 casos; com média anual de 8,5 casos desde a implantação da Rede Mãe Paranaense. A diminuição das causas de morte materna por hipertensão gestacional evidencia um cenário de óbitos maternos por hemorragias que já estava estabelecido, com uma média de 14 casos no período de 2010 a 2015. Dessa forma, são necessárias análises mais aprofundadas dos fatores determinantes desses óbitos, a fim de propor medidas de ação para a redução da mortalidade por hemorragias. Já em relação à infecção puerperal, embolias de origem obstétricas e abortos, houve aumento dessas ocorrências, enquanto as infecções urinárias apresentaram tendência de redução em 2015 (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO TIPO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS, PARANÁ – 2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, 25 fev. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

No indicador nacional, a principal causa de morte obstétrica indireta está relacionada a doenças do aparelho circulatório. Esse cenário não difere do encontrado nos países da América Latina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Já no Paraná, até 2014, as doenças do aparelho circulatório se configuraram a principal causa obstétrica indireta. A partir de 2015, nota-se uma marcante redução dessa causa. Tal condição remete à necessidade de uma análise mais aprofundada sobre os elementos que implicaram nessa mudança de cenário.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de um indivíduo morrer em seu primeiro ano de vida e tem o potencial de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações da atenção ao pré-natal e parto, e é um indicador utilizado para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população (RIPSA, 2008).

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes (ONU-BR, 2015). De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), os países do continente africano apresentam as maiores taxas do planeta. Já os Estados Unidos tiveram em 2013 TMI de 3,5 óbitos de menores de 01 ano/1.000 nascidos vivos (NV), uma das menores taxas globais. Nesse mesmo ano, o Brasil apresentou TMI de aproximadamente 13 óbitos de menores de 01 ano/1.000 NV, e, no Paraná, a TMI foi de 10,94 óbitos/1.000 NV.

No Brasil, a Região Sul é a que tem a menor TMI, e o Paraná apresentou o maior índice histórico entre esses estados (Tabela 15).

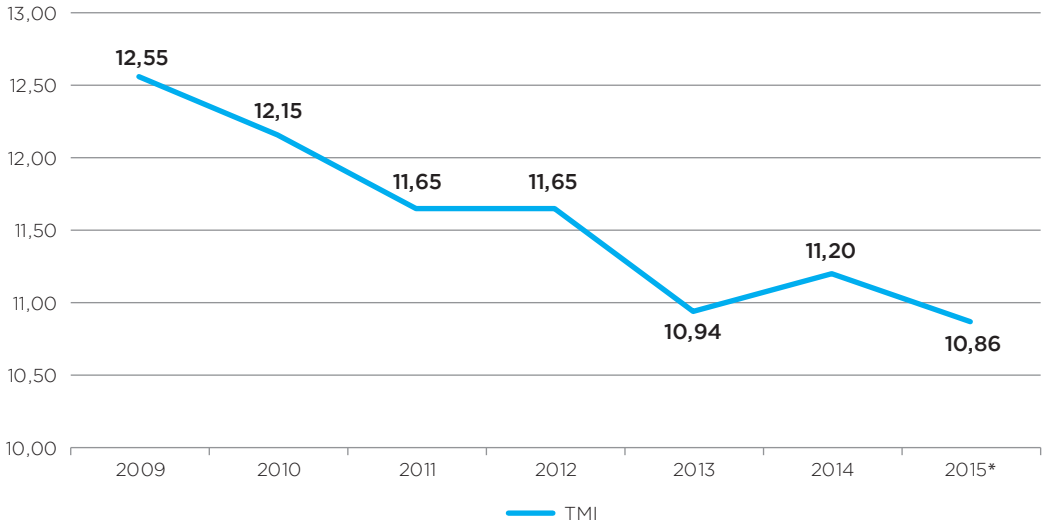
TABELA 15 – SÉRIE TEMPORAL DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV NO BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL – 2009-2014*

REGIÃO/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Brasil	**14,8**	**13,9**	**13,6**	**13,5**	**13,4**	**12,9**	**13,7**
Região Norte	18,0	17,3	16,2	16,6	16,5	15,7	16,7
Região Nordeste	17,0	15,7	15,3	15,1	15,5	14,5	15,5
Região Sudeste	13,2	12,6	12,4	12,2	12,0	11,7	12,3
Região Sul	11,9	11,4	11,6	11,1	10,7	10,7	11,2
Paraná	12,5	12,1	11,7	11,7	11,0	11,2	11,7
Santa Catarina	11,3	10,5	11,8	10,6	10,5	10,2	10,8
Rio Grande do Sul	11,5	11,2	11,5	10,8	10,6	10,7	11,0
Região Centro-Oeste	14,6	13,8	13,5	13,6	13,6	13,0	13,7

Fonte: MS/SVS/CGIAE/Tabnet.
*Dados preliminares, sujeitos a alteração.

No Paraná, a mortalidade infantil teve um declínio na análise da série histórica de 2009 a 2015 (Gráfico 6 e Tabela 16). À medida que essa taxa diminui, percebe-se que as causas se tornam mais difíceis de redutibilidade, em vista da complexidade do cenário epidemiológico, seja pelos determinantes ou pela necessidade de tecnologia mais avançada.

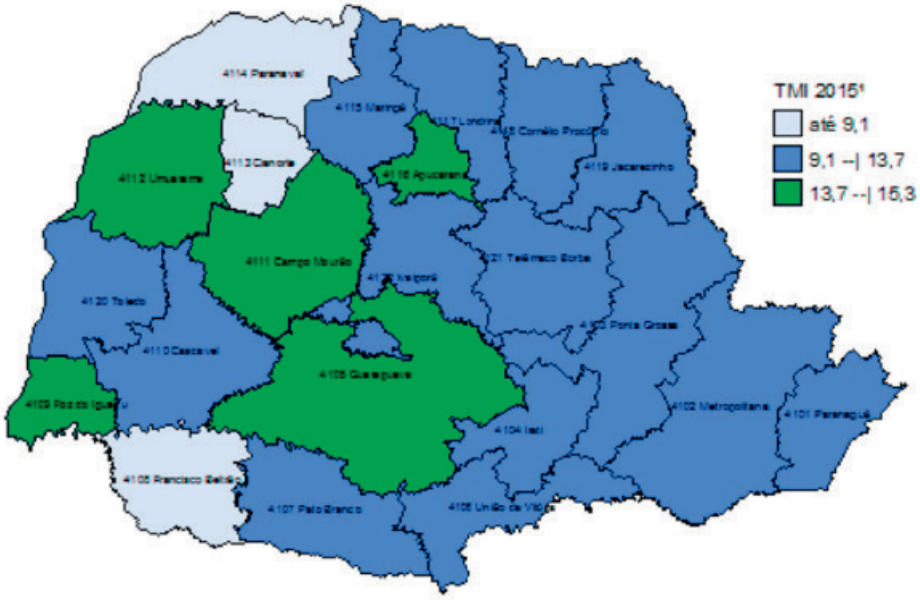
GRÁFICO 6 – SÉRIE TEMPORAL DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV NO PARANÁ – 2009-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC, 4 jan. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Semelhante aos resultados heterogêneos das regiões nacionais, as regiões de saúde do Paraná também apresentam um perfil de mortalidade infantil que varia em seu coeficiente. Em 2015, Francisco Beltrão, Cianorte e Paranavaí foram as três RS com as menores TMI do Paraná (até 9,1 óbitos de menores de 01 ano por 1.000 NV). Enquanto que Guarapuava, Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Umuarama e Apucarana foram as cinco RS que tiveram as maiores TMI, entre 13,8 e 15,3 (Mapa 29). Dessa forma, estabelece-se a necessidade permanente de análise conjunta e articulação com a Rede Mãe Paranaense, Comitê de Mortalidade Infantil, GTARO e outros setores da SESA, bem como com o COSEMS e CIB – estadual e regionais, para adequação das ações loco-regionais referentes à vigilância do óbito infantil.

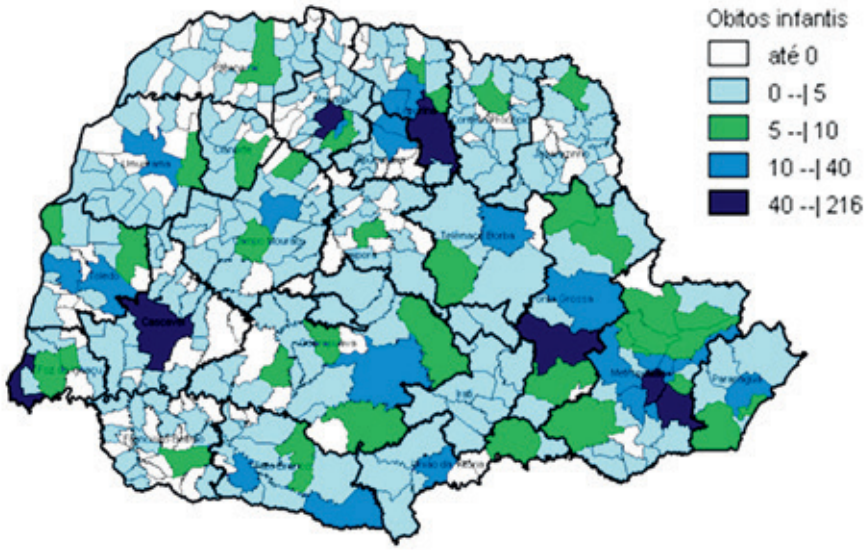
MAPA 29 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ – 2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC, 4 jan. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Já ao se estratificar a TMI por municípios do Estado, a característica heterogênea se manifesta de forma ainda mais expressiva, uma vez que esse coeficiente sofre influências do número de nascidos vivos, assim como acontece com a mortalidade materna. Os índices de morte em menores de um ano, nos municípios, variam de zero a mais de 216 mortes por 1.000 nascidos vivos. Assim como na mortalidade materna, o MS, em seu "Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015", recomenda que o indicador de mortalidade infantil seja representado pelo número absoluto de óbitos, em municípios com menos de 100 mil habitantes. Dessa maneira, a melhor representação de mortalidade infantil por municípios do Paraná é expressa em números absolutos (Mapa 30).

MAPA 30 – NÚMEROS ABSOLUTOS DE ÓBITOS INFANTIS, SEGUNDO MUNICÍPIOS, PARANÁ – 2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC, 1 mar. 2016.
• Dados preliminares, sujeitos a alteração.

O Paraná é o estado brasileiro com os melhores resultados proporcionais de investigação do óbito fetal e infantil entre as regiões e os estados da Região Sul (Tabela 16).

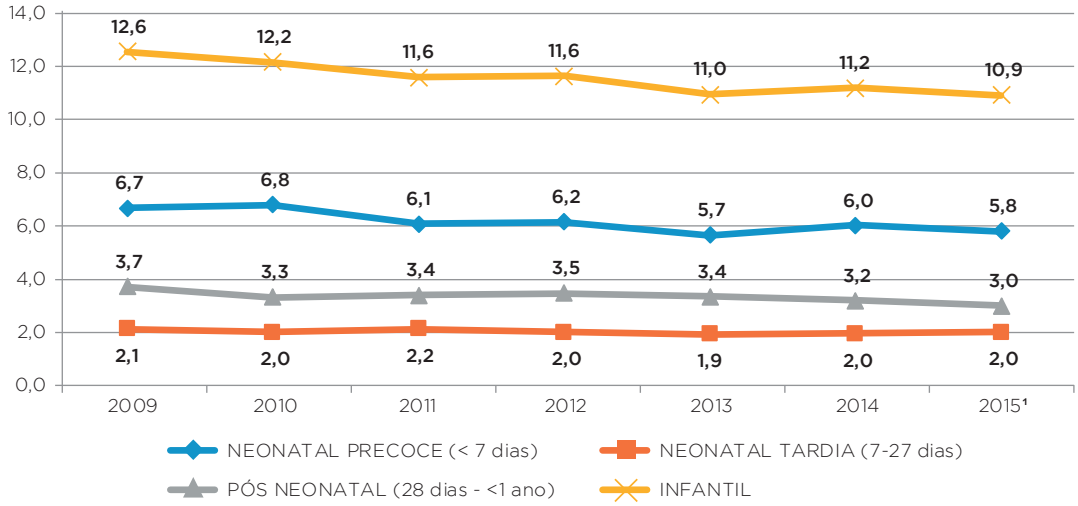
TABELA 16 – PROPORÇÃO (%) DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, NO BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL – 2010-2014*

REGIÃO/UF	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	47,25	59,02	65,2	71,96	72,0
Região Norte	27,48	37,88	43,43	56,59	56,6
Região Nordeste	42,83	53,76	59,61	67,08	67,1
Região Centro-Oeste	47,31	69,07	78,00	79,98	80,0
Região Sudeste	53,45	64,19	71,05	74,6	74,6
Região Sul	63,37	75,02	78,91	90,66	90,7
Paraná	65,52	77,94	85,42	96,69	96,7
Santa Catarina	42,54	63,7	67,86	82,34	82,3
Rio Grande do Sul	72,54	78,46	77,99	89,08	89,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE/Tabnet.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Outro aspecto a ser considerado refere-se aos componentes etários da TMI. O componente neonatal (menor que 28 dias de vida) tem maior destaque na mortalidade infantil global (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016) e no Brasil (BRASIL, 2014). No Paraná, essa característica se reflete da mesma maneira (Gráfico 7). Esse cenário aponta para uma relação dos determinantes do óbito neonatal com a assistência ao pré-natal, assistência hospitalar para o parto e ao recém-nascido.

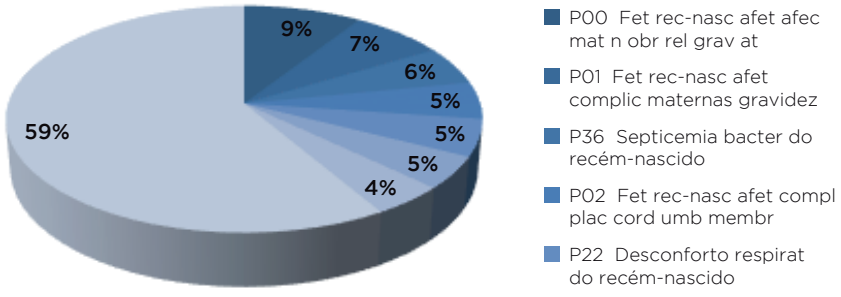
GRÁFICO 7 – SÉRIE TEMPORAL DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV, SEGUNDO COMPONENTE ETÁRIO, PARANÁ – 2009-2015*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC, 4 jan. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Quanto às principais causas de óbitos infantis no Paraná, destacam-se as relacionadas às afecções e complicações maternas, o que explica a prevalência do componente neonatal precoce na mortalidade infantil do Estado (Gráfico 8).

GRÁFICO 8 – PROPORÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL, SEGUNDO PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO, PARANÁ – 2014*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC, 1 mar. 2016.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O monitoramento dos sistemas de informação por meio da vigilância em saúde constitui-se uma estratégia imprescindível para dar visibilidade à magnitude e ao impacto das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) na população, em certo tempo e local. Nesse grupo são monitoradas: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), causas externas (acidentes e violências), agravos da saúde do trabalhador e eventos adversos de interesse da saúde pública.

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis** (DCNT) incluem: neoplasias malignas, diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC). Em 2013, no Brasil, as DCNTs corresponderam a 72% de todas as mortes: 31,3% devido a DAC; 16,3%, a neoplasias; 5,2%, a diabetes e 5,8% a DRC (BRASIL, 2015). No Paraná, em 2014, as proporções de morte eram: Doenças do Aparelho Circulatório, 28,3%; neoplasias, 18,1%; diabetes, 4,7%; e doenças respiratórias crônicas, 6,3%. A maior prevalência de DCNT foi na Região Sul, com 52,1%, e no Paraná, 52,3% (PNS, 2013).

O aumento da ocorrência das doenças crônicas observado nas últimas décadas está relacionado às mudanças no comportamento e estilo de vida; ao aumento da industrialização e da urbanização; à melhoria da qualidade da assistência em relação às doenças infecto-parasitárias, da imunização, do saneamento básico e da escolaridade. Tudo isso contribuiu para o aumento da população idosa na pirâmide etária (BRASIL; OPAS, 2005).

No Paraná, observou-se nos últimos anos uma redução nas taxas de mortalidade pelas DCNTs, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde da população; porém, as DCNTs constituem-se ainda um problema de saúde de grande magnitude.

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), como se pode observar na Tabela 17, são a primeira causa de morte da população total do Paraná; as neoplasias (câncer), a segunda causa; Causas Externas (CE), ou seja, diferentes formas de violência e acidentes, a terceira; e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), a quarta. Na infância e adolescência, além das CE, as neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso têm destaque. As Causas Mal Definidas (MD) representaram 3,3% nas classificações de óbitos no Paraná.

TABELA 17 – PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2014

Lugar	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70a e mais	TOTAL
1º	AAOPP	CE	CE	CE	CE	CE	CE	CE	Neoplasias	DAC	DAC	DAC
	1039	69	60	123	880	2164	1703	1255	2383	4015	5623	20311
2º	MCDAC	MCDAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	DAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
	526	42	31	44	59	153	424	1054	2278	1238	2670	13098
3º	CE	DSN	DSN	DSN	DSN	DAC	DAC	DAC	CE	DAR	DAR	CE
	75	38	26	33	45	100	323	964	962	1220	5624	9180
4º	DAR 65	Neoplasias 30	MCDAC 16	ADIP 11	DAC 31	ADIP 90	ADIP 235	DAD 536	DAD 749	DENM 923	DENM 2266	DAR 8001
5º	Mal Definidas 39	ADIP 27	ADIP 6	DAC 12	Mal Definidas 26	DSN 76	DAD 184	ADIP 323	DAR 607	DAD 799	DAD 1609	DENM 4141
6º	ADIP 43	DAR 26	DAC DEMN 4	Mal Definidas 10	DAR 16	DAR 59	TMC 99	DAR 275	DENM 553	CE 609	DSN 1537	DAD 3980
7º	DSN 14	DENM 15	Mal Definidas DSOHTI 5	DAD 9	ADIP 15	Mal Definidas 50	DAR 98	DENM 233	ADIP 369	ADIP 351	Mal Definidas 1318	MD 2350
8º	Neoplasias 12	DAD 13	DAG 2	DAR 7	DAD 13	DAD 55	MD 88	TMC 200	MD 279	MD 319	CE 1202	ADIP 2322
9º	DENM 12	Mal Definidas 10	DAR AAOPP 2	MCDAC DENM DSOHTI 6	GPP 11	DENM 38	DENM 85	MD 180	TMC 197	DAG 265	DAG 983	DAG 1542
10º	DAC 11	DAC DSOHTI 8	DAG DPTS DSOTC TMC	DSOTC 3	DAG 9	GPP 33	DSN 70	DSN 93	DAG 141	DSN 173	ADIP 850	DSN 2224
											Total todas as causas	70.448

Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB, em 4 jan. 2016.

A primeira causa de morte no sexo masculino (Tabela 18) são as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), com 26,7% dos óbitos; seguida pelas Causas Externas (CE), com 18,4%; e em terceiro lugar, as neoplasias, com 18,0%. Causas Externas são a primeira causa de óbito de pessoas na faixa etária de 1 a 49 anos. No entanto, é relevante a importância que as CEs têm na mortalidade de homens de 15 a 39 anos (38,6%). Na faixa etária a partir de 60 anos, têm destaque as DACs (78,5%), as neoplasias (68,8%) e as Doenças do Aparelho Respiratório (47,1%), principalmente a partir dos 70 anos.

Na faixa de 10 a 19 anos estão: CEs, em primeiro lugar e, em seguida, as neoplasias, DSNs e DACs. Na faixa de 20 a 59 anos, em primeiro lugar, as CEs e as DACs; em segundo, as neoplasias e as DACs; em terceiro, as Doenças Infectoparasitárias (DIP), neoplasias e CE.

TABELA 18 – PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA, SEXO MASCULINO, PARANÁ – 2014

Lugar	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70a e mais	TOTAL
1º	AAOPP	CE	CE	CE	CE	CE	CE	CE	DAC	DAC	DAC	DAC
	577	43	36	84	763	1904	1478	1067	1429	2439	6000	10748
2º	MCDAC	MCDAC	Neoplasias	DSN NEO	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	CE
	268	24	16	20	37	92	196	579	1299	1859	3247	7422
3º	DAR	DSN	DSN	DAC E MD	DSN	ADIP	Neoplasias	Neoplasias	CE	DAR	DAR	Neoplasias
	41	20	13	7	25	61	170	493	802	676	2743	7255
4º	CE 41	ADIP 18	MCDAC 11	DAD 6	DAC 22	DAC 56	ADIP 146	DAD 427	DAD 540	DAD 506	DENM 949	DAR 4101
5º	MD 21	Neoplasias 17	DENM DSOHTI 4	ADIP 3	MD 17	DSN 46	DAD 135	ADIO 225	DAR 353	CE 485	DAD 771	DAD 2443
6º	ADIP 21	DAR 14	DAC 3	DAR DOAM DENM 2	DAD 8	MD 35	TMC 88	TMC 177	DENM 317	DENM 460	CE 649	DENM 1919
7º	DSN 8	DAD 9	DAD ADIP AAOPP 2	DAG 1	ADIP 7	DAR 34	MD 68	DAR 170	ADIP 247	ADIP 223	MD 624	MD 1351
8º	DAC 8	DSOHTI 8	MD 1		DAR 5	DAD 33	DAR 61	MD 131	MD 212	MD 209	DAG 510	ADIP 1328
9º	DENM 7	DENM 6			DAG 4	TMC 20	DSN 47	DENM 123	TMC 164	DAG 155	DSN 578	DSN 995
10º	DSOHTI DAD 6	MD 4			MCDAC 3	DENM 14	DENM 37	DSN 66	DAG 80	TMC 120	ADIP 375	DAG 824
											Total todas as causas	40.276

Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB, em 4 jan. 2016.

A primeira causa de óbito no sexo feminino (Tabela 19) é também o grupo das Doenças do Aparelho Circulatório, correspondendo a 31,7% do total de mortes, depois, as neoplasias (19,4%) e as Doenças do Aparelho Respiratório (12,9%). CEs são a primeira causa de morte para a faixa etária de 1 a 29 anos. As neoplasias ganham importância em quase todas as faixas etárias femininas, constituindo-se a primeira causa de morte dos 30 aos 59 anos. As DACs prevalecem a partir dos 60 anos entre as mulheres, período que ganham importância também as DARs.

Na faixa de 10 a 19 anos, as CEs estão em primeiro lugar e, em seguida, as neoplasias e as DSNs. Na faixa de 20 a 59 anos, as CEs e neoplasias estão em primeiro lugar; neoplasias, CEs e DACs ,em segundo; e as DACs, CEs e DARs, em terceiro. A partir de 60 anos, as DACs aparecem em primeiro lugar, neoplasias em segundo e DARs em terceiro.

TABELA 19 – PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA, SEXO FEMININO, PARANÁ – 2014

Lugar	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70a e mais	TOTAL
1º	AAOPP	CE	CE	CE	CE	CE	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAC	DAC
	461	26	24	39	117	260	259	561	1084	1576	6559	9563
2º	MCDAC	DSN	Neoplasias	Neoplasias	DSN	Neoplasias	CE	DAC	DAC	Neoplasias	DAR	Neoplasias
	256	18	15	24	20	61	225	385	849	1379	2881	5843
3º	CE	MCDAC	DSN	DSN	Neoplasias	DAC	DAC	CE	DAR	DAR	Neoplasias	DAR
	34	18	13	13	22	44	127	188	254	544	2423	3900
4º	DAR 24	Neoplasias 13	MCDAC 5	ADIP 8	DAR GPP 11	GPP 33	ADIP 89	DENM 110	DENM 236	DENM 463	DENM 1317	DENM 2222
5º	ADIP 22	DAR 12	ADIP 4	DAR 5	MD 9	DSN 30	DENM 48	DAR 105	DAD 209	DAD 293	DSN 959	CE 1753
6º	MD 18	ADIP DENM 9	MD 3	DAC 5	ADIP DENM 8	ADIP 29	DAD 49	DAD 109	CE 160	ADIP 128	DAD 838	DAD 1537
7º	Neoplasias 7	MD 6	DAR 2	DAD 3	DAC 9	DAR 25	DAR 37	ADIP 98	ADIP 122	CE 124	MD 694	DSN 1229
8º	DSN 6	DAD DAC 4	DSOTC DAD DAC 1	MCDAC 3	DSOTC 6	DENM 24	GPP 28	MD 49	MD 67	MD 110	CE 553	MD 996
9º	DENM 5			DENM 2	DAD DAG 5	DAD 22	MD DAG 20	DAG 38	DAG 61	DAG 110	DAG 473	ADIP 992
10º	DAD 4				MCDAC 3	MD 15	DSOTC 18	DSN 27	DSN 48	DSN 71	ADIP 475	DAG 718
											Total todas as causas	30.159

Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB, em 4 jan. 2016.

Legenda das cores

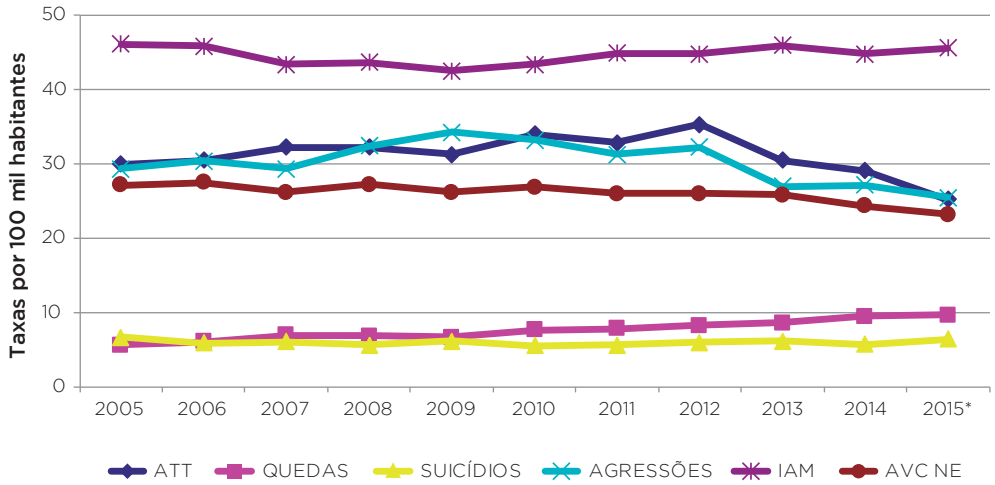
CE	Neoplasias	DAC	DSN	MCDAC	DAR

Legenda das siglas

AAOPP – Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
ADIP – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias
CE – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DAD – Doenças do Aparelho Digestivo
DAG – Doenças do Aparelho Geniturinário
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
DENM – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DPTS – Doenças de Pele e Tecido Subcutâneo
DSN – Doenças do Sistema Nervoso
DSOHTI – Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários
DSOTC – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
GPP – Gravidez, Parto e Puerpério
MCDAC – Malformações Congênitas e Deformidades e Anomalias Cromossômicas
Mal Definidas (MD) – sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais
TMC – Transtornos Mentais e Comportamentais

No Gráfico 9, está demonstrada a diminuição das taxas de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), agressões, Acidente Vascular Cerebral não Especificado (AVC NE), no Paraná, entre os anos de 2005 a 2015, como consequência dos investimentos nas ações de promoção, atenção aos diferentes níveis, com destaque para a urgência e emergência. Houve aumento das taxas de morte por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), quedas e lesões provocadas intencionalmente (suicídios), indicando necessidade de mais ações intersetoriais direcionadas a esses grupos de causas.

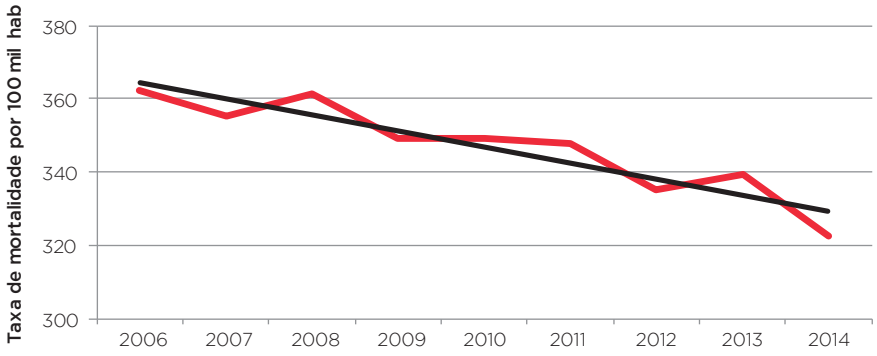
GRÁFICO 9 – MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS ESPECIFICADAS, INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO, PARANÁ – 2005-2015



Fonte: SIM-PR, base de dados de 25 fev. 2016, e população IBGE projetada de 2000 a 2030.
* Dados preliminares sujeitos a alteração.

A morte de pessoas entre 30 e 69 anos por DCNT é considerada prematura. Observa-se no Paraná uma tendência decrescente entre os anos de 2006 a 2014 (Gráfico 10), especialmente por causa da diminuição das taxas de morte por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), consequência de ações na atenção primária, nos serviços de urgência e emergência e na promoção da saúde.

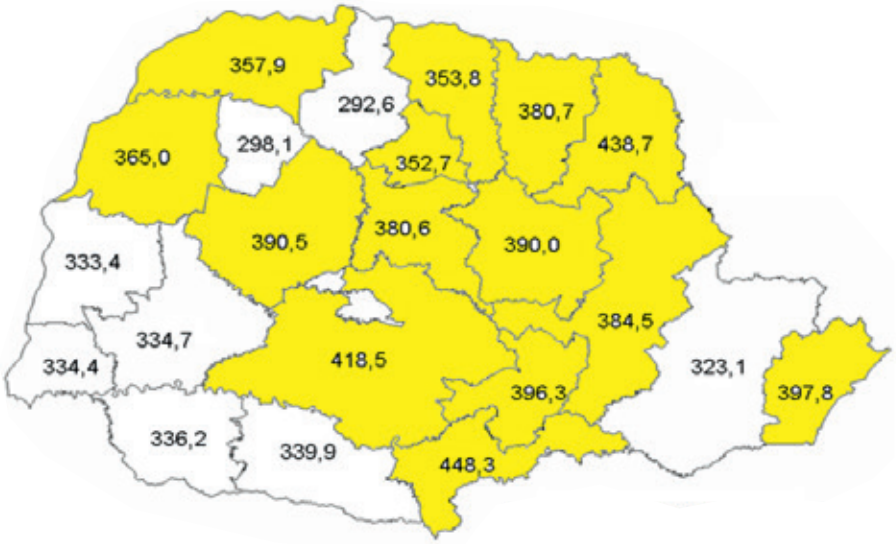
GRÁFICO 10 – MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) POR DCNT POR 100.000 HAB. NESSA FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2006-2014*



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM.
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Observa-se no Mapa 31 que, das 22 regionais de saúde, 14 apresentaram taxas de mortalidade por DCNT de pessoas de 30 a 69 anos acima da taxa do Estado: Paranaguá, Ponta Grossa, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Campo Mourão, Umuarama, Paranavaí, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã, o que demonstra iniquidade na oferta de serviços e/ou insuficiência no enfrentamento das DCNT.

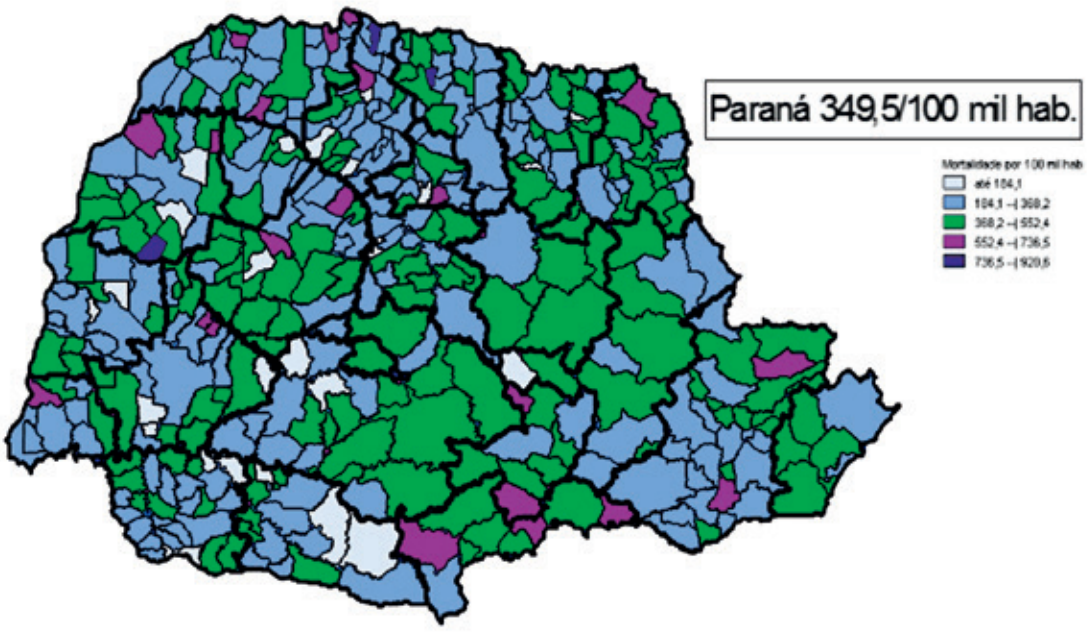
MAPA 31 – DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR DCNT NA FAIXA DOS 30 A 69 ANOS POR 100.000 HAB. NESSA FAIXA ETÁRIA POR REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ – 2014



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM-PR, dados 20 de julho 2015.

A taxa de morte por DCNT de pessoas de 30 a 69 anos, residentes no Paraná, foi de 349,5/100 mil hab. nessa faixa etária. Os municípios com taxas de morte maiores que as do Estado foram 229 (57,4%), e com taxas abaixo, 170 (42,6%). O município de Santa Inês teve oito óbitos nessa faixa etária, representando a maior taxa do Estado. Observam-se taxas de morte precoce por DCNT na maioria dos municípios do Paraná.

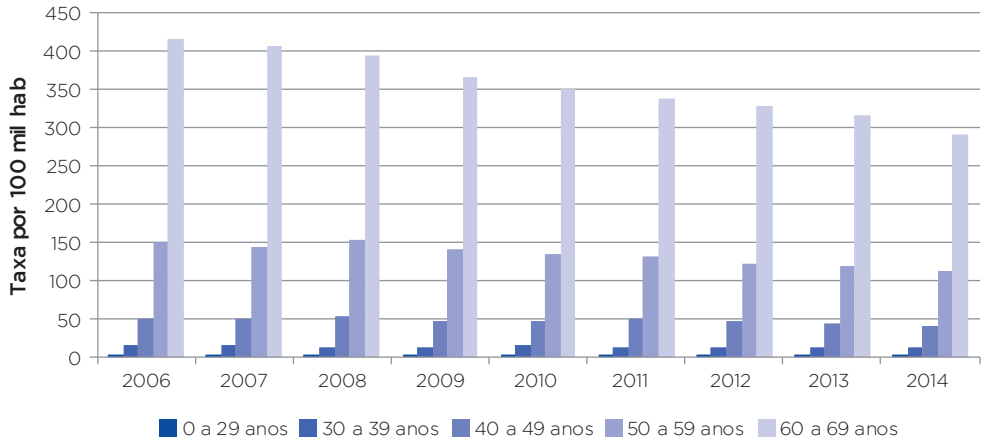
MAPA 32 – DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR DCNT NA FAIXA DE 30 A 69 ANOS POR 100.000 HAB., POR MUNICÍPIO, PARANÁ – 2014



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM-PR, dados até 25 fev. 2016. População 2012 IBGE-TCU.

Nota-se que, ao longo de nove anos, houve diminuição das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas faixas etárias de 50 a 59 anos e mais ainda na faixa etária de 60 a 69 anos. Nas idades mais precoces, não houve mudanças (Gráfico 11).

GRÁFICO 11 – TAXAS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CÁRDIO E CEREBROVASCULARES POR 100.000 HAB., CONFORME FAIXA ETÁRIA – PARANÁ, 2006-2014



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB.

De 2006 a 2014, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) causaram mais óbitos de homens (116,7 óbitos/100 mil habitantes) do que de mulheres (87,6 óbitos/100 mil habitantes).

Em relação ao IAM, observam-se maiores taxas de morte de homens, com média de 54,3 óbitos/100 mil habitantes. A menor taxa foi registrada em 2014, de 52,4 óbitos/100 mil habitantes. Em relação às mulheres, a média foi de 34,5 óbitos/100 mil habitantes, com oscilação, atingindo em 2014 a maior taxa desses anos, 35,8 óbitos/100 mil habitantes.

Sobre as doenças cerebrovasculares, observam-se maiores taxas de morte de homens, com média de 62,3 óbitos/100 mil habitantes, mas que diminuiu gradativamente nos últimos 4 anos. Em relação às mulheres, a média foi de 53,1 óbitos/100 mil habitantes, com oscilação nesses anos.

Atualmente, 415 milhões de pessoas vivem com Diabetes Mellitus (DM) no mundo, e a perspectiva é de que esse número aumente para 642 milhões até 2040, segundo o Relatório de 2015 da Federação Internacional de Diabetes (IDF). No Brasil, o relatório de 2015 da IDF registrava 12 milhões de adultos vivendo com diabetes.

Na faixa etária dos 35 aos 74 anos, num universo de 15.105 pessoas, dois terços já têm obesidade ou estão com sobrepeso, 1/5 está com diabetes e 1/3, com hipertensão. Esses resultados são do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (AUGUSTA, 2015).

As prevalências de diabetes (19,7%) e de hiperglicemia intermediária (50%) foram elevadas. A prevalência de alterações (diabetes e estágios intermediários) é elevada mesmo nas faixas etárias mais jovens (58%), e aumenta consideravelmente com o avanço da idade, ultrapassando 90%. As prevalências foram mais altas em pessoas de menor escolaridade e de raça/cor negra. Em participantes mais velhos (65-74 anos), de raça/cor negra ou de menor escolaridade, a prevalência de diabetes é superior a 30%.

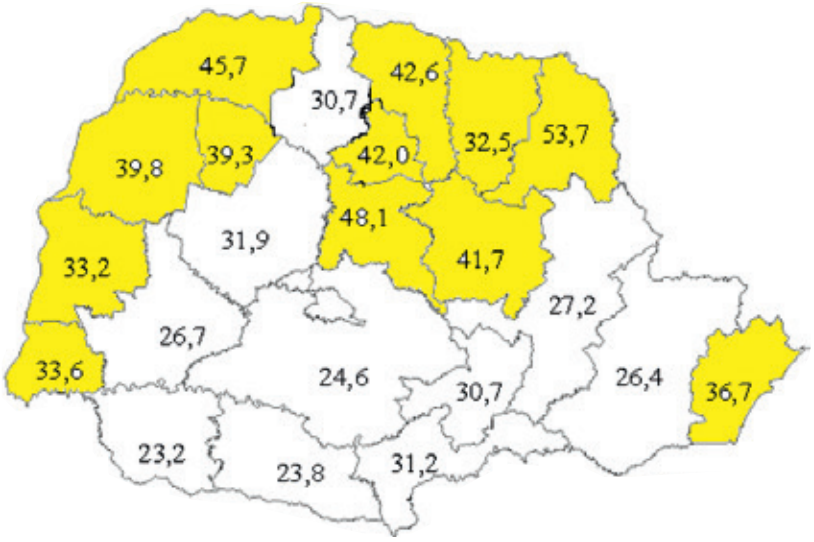
A reversão desse preocupante quadro de obesidade e diabetes é uma das grandes prioridades no enfrentamento da epidemia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para tanto, as estratégias de enfrentamento precisam criar condições que facilitem a incorporação de hábitos de vida saudáveis, e a sociedade também precisa assumir um papel mais protagonista, visto que é ela que vai efetuar as mudanças pretendidas (AUGUSTA, 2015). Estima-se que 50% dos casos de mortalidade de pacientes com diabetes tipo 2 estão relacionados a doenças cardiovasculares, e a incidência de doenças arteriais coronarianas e

cerebrovasculares é de duas a quatro vezes maior nesses pacientes do que na população em geral (SOARES et al. apud VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

Observou-se uma média de 2.999 mortes ao ano causadas por diabetes, entre 2004 a 2014, com maior incidência em mulheres (média de 1.642 ao ano) e menor em homens (média de 1.356 ao ano). Em 2014, a taxa de mortes por diabetes no estado, em todas as idades, foi de 32,0 óbitos/100 mil habitantes. Doze Regionais de Saúde (Foz do Iguaçu, Toledo, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Telêmaco Borba, Ivaiporã, Apucarana e Paranaguá) apresentaram taxas de morte por DM maior que o Estado, e nove Regionais de Saúde tiveram taxas menores (Maringá, Cascavel, Francisco Beltrão, Guarapuava, Pato Branco, União da Vitória, Irati, Ponta Grossa e Metropolitana). A RS de Campo Mourão teve taxa igual à do Paraná (Mapa 33).

Considerando os municípios, 192 (48,1%) tiveram taxas acima da média do Estado e 168 (42,1%) apresentaram taxas menores. Trinta e nove municípios (9,8%) não registraram mortes por diabetes. Observa-se que há taxas mais altas de morte na maioria dos municípios do Estado, apontando a necessidade de mais investimentos no diagnóstico precoce e em ações que potencializem o autocuidado e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

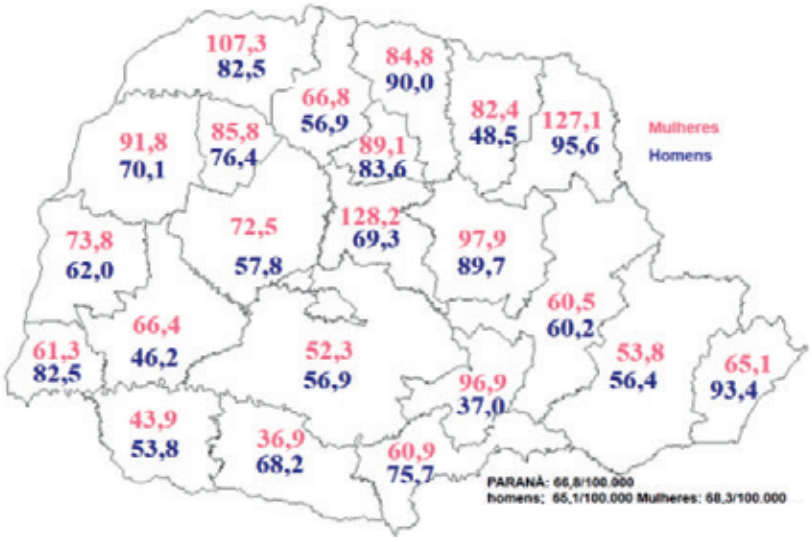
MAPA 33 – DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR DIABETES/100.000 HAB., SEGUNDO REGIONAL DE SAÚDE, PARANÁ – 2014



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM – PR, em 4 jan. 2016.

Analisando as mortes prematuras (30 a 69 anos) por diabetes conforme sexo e regional de saúde, é possível observar no Mapa 34 que as taxas de morte do sexo masculino foram maiores que as do Estado em 2014 (65,1 óbitos/100.000 habitantes), nas RS de União da Vitória, Pato Branco, Foz do Iguaçu, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Apucarana, Londrina, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã. A taxa de morte do sexo feminino no Estado foi de 68,3 óbitos/100.000 habitantes, e foram observadas maiores taxas que as do Estado nas RS de Irati, Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. As RS de Cianorte, Paranavaí, Apucarana, Londrina, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã apresentaram taxas maiores que as do Estado tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

MAPA 34 – DISTRIBUIÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, MULHERES E HOMENS DE 30 A 69 ANOS, CAUSADA POR DIABETES MELLITUS, SEGUNDO REGONAL DE SAÚDE, PARANÁ – 2014



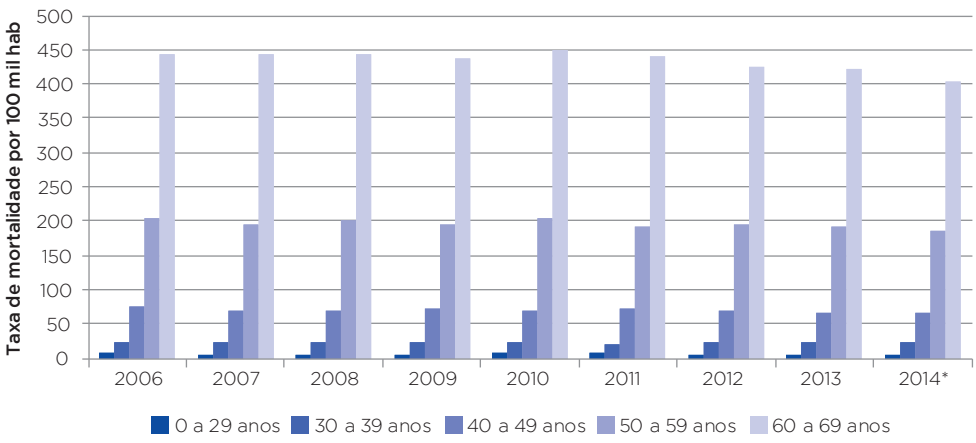
Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM-PR, dados 20 de julho 2015.

Em relação às **neoplasias**, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 20 anos haverá 20 milhões de novos casos de câncer e 13 milhões de óbitos como decorrência da doença, grande parte em países em desenvolvimento. Em 2014, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou cerca de 580 mil novos casos da doença ao ano no Brasil, com maior incidência para os cânceres de pele tipo não melanoma; próstata; mama; cólon e reto; pulmão e estômago. Exceto os de pele não melanoma, a ocorrência será de 394.450 novos casos, dos quais 52% acometerão os homens, e 48%, as mulheres. Para o Paraná, o INCA estimou 40.010 novos casos de câncer distribuídos de forma semelhante à incidência nacional.

Na série histórica de 2006 a 2014, no Paraná, observa-se redução das taxas de mortes por neoplasias na faixa etária de 60 a 69 anos por 100.000 habitantes; nas demais faixas etárias, há certa estabilidade, conforme o Gráfico 12.

As maiores taxas de morte de homens em decorrência de neoplasias foram: 1ª) câncer de pulmão, traqueia e brônquios; 2ª) câncer de próstata; e 3ª) câncer de estômago. Quanto às mulheres, as maiores taxas de morte por neoplasias foram: 1ª) câncer de mama; 2ª) câncer de pulmão, traqueia e brônquios; e 3ª) câncer de cólon, reto e ânus.

GRÁFICO 12 – TAXAS DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS/100.000 HAB. SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2006-2014



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB.
* Dados preliminares.

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (VIGITEL), inquérito populacional realizado nas capitais do país de 2006 a 2014, colaborou para o diagnóstico dos fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2015). Em Curitiba, foram entrevistados mais de 1.500 indivíduos, observando-se resultados variáveis ao longo de 9 anos:

- Resultados positivos do VIGITEL em Curitiba: diminuição do percentual de: a) fumantes; b) fumantes de 20 ou mais cigarros ao dia; c) fumantes passivos do domicílio; d) fumantes passivos no local de trabalho; e) consumo de leite integral; f) consumo de refrigerante; g) inatividade física; h) consumo de bebida alcoólica; i) dirigir após consumo de álcool nos últimos 30 dias; e j) assistir TV por 3 ou 4 horas.
- Resultados negativos do VIGITEL em Curitiba: aumento do percentual de: a) excesso de peso; b) obesidade; c) consumo de carnes com excesso de gordura; d) hipertensão referida; f) diabetes referida; g) dislipidemia referida; h) autoavaliação de saúde como ruim; e i) diminuição do consumo regular de feijão (5 ou mais dias na semana) de 69,1 % para 61,4%.

No Brasil e no mundo, o impacto social e econômico da **Morbimortalidade por Causas Externas** (CE – violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para Chefes de Estado e dirigentes do setor de Saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos, o mesmo ocorrendo no Paraná (PARANÁ, 2014).

Dados do Ministério da Saúde registraram um total de 1.874.508 óbitos por CE no Brasil, no período de 2000 a 2013, com aumento de 28,1% no período (BRASIL, 2015). No Paraná, no mesmo período, houve um total de 118.791 óbitos por CE, com aumento de 34,5%.

Segundo a composição da mortalidade por causas externas, as agressões corresponderam a 37,4% dos óbitos em 2013, figurando como primeira causa de mortalidade por causas externas no Brasil (BRASIL, 2015). No Paraná, a primeira das CEs nesse ano foi Acidente de Transporte Terrestre (ATT), correspondendo a 35,4%, e 34,1% em 2014. A agressão correspondeu a 31,9% dos óbitos por CE em 2013, e 32,7% em 2014; enquanto o suicídio ficou em terceiro lugar, com 7,2% e 6,8% das CE nesses anos, respectivamente.

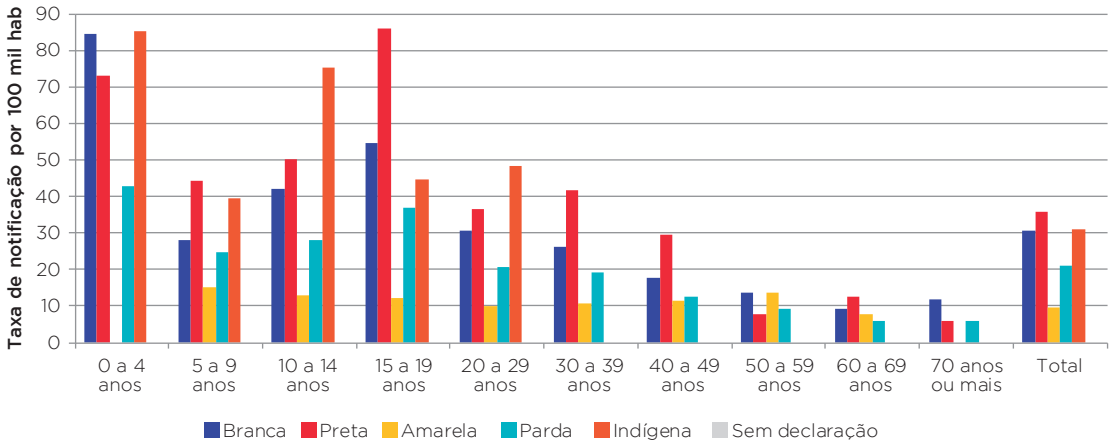
As **quedas** representaram 8,3% das mortes por CE em 2010, aumentando para 11,4% em 2014. Destas, 76,9% foi de pessoas com mais de 60 anos. Observou-se que, entre os anos de 2010 e 2014, houve 4.440 mortes no Paraná, uma média de 888 por ano (SIM/PR). As internações por quedas totalizaram 136.356 (89.938 homens e 46.418 mulheres) entre esses anos, com média de 27.771 por ano (SIH/PR).

Em 2014, a taxa de mortalidade referente ao **suicídio** foi de 5,7 óbitos/100 mil habitantes no Paraná, com predomínio na população masculina (4,5 homens para cada mulher morta por suicídio). No mesmo ano, houve 3.492 notificações de intoxicação exógena decorrentes de tentativa de suicídio, que corresponderam a 50,7% dos atendimentos no Paraná. O principal agente tóxico foi o medicamento, 71,8% das tentativas, e o raticida em segundo lugar, 9,7%. As Regionais de Saúde (RS) que apresentaram maiores coeficientes de notificação dessa forma de intoxicação foram: a 7ª RS (Pato Branco), com 8,60/10 mil habitantes; a 4ª RS (Irati), com 5,58/10 mil; e a 9ª RS (Foz do Iguaçu), com 5,46/10 mil habitantes.

A **violência interpessoal** urbana afeta principalmente os homens. As mortes por agressão em 2014 foram na proporção de 9,5 homens para cada mulher, e as por Acidentes por Transporte Terrestre (ATT) foram de 4 homens para cada mulher. A principal vítima fatal das CEs é a população jovem masculina, e a principal causa de internação por CEs são as agressões e os acidentes de transporte.

Em 2010 (Gráfico 13), as taxas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (VIAP) em todas as faixas etárias foi maior para a raça negra, seguida da indígena. Nas faixas de 0 a 4; 10 a 14; e 20 a 29 anos, a maior taxa foi de indígenas. Nas faixas de 5 a 9; 15 a 19; 30 a 49; e 60 a 69 anos, a taxa maior foi de indivíduos da raça negra. Nos anos posteriores ao Censo, o IBGE não disponibilizou dados populacionais de raça/cor, então não foi possível calcular as taxas dos anos seguintes. No próximo ano de Censo, em 2020, esse dado será disponibilizado.

GRÁFICO 13 – TAXAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (VIAP), SEGUNDO RAÇA/COR E FAIXA ETÁRIA, POR 100.000 HAB., PARANÁ – 2010



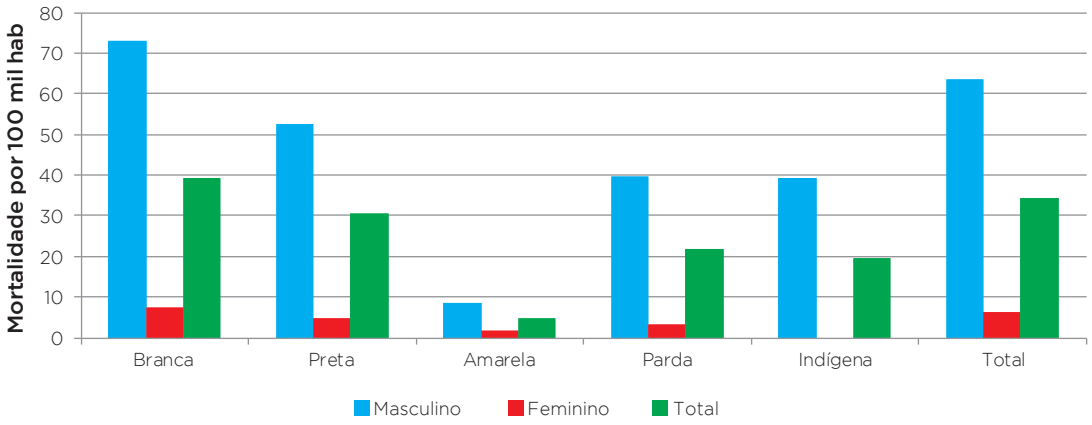
Fonte: SINAN até 24 fev. 2016. População IBGE 2010.

No que se refere às **internações hospitalares** por Causas Externas pelo SUS/Brasil, estas corresponderam a 9,5% do total de internações no ano de 2013; e a 9,9% em 2014 (BRASIL, 2015)[1]. Em 2013, no SUS/PR, o percentual foi de 10,4% do total de internações, e 9,8% em 2014.

No Paraná, na série histórica de óbitos por CE de 2001 a 2014, as taxas de mortalidade por agressão e acidentes de trânsito estiveram próximas e se alternaram na primeira colocação.

Conforme o Gráfico 14, as taxas de morte por agressão em 2010, considerando raça/cor, foram maiores em relação à raça branca, seguida da negra. As taxas quanto às raças parda e indígena foram iguais. Somente na raça indígena, no sexo feminino, não houve morte por agressões.

GRÁFICO 14 – TAXA DE MORTALIDADE POR AGRESSÕES*, SEGUNDO RAÇA/COR E SEXO, PARANÁ – 2010



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM. Dados de 25 fev. 2016. População IBGE 2010.

* CID 10: X85 a Y09; Y35 a Y36.

Nos últimos anos, a mortalidade por Acidentes por Transporte Terrestre (ATT) tem superado a por agressão. Somente nas RS de Paranaguá (1ª RS), Metropolitana (2ª RS) e de Telêmaco Borba (21ª RS), as taxas de morte por agressão superaram as de morte por acidentes de transporte em 2014. Ao se analisar a série histórica das taxas de mortalidade de 2010 a 2014, as RS se diferenciaram na expressão da mortalidade por ATT, com alternância nas taxas, e destacaram-se a 5ª RS (Guarapuava), a 8ª RS (Francisco Beltrão), a 11ª RS (Campo Mourão), a 13ª RS (Cianorte), a 16ª RS (Apucarana) e a 20ª RS (Toledo).

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA – Instrutivo da Ficha de Notificação e Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília-DF: MS/SVS, 2015.

Em 2014, a taxa de mortes por ATT no Estado foi de 28,8/100 mil habitantes. Ao considerar os municípios, constatou-se que 220 municípios (55,1%) apresentaram taxas maiores que as do Estado; 139 municípios (34,8%) tiveram taxas menores; e 40 municípios (10,1%) não tiveram mortes de residentes por ATT. Observou-se que as taxas de morte por ATT mais altas que as do Estado estão na maioria dos municípios, demonstrando a necessidade de potencializar o trabalho intersetorial em órgãos de trânsito, educação e de fiscalização dos municípios, a fim de reduzir as lesões graves e mortes.

No Paraná, de 2010 a 2014, o ATT gerou 17.582 óbitos e 44.252 internações. Ao se analisar a mortalidade conforme o tipo da vítima, identifica-se que os ocupantes de veículos são as principais vítimas fatais, com 34,1% do total de óbitos, seguidos dos motociclistas (22,8%) e pedestres (18,7%); há uma tendência declinante na mortalidade de pedestres e ciclistas, ficando estável os demais. No entanto, a probabilidade de óbito entre motociclistas é maior do que em ocupantes de veículos em geral, o que fica evidente ao se calcular a razão de mortes por 10 mil para a frota total de veículos (carros, caminhões, caminhonetes, ônibus, motos e outros) e a frota de motocicletas. Em 2010, a razão de mortes por 10 mil veículos era de 7,21, e de 9,59 para motocicletas; em 2014, foi de 4,96/10 mil veículos, e de 7,79/por 10 mil motocicletas.

Na internação, os protagonistas são os motociclistas, com tendência crescente de internações de 2010 a 2014 (Tabela 20); responsáveis por 37,8% das internações, seguidos dos ocupantes de veículo (18,5%) e pedestres (17,8%).

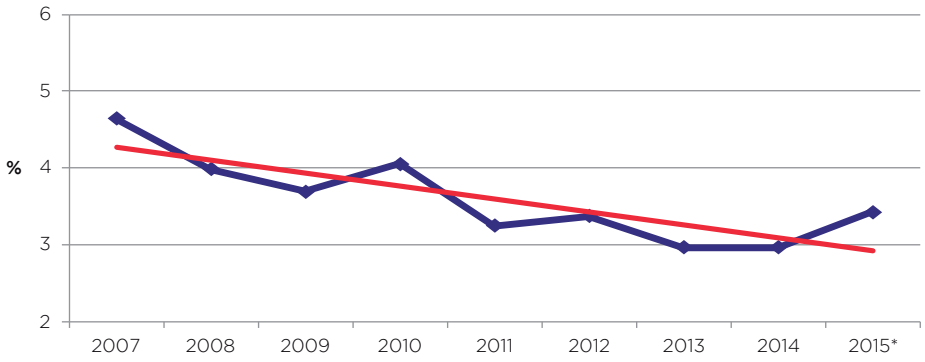
TABELA 20 – INTERNAÇÕES POR ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE, PELO SUS, SEGUNDO TIPO DA VÍTIMA, PARANÁ – 2010 A 2014*

ANO	ATT	%	MOTOCICLISTAS	%	PEDESTRES	%	OCUPANTES DE VEÍCULO	%	CICLISTAS	%	OUTROS	%
2010	7.345	100	2.784	37,90	1.439	19,59	1.714	23,34	508	6,92	900	12,25
2011	8.469	100	3.194	37,71	1.446	17,07	1.876	22,15	501	5,92	1.447	17,09
2012	9.874	100	3.479	35,23	1.618	16,39	2.024	20,50	517	5,24	2.236	22,65
2013	9.352	100	3.542	37,87	1.798	19,23	1.256	13,43	586	6,27	2.120	22,67
2014	9.212	100	3.725	40,44	1.558	16,91	1.336	14,50	512	5,56	2.074	22,51
Total	44.252	100	16.724	37,79	7.859	17,76	8.206	18,54	2.624	5,93	8.777	19,83

Fonte: SIH-PR, 30 nov. 2015.
* Dados preliminares.

No Gráfico 15, observou-se a razão entre a quantidade de óbitos por ATT e o número de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aprovadas por esse motivo. Nota-se uma tendência discretamente decrescente de mortes em relação às internações por ATT, embora houve aumento de 2014 para 2015.

GRÁFICO 15 – TAXA DE LETALIDADE HOSPITALAR POR ATT – PARANÁ, 2007- 2015



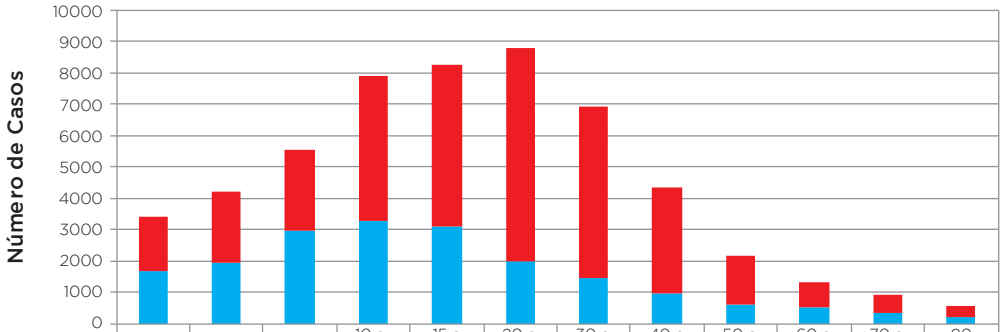
Fonte: SIH/SUS em 05 abr. 2016
* Dados preliminares

A **violência doméstica e sexual** gera importante impacto na saúde da população, sendo uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras (BRASIL 2015)[1].

A notificação desse agravo foi implantada em 2009 por meio do SINAN-NET. No Paraná, tem havido um significativo aumento do número de notificações e de unidades notificadoras. De 2011 a 2014, foi registrado um total de 54.373 casos de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas; sendo que em 2011 foram 5.518 notificações e, em 2014, 19.521 (aumento de 354%). Quanto às unidades notificadoras, eram 418 em 2011 e 1.042 em 2014, ou seja, houve um aumento de 149%.

As mulheres, adolescentes e jovens, são as principais vítimas da violência doméstica e sexual. Conforme Gráfico 16, de 2011 a 2014, o maior número de casos de violência doméstica e sexual em quase todas as faixas etárias foi no sexo feminino (64,9%). Apenas entre 5 a 9 anos, o sexo masculino representou um pequeno percentual de casos a mais (53,78%). A grande maioria das notificações concentra-se na faixa etária entre 10 e 39 anos, sendo a mulher de 20 a 29 o maior número de casos notificados.

GRÁFICO 16 – NOTIFICAÇÃO ACUMULADA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS, SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2011-2014*



	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
Feminino	1710	2255	2558	4642	5123	6793	5504	3380	1565	794	541	348
Masculino	1681	1940	2976	3265	3102	1966	1428	944	596	512	353	193

Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SINAN-PR.
* Dados preliminares, banco de 02 out. 2015.

Em relação ao tipo da violência, a física é a forma de violência mais notificada, em ambos os sexos, representando 55,6% de todas as formas de violência registradas nesse período; seguida pela psicológica ou moral (31,5%), negligência ou abandono (29,1%) e sexual (15,8%). A violência autoprovocada corresponde a 11% das notificações.

Numa análise de gênero em relação ao tipo de violência sexual, observa-se maior ocorrência de casos de estupro (66,3%) entre os 7.492 casos de violência sexual contra a mulher, seguido de assédio sexual (25,2%). É com as adolescentes (10 a 19 anos) a maior ocorrência dessas formas de violência (2.288 casos de estupro), depois, as crianças (952 casos), jovens de 20 a 29 anos (664 casos), mulheres de 30 a 39 anos (371 casos) e de 40 a 49 anos (228 casos). Também houve registros de casos com mulheres idosas (62 casos), indicando que a violência sexual é um problema complexo e atinge todos os ciclos de vida.

No que se refere ao **uso de álcool e outras drogas**, fatores de risco para várias doenças e agravos à saúde, o Ministério da Saúde promoveu um levantamento de dados em três importantes pesquisas nos últimos anos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, realizada nas capitais, por domicílio, com pessoas de 18 ou mais anos de idade, na análise do indicador "uso de álcool", avaliou o padrão de uso de álcool na população adulta, permitindo identificar características sociodemográficas associadas e tendências de consumo, com ênfase para o consumo habitual de álcool (ingestão

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA – Instrutivo da Ficha de Notificação e Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília-DF: MS/SVS, 2015.

de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, independentemente da dose) e consumo abusivo de álcool (ingestão de cinco ou mais doses, no caso de homens, e quatro ou mais doses, no caso de mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias).

De acordo com a pesquisa, os resultados em Curitiba, capital do Paraná, e nas demais capitais do Brasil (Quadro 3) apontam que o consumo habitual de álcool por mulheres em Curitiba tem proporções acima dos dados das capitais do Brasil, mas o consumo abusivo é inferior ao consumo nas capitais do Brasil.

QUADRO 3 – PROPORÇÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR PESSOAS COM 18 OU MAIS ANOS, POR SEXO, CURITIBA E CAPITAIS DO BRASIL – 2013

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR
Ingestão uma vez ou mais/mês	39,5%	39,2%	18,8%	15,2%	28,6%	26,5%
Ingestão uma vez ou mais/semana	36,0%	36,3%	16,0%	13,0%	25,5%	24,0%
Consumo abusivo nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	16,5%	21,6%	5,2%	6, 6%	10,6%	13,7%
Consumo abusivo em 4 dias ou mais nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	6,8%	9,9%	0,7%	2,4%	3,6%	5,9%

Fonte: IBGE, MS/PNS – 2013.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), de 2012, realizada por inquérito com escolares do 9º ano do Ensino Fundamental (13 a 15 anos de idade) nas capitais de todos os estados (IBGE, 2013), indicou que o consumo atual de bebida alcoólica entre os escolares (consumo dentro dos 30 dias que antecederam a pesquisa), foi de 26,1% nas capitais do Brasil, e não apresenta diferenças relevantes entre o sexo masculino (25,2%) e feminino (26,9%). Em Curitiba, esse dado apontou maior consumo entre as meninas (32,3%) do que entre os meninos (28,8%), e em todas as variáveis relativas ao consumo de álcool, Curitiba esteve acima das capitais do Brasil, conforme o Quadro 4.

QUADRO 4 – PROPORÇÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR ESCOLARES ENTRE 13 E 15 ANOS, POR SEXO, CURITIBA E CAPITAIS DO BRASIL – 2012

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR
Experimentaram bebida alcoólica alguma vez	76,0%	64,8%	79,1%	68,3%	78,2%	66,6%
Tomaram uma dose de bebida alcoólica alguma vez	52,8%	48,7%	58,5%	51,7%	55,6%	50,3%
Consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias	28,8%	25,2%	32,3%	26,9%	30,6%	26,1%
Sofreram algum episódio de embriaguez	29,7%	22,8%	27,6%	20,9%	28,6%	21,8%

Fonte: IBGE, MS/PENSE, 2012.

Foi investigado também o uso de drogas ilícitas, tais como: maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança-perfume e ecstasy. Os dados, conforme o Quadro 5, evidenciaram que, nas capitais do Brasil, 7,3% dos escolares já usaram drogas ilícitas, sendo observado o dobro em Curitiba. Em 2009, os que usaram drogas ilícitas uma vez foram 13,2%, passando para 14,4% em 2012. Considerando

o gênero masculino, o percentual permaneceu estável (14,3%), já o feminino apresentou aumento no período passando de 12,1% para 14,8% em 2012.

Em 2012, na capital do Paraná, a prevalência referente ao uso de maconha nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi de 7,4%, dado 3 vezes superior ao dado nacional sem diferença entre os sexos (Quadro 5). O uso do crack também foi experimentado alguma vez pelos escolares. Nas capitais do Brasil, foi de 6,5% e em Curitiba, 3,2%.

QUADRO 5 – PROPORÇÃO DO USO DE DROGAS POR SEXO EM ESCOLARES ENTRE 13 E 15 ANOS, CURITIBA E CAPITAIS DO BRASIL – 2012

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR	Curitiba	Capitais BR
Usaram drogas ilícitas alguma vez	14,0%	8,3%	14,8%	64,%	14,4%	7,3%
Fumaram maconha nos últimos 30 dias	7,4%	3,1%	7,4%	2,0%	7,4%	2,5%

Fonte: IBGE, MS/PENSE, 2012.

Nas **intoxicações exógenas,** no período de 2009 a 2015, foram confirmados 38.970 casos no Paraná. Os medicamentos são a causa principal das notificações por intoxicações, correspondendo a 50,7% das ocorrências. Em seguida, as drogas de abuso representam 10% das notificações e, em terceiro lugar, as intoxicações por agrotóxicos representam 7,1%.

Com relação à circunstância de exposição/contaminação, a tentativa de suicídio caracteriza 50,6% das notificações, seguida da intoxicação acidental, que soma 23,7% e, em terceiro lugar, tem-se as drogas de abuso com 10% das notificações. A faixa etária mais característica é a de 20 a 34 anos, jovens em idade ativa.

Apesar das subnotificações terem impacto no número real de casos, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos, componentes e afins, e o Paraná é o terceiro maior estado brasileiro em consumo de agrotóxico. O uso de agrotóxicos no processo de produção agrícola e a consequente contaminação dos alimentos têm sido alvo de constante preocupação no âmbito da saúde pública.

A exposição de pessoas aos agrotóxicos pode ser atribuída tanto ao consumo de alimentos oriundos da produção agropecuária onde estes são usados, quanto ao contato direto, no caso dos aplicadores rurais e/ou manipuladores; ou ainda, ao contato indireto, como no caso das populações que estão sujeitas à aplicação de agrotóxicos para controle de vetores das endemias.

O Paraná participa do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS e, em 2011, criou seu próprio programa, denominado Programa Estadual de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA/PR. Os dois programas, no período de 2011 a 2013, coletaram e analisaram 1.876 amostras de alimentos hortifrutícolas, sendo que, destas, 452 (24,1%) estavam em desacordo por apresentarem resíduos não autorizados ou acima do permitido.

Os acidentes com **animais peçonhentos** estão entre os agravos com maior proporção de registros de notificação compulsória, destacando-se os acidentes com aranhas, que correspondem a 50,3% dos casos notificados, em especial, o *loxocelismo*, que é considerado a forma mais importante de araneísmo na América do Sul. No Brasil, a maioria dos casos são notificados na Região Sul e o Paraná é o estado onde se tem o maior número de casos registrados no país.

Em relação à **saúde do trabalhador** no Paraná, há grande quantidade de mortes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Nos últimos nove anos (2007 a 2015), de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 3.237 trabalhadores perderem a vida, revelando uma média de 360 óbitos ao ano, praticamente um óbito por dia.

Os agravos relacionados à saúde do trabalhador de notificação compulsória no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN) são: Acidente de Trabalho Grave (ATG) (fatais, mutilações e envolvendo menores de 18 anos de idade), Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Intoxicações Exógenas, Lesão por Esforço Repetitivo (LER/DORT), Câncer Relacionado ao Trabalho, Transtorno Mental, Dermatoses Ocupacionais, Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) e Pneumoconiose.

No período de 2007 a 2015, foram notificados 75.499 casos, sendo que destes, 47% das notificações foram dos ATG; seguidos dos Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, com 41% das notificações e, em terceiro lugar, com 8%, as Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho (Tabela 21).

As principais características dos trabalhadores que sofreram Acidente de Trabalho Grave (ATG) nos últimos nove anos, incluindo os que vieram a óbito, foram trabalhadores do sexo masculino (84,5%), entre 20 a 34 anos (42,2%). As principais ocupações foram: Pedreiro, Alimentador de Linha de Produção, Trabalhador Agropecuário em Geral, Motorista de Caminhão e Servente de Obras.

As doenças relacionadas ao trabalho representaram no mesmo período apenas 2,9% do total das notificações do SINAN, evidenciando a subnotificação das mesmas.

TABELA 21 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO, PARANÁ – 2007-2015

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE ST		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de Trabalho Grave	786	876	839	1969	3995	5825	6916	6697	7598	35501
	Acidente Trabalho com Exposição a Material Biológico	1622	2691	2807	3116	3334	4372	4474	4563	4063	31042
	Intoxicações Exógenas	745	638	606	634	713	659	873	1014	864	6746
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/ DORT	34	107	44	49	48	226	263	332	398	1501
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	2	53	81	72	208
	Transtorno Mental	1	1	3	12	35	29	23	53	25	182
	Dermatoses Ocupacionais	1	2	2	6	35	41	31	29	29	176
	PAIR	3	1	9	6	4	23	5	9	15	75
	Pneumoconiose	1	1	0	3	20	15	6	10	12	68
Total		3193	4317	4310	5795	8184	11192	12644	12788	13076	75499
ÓBITOS DO SIM		351	373	326	405	288	380	421	363	330	3237

Fonte: SESA/SVS/SIM/SINAN. Atualizado em 02 fev. 2016.

Em 1999, com a divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Segundo o relatório, cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de **Eventos Adversos** (EA) nos Estados Unidos da América (KOHN et al., 2000). Essa incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos. A avaliação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde no mundo apresenta resultados semelhantes. Estima-se que 10% dos pacientes sofram algum tipo de evento adverso relacionado à assistência, sendo que 80% desses eventos são considerados evitáveis (PAVÃO et al., 2011; SOOP M. et al., 2009).

No Brasil, um marco importante na atenção à saúde foi a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013). No mesmo ano, a Resolução ANVISA 36/2013 obrigou todos os serviços de saúde a estabelecerem Núcleos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Em 2014, estavam cadastrados 784 núcleos de segurança no país, que notificaram 8.435 incidentes. Segundo o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade

em Serviços de Saúde (ANVISA, 2015), o Paraná representa 8,9% dos Núcleos cadastrados, com 70 núcleos, sendo responsável por 229 notificações oriundas de 19 serviços de saúde, evidenciando a necessidade premente da implantação dos Núcleos e da efetiva notificação pelos mesmos. Além dos aspectos epidemiológicos relevantes obtidos a partir desses dados, a notificação subentende a busca, a identificação e a investigação dos incidentes.

Os Eventos Adversos (EA) relacionados às tecnologias em saúde não se referem somente ao evento primário que atinge o usuário, uma vez que os problemas gerados podem impactar direta ou indiretamente a saúde pública. Um grande número de pessoas é afetado anualmente por EA, em alguns casos fatais, sendo que as reações adversas a medicamentos ainda estão entre as principais causas de morte, admissões hospitalares e aumento do tempo de hospitalização, elevando consequentemente os custos associados à saúde (HERDEIRO, et al., 2012). No Brasil, as notificações de EA relacionadas às tecnologias são registradas no Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), cujas informações subsidiam ações de controle e monitoramento dos produtos sujeitos à Vigilância Sanitária.

Os dados registrados no NOTIVISA, no período de 2008 a 2014, demonstraram que o Paraná foi responsável pelo aumento em 274 vezes no número de notificações de EA decorrentes do uso de produtos para saúde e 1,5 vezes de notificações de EA relacionados a medicamentos, contribuindo para o aumento significativo de notificações de EA no Brasil. O número de notificações de EA relacionados a produtos para saúde no Paraná nesse período totalizou 2.343, sendo que destas, 2.193 (94%) foram classificadas como de alto risco. Já em relação aos medicamentos, foi evidenciado que das 1.110 notificações, 17 (1,5%) resultaram em óbito, o que demonstra a existência de problemas na qualidade e segurança dos produtos disponíveis no mercado, ressaltando a necessidade de ações fins para mitigar riscos ao usuário.

MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVES

Os avanços do conhecimento e controle dos agravos e doenças transmissíveis tiveram como resultado uma redução da morbimortalidade em todo o mundo. Porém, ainda se vive um cenário heterogêneo, pois ao lado de doenças que estão total ou parcialmente controladas, tais como sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose, hanseníase, tem-se outras doenças infecciosas, por exemplo: Aids, Hepatites Virais e Sífilis que apresentam desafios nas questões de morbidade. Associado a isso, temos na atualidade uma urbanização acelerada, alterações ambientais, mobilidade e migração urbana, que facilitam o risco de exposição a agentes infecciosos e a introdução/reintrodução de novas e "antigas" doenças como Dengue, Zika e Chikungunya, trazendo possibilidades de rápidas disseminações entre as populações. Esses fatores contribuem para um perfil dinâmico, perpetuando esse grande grupo de doenças como um importante problema de saúde pública.

As **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde** (IRAS) constituem um grave problema de saúde pública mundial, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes e elevando os custos hospitalares. Uma proporção significativa dessas infecções é evitável e pode ser interrompida com a adoção de medidas reconhecidamente eficazes como: a higiene de mãos, o processamento de artigos e superfícies, a utilização de equipamentos de proteção individual e a observação de medidas corretas de assepsia. Esses fatores, além de reduzirem a incidência de IRAS, traduzem-se em importantes indicadores de qualidade assistencial e segurança do paciente.

Os indicadores epidemiológicos para a vigilância e monitoramento das IRAS adotados e monitorados no Paraná são: infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter venoso central (IPCSL/CVC), infecção de trato urinário associada à sondagem vesical de demora (ITU/SVD) e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV/VM). Desses, o único indicador comparável nacionalmente é o IPCSL/CVC, cuja densidade de incidência de infecção é divulgada anualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

No ano de 2014, 88 hospitais do Paraná com UTI Adulto notificaram dados de IPCSL no Sistema Online de Notificação de Infecção Hospitalar (SONIH), implantado desde 2009 no Estado. Esse número representa 7% do total de hospitais do Brasil que possuem UTI Adulto e que notificaram dados de IPCSL à ANVISA. No mesmo ano, 15 hospitais com UTI Pediátrica no Paraná

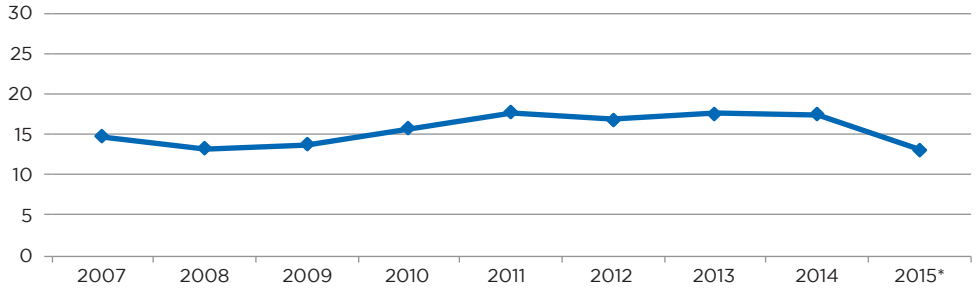
notificaram dados de IPCSL no SONIH, representando 4% do total de hospitais do Brasil com esse tipo de UTI e que notificaram dados de IPCS nacionalmente.

De acordo com os dados, a densidade de incidência de IPCSL na UTI Adulto, no ano de 2014 no Paraná, foi de 6,5 infecções a cada 1.000 CVC-dia. No Brasil, a incidência de IPCSL nesse mesmo tipo de UTI foi de 5,1. Em pacientes pediátricos no Paraná, essa incidência foi de 7,2 infecções a cada 1.000 CVC-dia, sendo que no Brasil, esse mesmo indicador foi igual a 5,8 infecções/1000 CVC-dia.

As **hepatites virais** constituem um sério problema de saúde pública no Brasil, devido ao grande número de pessoas acometidas e pelas complicações que causam, sobretudo as formas crônicas B e C (BRASIL, 2008). A Hepatite B (HB), no adulto, geralmente apresenta soro conversão e é prevenível por meio da imunização. Nos poucos casos de transmissão vertical, tem maior possibilidade de cronificar. Dos 13.188 casos notificados no Brasil em 2010, 29,6% residiam na região Sul, o que representa uma taxa de detecção de 14,3/100 mil habitantes, acima da taxa de detecção nacional, de 6,9/ casos confirmados por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

No Paraná, a taxa de detecção em 2010 foi de 15,66/100 mil habitantes; as maiores taxas encontram-se nas regiões oeste e sudoeste do estado, correspondentes às 7ª, 8ª, 9ª e 10ª Regionais de Saúde. As ações de descentralização do teste rápido das hepatites B e C, para as diversas regiões do Estado, possibilitaram um incremento na detecção, o que resultou no aumento das taxas, alcançando, em 2014, 17,44/100 mil habitantes (Gráfico 17).

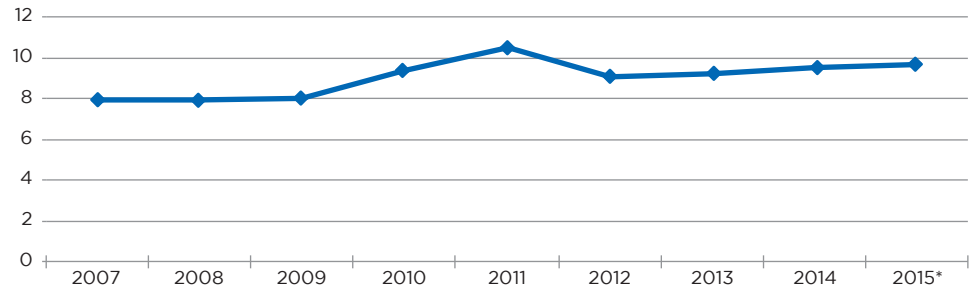
GRÁFICO 17 – TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITE B POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR 100.000 HAB., PARANÁ – 2007-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN, 13 jan. 2016.
• Dados preliminares.

Os casos de Hepatite C (HC) têm maior possibilidade de cronificação do que os da HB. O Brasil é considerado um país de endemicidade intermediária para HC (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica C, 2011). A taxa de detecção no ano de 2010 no Brasil foi de 5,4/100 mil habitantes; no mesmo ano, a taxa de detecção no Paraná foi de 9,3/100 mil habitantes. No ano de 2014, a taxa de detecção atingiu 9,5/100 mil habitantes (Gráfico 18).

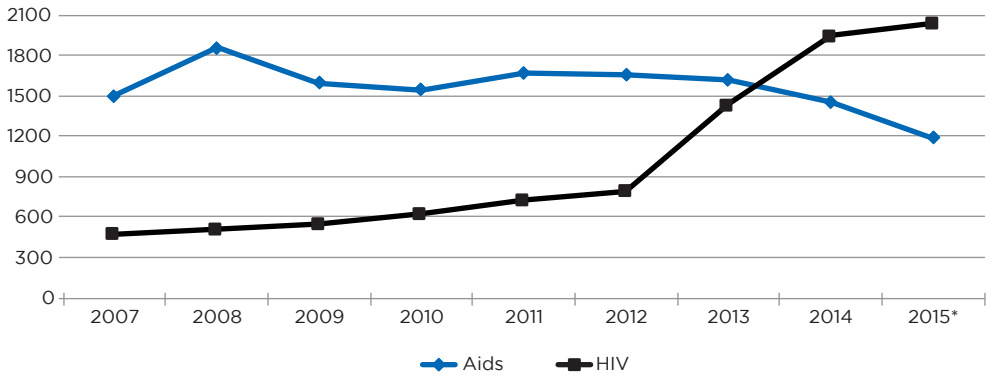
GRÁFICO 18 – TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITE C POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR 100.000 HAB., PARANÁ – 2007-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN, 13 jan. 2016.
* Dados preliminares.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, assim como a **AIDS**, a notificação de HIV passou a ser compulsória no Brasil; porém, o município de Curitiba já realizava essa notificação desde 2007. Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, em 1981, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos. No Paraná, desde o primeiro caso diagnosticado, em 1984, até novembro de 2015, foram registrados 44.460 casos de Aids e HIV no SINAN (Gráfico 19).

GRÁFICO 19 – NÚMERO DE CASOS DE AIDS E CASOS DE HIV NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO, PARANÁ – 2007-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN, 13 jan. 2016.
Nota: A notificação de HIV anterior a 2013 refere-se apenas ao município de Curitiba.
* Dados preliminares.

No Paraná, a distribuição por faixa etária mostra que a epidemia compromete indivíduos de todas as faixas etárias, mas a maior concentração de casos ocorre entre 20 a 39 anos, segmento populacional que, de maneira geral, está em plena atividade laboral, reprodutiva e social. As maiores taxas de detecção de Aids e HIV encontram-se nas Regionais de Saúde com municípios com maior densidade demográfica, regiões de fronteira e portuária.

A notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus tornou-se obrigatória no Brasil a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 993/2000, permitindo avaliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2000). No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%). No Paraná, foram notificadas 1.655 gestantes com o HIV, no período de 2007 a 2015, sendo o maior número de casos na 2ª Regional de Saúde (70,7%), seguida pela 9ª e 3ª Regionais de Saúde (10,5% cada) e pela 10ª RS (8,7%).

A transmissão vertical de HIV ocorre em 25 a 50% das gestações de mulheres infectadas, quando não são realizadas medidas de profilaxia. A taxa de detecção de Aids em crianças menores de cinco anos é utilizada como indicador *proxy* para avaliar a transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014). No Paraná, essa taxa acompanha a tendência nacional de redução. No ano de 2007, a taxa de detecção foi de 2,32 casos/100 mil habitantes, chegando a 0,69 casos/100 mil habitantes no ano de 2015 (preliminar), representando uma redução de aproximadamente 70%.

No Brasil, no ano de 2013, a taxa de detecção de casos de **Sífilis em gestantes** foi de 7,4/1.000 NV e, na Região Sul, essa taxa foi de 13,1/1.000 NV. Nesse mesmo ano, o Paraná apresentou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,8 casos/1.000 NV, inferior aos níveis apresentados no Brasil e na Região Sul. Em 2014, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 9,7 casos/1.000 NV e, o Paraná, de 7,5 casos/1.000 NV. Os dados apontam uma melhoria do acesso ao diagnóstico, como resultado da qualificação dos serviços de saúde preconizados na Rede Mãe Paranaense.

Mesmo assim, existem casos detectados tardiamente, ou considerados tratados de forma inadequada por falhas na adesão ao tratamento e ausência/falta de informação sobre o tratamento do parceiro. Associado a esses fatores, ocorreu em 2014 e 2015 um desabastecimento de Penicilina, dificultando a continuidade do tratamento em todo o território nacional. O número de casos de

Sífilis congênita vem aumentando nos últimos anos, no Brasil e no Paraná. A incidência em 2013 foi de 4,7 casos/1.000 NV no Brasil; na região sul, atingiu 4,1/1.000 NV e, no Paraná, 2,4/1.000 NV.

O Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis preconiza as diretrizes para a constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Fundamentado nesse protocolo, o Paraná vem implantando os comitês nas 22 RS, possibilitando a investigação dos casos e a adoção de medidas pertinentes para a redução e a eliminação da transmissão vertical de ambos os agravos.

O Brasil encontra-se entre os 22 países prioritários que concentram 80% dos casos de **Tuberculose,** ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. Nos últimos cinco anos, apresentou, em média, 73 mil casos novos. O Paraná, em 2015, notificou 2.092 casos novos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 18,7 casos/100 mil habitantes. O Estado apresenta a menor taxa de incidência de tuberculose na região sul e é um dos poucos estados brasileiros que se encontra na fase de pré-eliminação da tuberculose, ou seja, apresenta um coeficiente de mortalidade (CM) menor que 1 caso/100 mil habitantes (BRASIL, Boletim Epidemiológico, 2015).

O Paraná é heterogêneo, apresentando municípios com incidência elevada, como Paranaguá (74,3 casos/100 mil habitantes), e outros onde nem há casos registrados, embora façam fronteira com os que possuem casos de tuberculose notificados, o que sugere deficiência na detecção dos casos e possível manutenção de transmissão da doença.

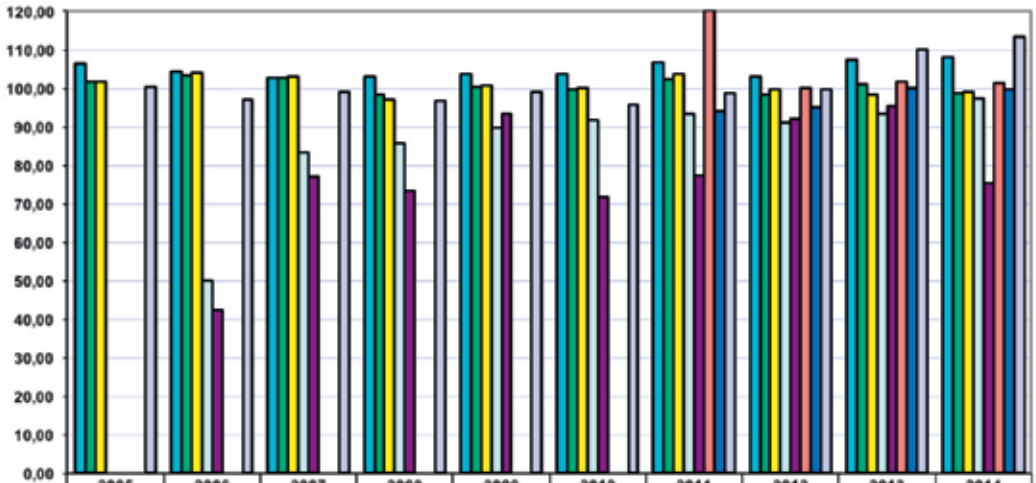
O número de óbitos também reduziu progressivamente. Em 2013, ocorreram 113 óbitos (CM – 1,2 óbitos/100 mil habitantes) e 83 óbitos em 2014 (CM – 0,8 óbitos/100 mil habitantes). Em 2015, as taxas de cura dos casos novos de tuberculose do Paraná (74,5%) encontravam-se abaixo do preconizado pelo MS (cura ≥ 85%), e o abandono dos casos novos de tuberculose (5,6%) próximo ao preconizado pelo Ministério da Saúde (abandono ≤ 5%). Para melhoria dessas taxas, é fundamental a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em pelo menos 90% dos casos de TB de todas as formas, fortalecendo ações articuladas com especial ênfase em populações mais vulneráveis (pessoas com HIV/Aids e outras comorbidades, moradores de rua, população privada de liberdade, crianças, adolescentes, dependentes químicos), visto que possuem maior risco de adoecimento.

A prevenção e o controle das **doenças imunopreveníveis** no Paraná, decorrem da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), da estruturação do sistema de vigilância epidemiológica e da interlocução entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária. Tais fatores vêm contribuindo para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem em processo de controle, eliminação e/ou erradicação.

Além da vacinação de rotina, o programa estadual desenvolve vacinação de bloqueio de casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal em todos os municípios do estado, análise e monitoramento dos 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. Inclui ainda o Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIE), implantado em 1993 no Paraná. Para desenvolver as ações de Imunização no Paraná, há 1.748 postos de vacinação funcionando rotineiramente, realizando a aplicação de uma média de 6 milhões de doses/ano.

O Paraná tem apresentado índices de coberturas vacinais dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde (Gráfico 20) e mantido o controle das doenças imunopreveníveis, embora uma média de 30% dos municípios ainda apresente dificuldades para alcançar as coberturas ideais (Gráfico 21). É de competência dos municípios a execução das ações de vacinação. Para tanto, devem-se buscar estratégias adequadas, proporcionando todas as condições necessárias para o desenvolvimento das mesmas, com a finalidade de atingir os índices pactuados.

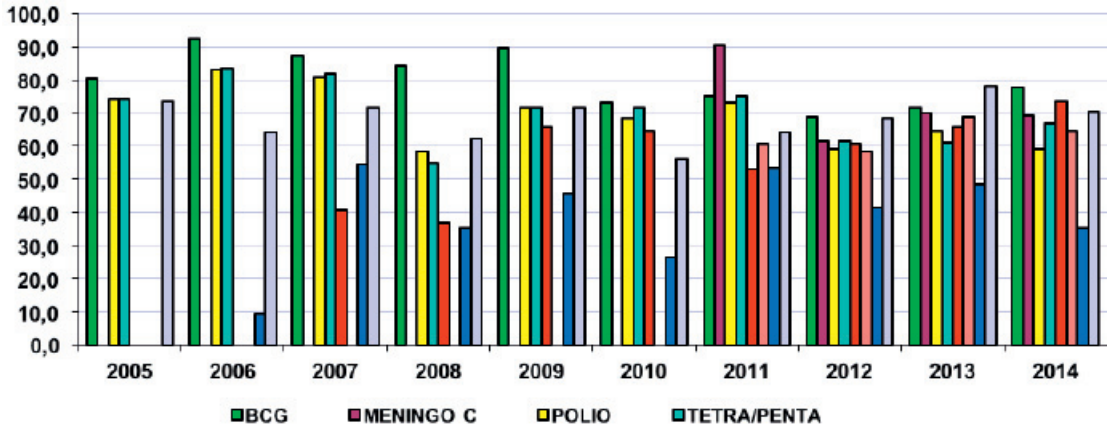
GRÁFICO 20 – EVOLUÇÃO DA COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO E DE TRÍPLICE VIRAL ACIMA DE 1 ANO DE IDADE, PARANÁ – 2005-2014



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
B.C.G	106,34	104,35	102,85	103,07	103,68	103,82	106,53	103,01	107,36	107,97
POLIO	101,59	103,49	102,67	98,41	100,36	99,60	102,50	98,48	100,98	98,76
TETRA/PENTA	101,58	104,15	102,88	97,15	100,77	100,17	103,59	99,61	98,39	99,07
ROTAVIRUS	0	50,13	83,51	85,82	89,67	91,66	93,21	91,05	93,44	97,39
F. A.	0	42,28	77,08	73,4	93,22	71,63	77,49	92,06	95,31	75,36
MENING C	0	0	0	0	0	0	120,45	99,87	101,84	101,35
PNEUNO 10	0	0	0	0	0	0	94,19	94,94	100,06	99,72
VTV	100,29	96,97	99,11	96,75	99,01	95,64	98,59	99,56	109,88	113,35

Fonte: SIPNI-PR, 19 jan. 2016.

GRÁFICO 21 – HOMOGENEIDADE DAS COBERTURAS VACINAIS DE IMUNOBIOLÓGICOS DA ROTINA EM MENORES DE 1 ANO E DE TRÍPLICE VIRAL ACIMA DE 1 ANO DE IDADE, PARANÁ – 2005-2014



Fonte: SIPNI-PR, 19 jan. 2016.

Atualmente, há circulação do vírus selvagem autóctone do **Sarampo/Rubéola**, principalmente nos continentes Europeu e Africano. O vírus selvagem importado circula em todos os continentes como surtos controlados. A região das Américas foi declarada a primeira do mundo a tornar-se livre da transmissão endêmica da Rubéola no ano de 2015. No Paraná, não há casos de Sarampo desde o ano 2000 e não há casos de Rubéola desde 2008.

Ainda há circulação do vírus selvagem da **Poliomielite** no continente Asiático (Afeganistão e Paquistão). O último caso de Poliomielite no Brasil ocorreu em 1989 e, no Estado do Paraná,

em 1986. Atualmente, há um Plano Estratégico para a Erradicação da Poliomielite no mundo; e a mudança do calendário vacinal e da composição da Vacina Oral da Poliomielite (VOP) de trivalente (P1, P2 e P3) para bivalente (P1 e P3) a partir de 2016 é considerada uma estratégia de grande relevância, requerendo ações articuladas entre as várias vigilâncias e a atenção à saúde e sociedade em geral (BRASIL, 2015).

A **Doença Meningocócica** é motivo de preocupação devido a suas altas taxas de letalidade em todo o mundo. No Estado do Paraná, apesar da redução dos coeficientes de incidência e mortalidade, a letalidade se mantém elevada, em torno de 30%, demonstrando a necessidade do diagnóstico precoce e terapêutica adequada, visando a redução dos óbitos e das sequelas.

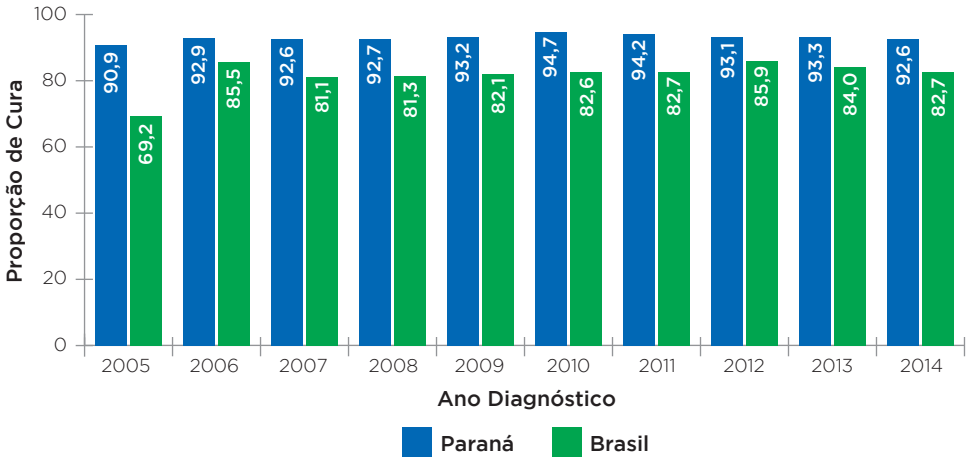
Em 2011, a **Coqueluche** provocou um alerta mundial, atingindo todas as faixas etárias, principalmente crianças menores de 1 ano. Entretanto, a forma grave e a mortalidade ocorrem principalmente em menores de 6 meses, naqueles com dose de vacina incompleta ou sem nenhuma dose da vacina Pentavalente ou DTP. No período entre 2007 e 2015, ocorreram 32 óbitos no Paraná, sendo 30 deles em menores de um ano. Diante desse cenário, houve necessidade de ampliação das Unidades Sentinelas, passando de 3 para 11 Unidades e, em 2014, o LACEN-PR validou a técnica de Reação de Cadeia de Polimerase em tempo real (PCR-RT), para identificação da bactéria, visando atender às demandas dessas Unidades. A estratégia mais eficaz para prevenção é a vacinação de crianças, gestantes e profissionais que trabalham em maternidades e UTI neonatal, associada à quimioprofilaxia dos contatos (BRASIL, 2014).

A **Influenza** ocorre durante todo o ano com sazonalidade diferente. Em regiões de clima temperado, acontece predominantemente na estação do inverno, e no Paraná, ocorre principalmente no período de abril a setembro. Em 2009, a Gripe Influenza Pandêmica (H1N1) propagou-se rapidamente por vários países, incluindo o Brasil e o estado do Paraná. A vigilância desse agravo acontece por meio de Unidades Sentinelas. Atualmente, há 50 dessas Unidades, sendo 27 de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 23 de síndrome gripal, distribuídas em 15 Regionais de Saúde. O Paraná é o único Estado do Brasil que faz detecção laboratorial de 13 diferentes vírus respiratórios, por meio do LACEN-PR. Frente à possibilidade de surtos e disseminação das doenças respiratórias, o Estado realiza, desde 2009, seminários anuais para engajar a sociedade nas campanhas de vacinação, diagnóstico e tratamento precoce com o antiviral e medidas gerais de prevenção coletiva.

O Brasil e o Paraná têm apresentado uma redução contínua do **Tétano acidental**, porém sua letalidade mantém-se alta até os dias de hoje (33%). De 2007 a 2015, foram notificados 189 casos confirmados da doença, com maior incidência no sexo masculino (82%), atingindo em maior proporção as pessoas com idade a partir dos 30 anos (89%), com escolaridade até a 4ª série do Ensino Fundamental (61%) e que nunca foram vacinadas (33%). A principal causa da infecção pelo tétano acidental são as perfurações cutâneas (44%), atingindo principalmente os membros inferiores (68%).

Nos últimos anos, a **Hanseníase** no Paraná vem apresentando uma melhoria de seus indicadores, especificamente no Indicador de Proporção de Cura nos Anos das Coortes (Gráfico 22) caracterizando como efetivas as ações de cuidado na Hanseníase. O controle da endemia é realizado buscando-se implementar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos, prevenção de incapacidades físicas, cirurgias reabilitativas e vigilância de contatos intradomiciliares. Desde 2013, a Hanseníase está em processo de eliminação como problema de saúde pública no Estado, com menos de um caso por 10 mil habitantes. A Coordenação Estadual mapeou, por meio de estudo epidemiológico, o perfil específico de cada município, a fim de aprimorar a gestão do agravo, organizando uma vigilância de risco a partir da estratificação dos 399 municípios do Paraná.

GRÁFICO 22 – PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NOS ANOS DAS COORTES, PARANÁ E BRASIL – 2005-2014



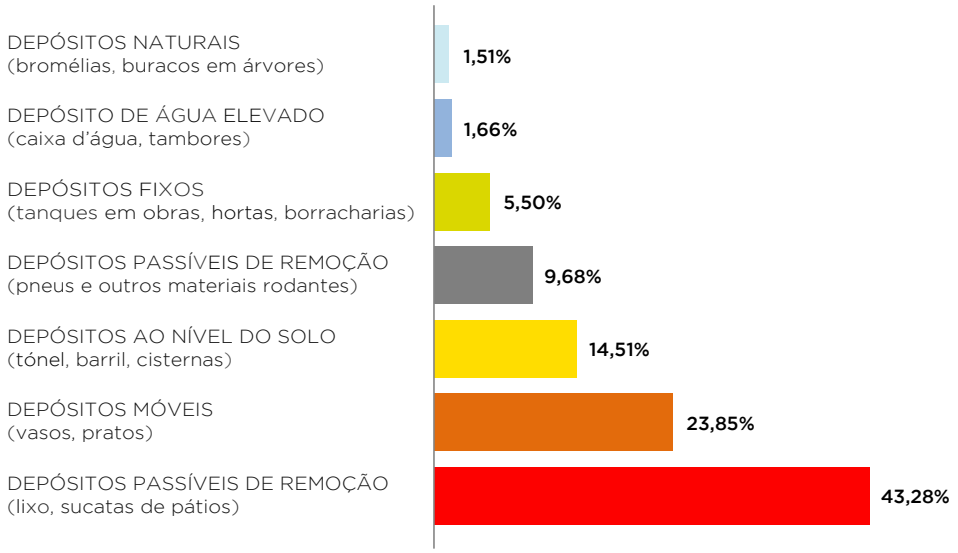
Fonte: SVS-MS/CGHDE/SINAN, 18 jun. 2015, e SESA/SVS/CEPI/DVVTR, 31 mar. 2016.

A **Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas** (MDDA) teve início em 1994, com a sétima pandemia da cólera e sua chegada ao Brasil em 1991 e no Paraná em 2002. Considerando o risco de ocorrência de emergências em saúde pública, decorrentes de agravos emergentes, reemergentes e inusitados e a facilidade de deslocamento global das pessoas em curto período de tempo, faz-se necessária uma vigilância sentinela de Doença Diarréica Aguda (DDA) para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos e a ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas **Doenças Transmitidas por Alimentos** (DTA), os quais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, causam 2,2 milhões de mortes anuais, devido ao consumo de alimentos e água contaminados. Conforme o Ministério da Saúde, entre 2000 e 2013, foram notificados 8.871 surtos alimentares, sendo a região sul e a sudeste responsáveis por 80% dessas notificações (BRASIL, 2013). No Paraná, entre 2008 e 2015, foram notificados 361 surtos por DTA (SINANnet/MS). Atualmente, o Estado conta com aproximadamente 500 Unidades Sentinelas para recebimento das notificações das DDA e conta com o apoio laboratorial por meio do LACEN-PR.

A interação entre seres humanos e animais requer o desenvolvimento de atitudes conscientes para que sejam mantidos os equilíbrios biológico, social e ambiental entre as diversas espécies. Modificações ambientais decorrentes das atividades desenvolvidas por seres humanos demonstram o aumento do risco de exposição a doenças. Fatores como as alterações ambientais, incluindo as mudanças climáticas e a perda da biodiversidade, além de mudanças comportamentais e a rapidez da circulação de pessoas, animais e mercadorias são determinantes para o aumento das **arboviroses** (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Saint Louis, Oeste do Nilo e Oropouche) e **zoonoses** (Leptospirose, Raiva, Hantavirose, Teniose, Cisticercose e Brucelose, Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas). A deficiência dos serviços de esgotamento sanitário e da disposição dos resíduos sólidos pode impactar fortemente no aumento do risco para o surgimento das doenças de veiculação hídrica, infecciosas e parasitárias além de propiciar condições para o surgimento de focos de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, mosquito da **Dengue**.

A **Dengue** foi considerada erradicada no país até a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti* em 1967; e a reintrodução da circulação viral, em 1981, em epidemia no município de Boa Vista – Roraima. No Paraná, a doença vem apresentando variações cíclicas, com períodos irregulares e incidências importantes em anos epidêmicos. O vetor está adaptado a diversas situações ambientais que anteriormente eram consideradas desfavoráveis à sua sobrevivência, como: resistência a amplas variações climáticas, água suja e salgada, além de resistência a inseticidas. O lixo urbano, principalmente o domiciliado, transformou-se em um grande criadouro do *Aedes aegypti*, daí a importância do gerenciamento de resíduos sólidos e políticas públicas voltadas para o problema. O Gráfico 23 mostra os principais criadouros do *Aedes aegypti* no Paraná e, pode-se perceber que os criadouros do mosquito estão principalmente no acúmulo de resíduos a partir da guarda temporária ou deficiência na coleta, incluindo a de recicláveis.

GRÁFICO 23 – PRINCIPAIS CRIADOUROS DO MOSQUITO *AEDES AEGYPTI*, PARANÁ – 2015

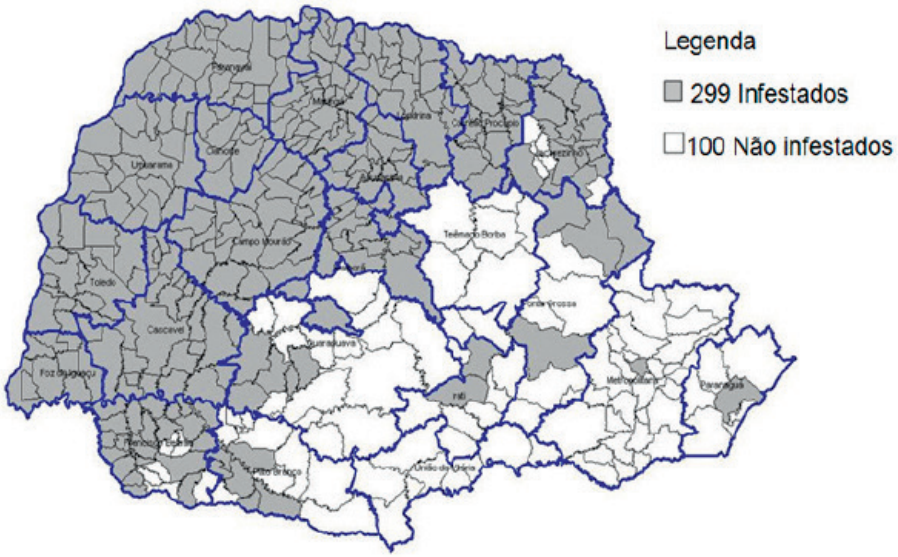


Fonte: SISPNCD, 2015.

A partir de 2010, o Estado do Paraná passou a acompanhar e analisar a ocorrência de casos notificados e confirmados de dengue pelo ano epidemiológico do agravo, sendo da semana 31 à semana 30 do ano seguinte. No período de 2014-2015, foram 89.968 notificações com 35.433 casos confirmados, sendo 33.702 autóctones e com 24 óbitos por dengue. O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para a efetiva vigilância do agravo.

Das 22 Regionais de Saúde, apenas a 6ª Regional de Saúde, União da Vitória, não possui municípios infestados por *Aedes aegypti*. O Estado totaliza 299 municípios infestados e 100 não infestados, de acordo com os últimos levantamentos de índice de infestação do mosquito, realizados em 2015.

MAPA 35 – MUNICÍPIOS INFESTADOS E NÃO INFESTADOS, PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação, 2015.

No Brasil, já foram encontradas variações da dengue tipo DENV: 1, 2, 3 e 4. No Paraná, em 2015, foi registrada circulação de DENV 1 e 4. Em 2015, foram encaminhadas 1.302 amostras para isolamento viral e, destas, 780 com resultado para DENV 1 (96,6%), 32, para DENV 4 (3,94%) e 490 em andamento. O percentual de casos confirmados laboratorialmente pelo LACEN/PR é de 76,6%.

O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para a efetiva vigilância do agravo. O índice de infestação predial é considerado de alto risco para epidemia quando acima de 4%. Em 2015, 37 municípios apresentaram índice de infestação predial acima de 4%. Também são considerados de alto risco municípios que não informam o índice de infestação.

A **Leishmaniose Visceral** nunca foi notificada no Paraná, mas após o registro da ocorrência de *Lutzomyia longipalpis* no município de Foz do Iguaçu em 2012, a pesquisa sorológica amostral em cães confirmou a contaminação canina em aproximadamente 10% das amostras, comprovando a transmissão vetorial. Em 2015, foi diagnosticado o primeiro caso humano autóctone e, em janeiro de 2016, dois casos, dos quais um foi de óbito. A pesquisa entomológica encontrou o vetor em apenas mais um município contíguo, Santa Terezinha do Itaipu, e será realizada em vários municípios de fronteira com países e estados com transmissão, para definir os critérios de risco epidemiológico e orientar as medidas de controle.

Entre as zoonoses de interesse estadual e saúde pública, destaca-se a **Raiva,** cuja letalidade em humanos chega a quase 100%. Não são registrados casos de **Raiva humana** no Paraná desde 1987, quando foi confirmado um caso por critério clínico-epidemiológico, transmitido por morcego, sendo o último caso de raiva humana transmitida por cão ocorrido em 1977. O Paraná realiza campanha de vacinação apenas em área de risco (fronteira) e os casos em animais silvestres (sobretudo morcegos) têm aumentado sensivelmente.

Os contatos entre morcegos, animais de estimação e humanos têm sido mais frequentes, exigindo que o sistema de vigilância (diagnóstico laboratorial e investigação), esteja coeso e o atendimento antirrábico seja realizado em tempo oportuno. No período de 2009 a 2015, o Atendimento Antirrábico Humano apresenta a segunda maior proporção em registros no perfil de agravos de notificação compulsória no Paraná. As notificações estão relacionadas a atendimento por agressões ocasionadas por animais potencialmente transmissores da raiva como: cães, gatos, morcegos, animais silvestres e demais mamíferos.

Outra zoonose de interesse estadual é a **Leptospirose**, que acomete os animais e o homem. No Paraná, a leptospirose apresentou em média 13% de letalidade em análise epidemiológica nos anos de 2009-2015, com distribuição em todo o Estado, mas com maior número de casos em Curitiba e Região Metropolitana.

Os novos cenários epidemiológicos vêm sendo caracterizados pelo surgimento de novas doenças transmissíveis, modificações nos padrões habituais de transmissão de doenças já existentes, surgimento e propagação de novas doenças, agravos e desastres decorrentes das agressões ao meio ambiente, além de doenças com potencial de propagação internacional, dada a mobilidade da sociedade contemporânea. Nesse complexo contexto, o advento das doenças **emergentes e reemergentes**[1], evidenciado a partir da descoberta do agente etiológico da AIDS na década de 80, desencadeou a necessidade de reacender o debate sobre os riscos para a saúde humana decorrentes de agentes infecciosos.

No Paraná, essa realidade se revela quando se verifica que, após 30 anos, foi identificado o vírus da febre amarela nas regiões oeste, central e nordeste do Estado; e outros agentes etiológicos, causadores de doenças como a febre maculosa, febre de Lyme, vírus Oropuche, vírus Saint Louis, que também já foram constatados no território.

O mundo, no biênio 2014/15 enfrentou a epidemia do vírus Ebola, iniciada na África Oriental no final de 2013, afetando principalmente a Guiné, Libéria e Serra Leoa. Em 8 de agosto de 2014, a OMS declarou essa epidemia uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Até 30 de dezembro de 2015, foram relatados 28.637 casos da doença, incluindo 11.315 mortes.

1 Doença emergente ou reemergente: termo usado para designar novas condições do estado de saúde, geralmente de origem infecciosa, ou condições já conhecidas que adquiram ou readquiram significância epidemiológica em saúde pública. MS, 2013.

No Paraná, houve um caso suspeito da doença em 2014, identificado no município de Cascavel, que exigiu resposta imediata da saúde pública, desde a sua detecção até o seu descarte. Esse processo envolveu múltiplos atores e recursos – além de todas as áreas técnicas da SESA, a OMS, o Ministério da Saúde, ANVISA, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – e demandou a aplicação do Plano de Contingência para a Doença do Vírus Ebola do Estado do Paraná, plano esse já elaborado quando se detectou a relevância do agravo, por meio do monitoramento dos eventos de interesse em saúde pública, confirmada pela declaração do Ebola como ESPII, pela OMS.

O enfrentamento a essa situação de emergência rendeu à Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel o reconhecimento e homenagem do Ministério da Saúde pelo trabalho exemplar realizado de forma organizada e articulada com cumprimentos de protocolo pelas áreas da vigilância e atenção à saúde de ambas as esferas de governo.

Neste mesmo período, foi identificada a circulação do vírus **Chikungunya** no mundo, a qual também exigiu o reforço na vigilância em saúde do país e do estado, culminando com a elaboração de Protocolo de Vigilância para esse agravo pelo Ministério da Saúde. No último ano no estado, foram notificados 49 casos da doença, dos quais 4 foram confirmados, um destes autóctone e os demais importados.

Também em 2015, o Brasil notificou um aumento da ocorrência de casos de microcefalia que podem estar associados à infecção pelo vírus **Zika**. Esse evento foi declarado Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e, para o seu enfrentamento, também foi elaborado um protocolo de vigilância específico, reforçando as ações de vigilância em todo o país, inclusive no Paraná.

A **Hantavirose** também é uma doença emergente com distribuição crescente no Estado; apresentou letalidade em 2015 de 47%, superior em comparação ao Brasil, de 30%, acometendo principalmente os trabalhadores rurais com idade economicamente ativa.

A **brucelose** vem se destacando como uma zoonose relevante em saúde pública no Paraná, pelo aumento de casos humanos e exposições acidentais à Brucella sp. Diante dessa realidade, foi instituído um Grupo de Trabalho, para reestruturar e atualizar o Protocolo Estadual de Brucelose Humana, além de definir estratégias de enfrentamento do agravo no estado. O Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância em Saúde para Brucelose Humana foi reelaborado com o objetivo de integrar as ações de vigilância, uniformizar os procedimentos e estabelecer diretrizes para atender à demanda que se apresenta no Estado para a brucelose.

1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A gestão do trabalho em saúde parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador da saúde é reconhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano. O trabalhador é considerado peça fundamental no processo de contínua melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

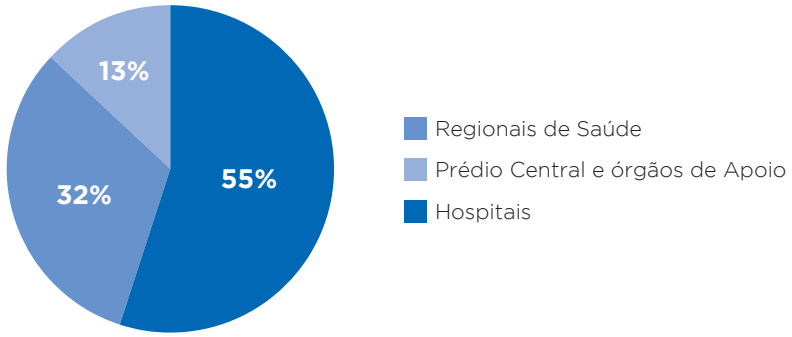
A gestão do trabalho prevê um conjunto de ações que buscam valorizar o trabalhador e as suas relações de trabalho. Nesse sentido, em 03 de julho de 2014, foi aprovado o novo Quadro Próprio de Servidores da Saúde – QPSS por iniciativa do Poder Executivo (Lei 18.136/2014). Foram sancionadas e publicadas também, no ano de 2015: a Lei 18.599, que dispõe sobre a transferência de vagas de cargos do Quadro Próprio do Poder Executivo para o Quadro Próprio dos Servidores da Saúde, criando 2.114 novas vagas de cargos no Quadro da SESA e possibilitando a realização de concurso; a Lei 18.600, que assegura aos servidores do Quadro da SESA, para efeito de contagem de tempo mínimo de efetivo exercício no serviço público, no cargo e na carreira, para fins de aposentadoria, o cômputo do tempo transcorrido no Quadro Próprio do Poder Executivo – QPPE; e a Lei 18.601, que dispõe sobre ajustes de enquadramento de servidores do Quadro da SESA. Essas leis aperfeiçoaram a que instituiu o QPSS, assegurando direitos básicos dos servidores e avançando em áreas que não tinham sido contempladas na lei original.

Com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS

– MENP-SUS/PR foi implantada por meio da Resolução nº 005/2012 do Conselho Estadual de Saúde e está em funcionamento, com a realização de reuniões regularmente.

Atualmente, o quadro de servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), segundo dados de janeiro de 2016, registrou a existência de 8.775 servidores efetivos, distribuídos em: 2.553 promotores de saúde de apoio, com formação de nível fundamental; 3.226 promotores de saúde de execução, com escolaridade de ensino médio; e 2.976 promotores de saúde profissionais, com escolaridade de nível superior. Quanto ao gênero, 5.773 servidores são do gênero feminino e 3.002 servidores são do gênero masculino. A situação atual dos cargos de provimento em comissão e funções de gestão ocupados é 552 e 193, respectivamente. Os 8.775 servidores do quadro atual estão distribuídos em regionais, hospitais e órgãos de apoio, estando esse contingente concentrado, em sua maioria nas unidades hospitalares conforme demonstra o Gráfico 24.

GRÁFICO 24 – LOTAÇÃO DOS SERVIDORES DA SESA-PR EM JANEIRO/2016



Fonte: SESA/DG/GRHS.

Desse total, 17 servidores se encontram cedidos para outros Órgãos e esferas do Governo. Por outro lado, a Secretaria de Estado conta com 33 servidores de outros Órgãos e esferas do Governo à disposição da SESA. Quanto à faixa etária, 4.057 servidores (46,2% do total) apresentam idade entre 50 e 71 anos; sendo que 2.221 servidores (25,3% do total) têm entre 30 e 48 anos de serviço. Esses dados colocam em evidência o contingente de trabalhadores próximos ou já em condições de requerer a aposentadoria. No período que compreende os anos de 2011 a 2015, 1.710 servidores aposentaram-se, com incorporação ao serviço público mediante concurso de 2.028 servidores nomeados, estando atualmente em estágio probatório, 796 servidores.

Em período de estágio probatório que compreende 3 anos após a nomeação, encontram-se 155 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Apoio; 350 servidores no Cargo de Promotor de Saúde de Execução e 272 servidores no cargo de Promotor de Saúde Profissional.

Os servidores que se encontram na faixa de 03 a 09 anos de serviço, compreendem 1.129 servidores no cargo de Promotor de Saúde Profissional, 1.694 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Execução e 982 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Apoio. Inseridos na faixa de 10 a 19 anos de serviço, encontram-se 189 servidores no cargo de Promotor de Saúde Profissional, 96 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Execução e 124 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Apoio e, inseridos na faixa de 20 a 29 anos de serviço, encontram-se 859 servidores no cargo de Promotor de Saúde Profissional, 568 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Execução e 546 servidores no cargo de Promotor de Saúde de Apoio.

A Secretaria de Estado da Saúde oferece suas unidades como campo de estágio para 806 vagas destinadas a estudantes do Ensino Médio e Superior, sendo 426 vagas remuneradas e 380 vagas não remuneradas. Há registro de 1.356 colaboradores terceirizados, sendo 550 profissionais de vigilância patrimonial e 806 de limpeza e conservação, atuando em Unidades da Secretaria de Estado, por meio de contrato de prestação de serviços de terceiros. Não há servidores temporários registrados por meio de contrato administrativo, nem mesmo remunerados por RPA – recibo de pagamento de autônomo.

Buscando fortalecer a premissa da necessidade de cuidar do cuidador, por meio do Grupo Setorial de Recursos Humanos – GRHS, a SESA desenvolve o Programa de Acompanhamento à Saúde do Servidor com foco Preventivo desde o ano de 2012. O Programa realiza acolhimento, orientação e encaminhamento nas áreas de saúde mental, alimentar e controle do tabagismo, em parceria com os programas afins coordenados pela SESA.

Ações de saúde ocupacional implantadas no Estado, de 2012 a 2015, dizem respeito à emissão de Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) e a implementação do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais do Trabalho (PPRA), ainda em implantação, por empresa terceirizada.

Para além do provimento de pessoas conforme dimensionamento dos serviços, as rápidas mudanças tecnológicas e paradigmáticas que impactam nas transformações dos processos de trabalho demandam constantes qualificações e colocam a Educação Permanente em Saúde em foco.

A Escola de Saúde Pública (ESPP), criada em 1958, e o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH), criado em 1954, em suas vertentes de formação inicial, técnico-profissionalizante e superior são as unidades da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) que planejam, articulam e coordenam os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), voltados para trabalhadores já inseridos no SUS, seja no âmbito estadual ou municipal, com foco educacional nos processos de trabalho para atender às necessidades de saúde da população de acordo com a realidade Regional.

Segundo dados da plataforma RHSUS (http://rhsus.ufrn.br – acesso em: 02/03/2016), apoiados em informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Estado do Paraná conta com 52.261 profissionais de saúde de nível superior, sendo 36,25% médicos, 21,21% enfermeiros, 16,34% odontólogos e 26,18% outros profissionais. Já de nível médio (Técnicos) e elementar (Auxiliares e Agentes de Saúde), são 51.827 trabalhadores, sendo 59,83% Aux/Tec. de Enfermagem, 28,88% ACS/ACE e 11,27% outros. Vale ressaltar que esses números se referem à totalidade de profissionais cadastrados no CNES no território do Paraná, o que incorpora profissionais dos Municípios, Estado e União e que se refere ao público-alvo das ações de EPS.

O Planejamento da EPS no Estado articula formação, atenção, gestão e controle social no setor da saúde. Considera as necessidades locorregionais, desenvolvendo potencialidades já existentes em cada realidade por meio de uma aprendizagem significativa que instrumentalize o profissional para o enfrentamento criativo dos problemas de sua prática cotidiana.

Essas ações se dão por meio da integração com as instituições formadoras (no ensino médio e superior), parcerias com Gestores Municipais (SMS e COSEMS/PR), Controle Social (CES/PR), Áreas, Departamentos, Regionais de Saúde e Superintendências da SESA, além de demais parceiros, no fomento da integração ensino-serviço e do desenvolvimento profissional de forma interdisciplinar.

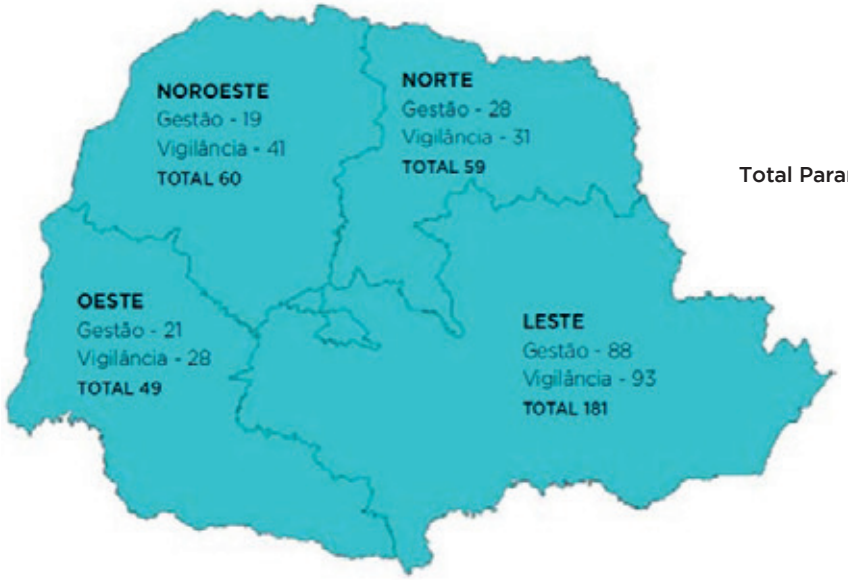
Desde 2011, a SESA fez a opção por adotar o modelo de Redes de Atenção à Saúde como forma de enfrentar os novos desafios postos pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere às práticas profissionais, impondo a necessidade de inovação dos processos formativos voltados para os profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde paranaenses.

Assim, nos últimos anos, a Escola de Saúde Pública Paraná (ESPP) e o Centro Formador de Recursos Humanos (CFRH) passaram por importantes avanços e inovações organizacionais. Desenvolveram um processo interno com seus membros e parceiros institucionais, de planejamento estratégico e definição de prioridades, tendo como referência o mapa estratégico da gestão da SESA**.**

O CFRH está credenciado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) desde sua criação para o desenvolvimento de ações de formação profissional de nível médio. Em 2013, a ESPP também foi credenciada por meio do Decreto Estadual nº 7811 para ofertar, em nível de pós-graduação *lato sensu*, cursos de especialização no campo da Saúde Pública, na modalidade presencial, alcançando assim a meta descrita no PES 2012-2015. As duas estruturas são autorizadas a ofertar cursos de forma descentralizada para as quatro macrorregiões de saúde, dando maior capilaridade aos processos, sendo um diferencial dentre as demais escolas de saúde pública do país.

O credenciamento garante às estruturas maior autonomia na adequação dos processos educacionais em consonância com a realidade paranaense e com a política estadual de saúde, bem como permite maior capilaridade dos cursos, possibilitando igualdade de acesso aos cursos para profissionais do SUS do Paraná, como demonstra a Mapa 36.

MAPA 36 – DISTRIBUIÇÃO DOS CONCLUINTES DA 1ª OFERTA DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO PARA FORMAÇÃO DE GESTORES E EQUIPES GESTORAS DO SUS E ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, CERTIFICADOS PELA ESPP, POR MACRORREGIÃO, PARANÁ – 2015



Total Paraná = 349

Fonte: SESA/DG/ESPP.

A ESPP-CFRH, na busca constante de melhoria dos processos formativos, em 2015, iniciou junto ao Sistema de Acreditação Pedagógica de Cursos *lato sensu* em Saúde Pública/Coletiva, da Agência de Acreditação Pedagógica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, sua entrada no processo de Acreditação Pedagógica do Curso de Formação de Gestão e Equipe Gestora para o SUS.

Esse processo objetiva à adoção de mecanismos e instrumentos de qualidade na gestão dos cursos e, consequentemente, dos processos de trabalho da escola, visando conferir a qualidade do cuidado e da atenção à saúde no SUS.

MAPA 37 – CURSOS DE NÍVEL MÉDIO REALIZADOS PELO CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA, SESA, PARANÁ – 2011-2015

Fonte: SESA/DG/CFRH.

O Mapa 37 demonstra a capilaridade dos processos de formação nas 22 RS, porém, é importante salientar que, o planejamento e a distribuição dos cursos ocorrem a partir de um estudo de demanda com os municípios realizados pela Divisão de Ensino Técnico com apoio das Regionais de Saúde. Nesse período, foram formados 6.125 profissionais em cursos de nível médio nas 22 RS em 09 cursos.

A ESPP-CFRH, além da oferta de cursos próprios, apoiou a realização de três ofertas do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, promovido pelo Conselho Estadual de Saúde, uma iniciativa do campo da educação popular, além de contribuir para a coordenação local de cursos descentralizados da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP-HSL).

Foram ofertadas, nesse período, 867 vagas de cursos de especialização, distribuídos nas áreas de Gestão do SUS, Regulação, Educação na saúde para preceptores no SUS, Saúde da Família (EAD), Curso de Especialização em Urgência e Emergência e Doenças e Agravos não Transmissíveis (EAD). Em relação aos cursos livres, foram ofertadas, por meio das parcerias, 12.965 vagas nos cursos de: Atualização em Saúde Mental (240 vagas) , Curso de formação em Saúde Mental – Caminhos do Cuidado (11.351 vagas), Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS 2 – QUALICONSELHOs – EAD (516), Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS I e II (858).

Importante salientar que todos os Programas implantados e/ou em implementação, coordenados pelas diferentes áreas técnicas da SESA têm como um de seus componentes as capacitações. Além destas, as áreas técnicas realizam de forma autônoma ou em parceria com a ESPP-CFRH capacitações para qualificação das diferentes redes de atenção, na modalidade presencial ou com utilização de webconferências e videoconferências, viabilizadas pela instalação de equipamentos nas 22 RS, ESPP-CFRH e prédio central da SESA no ano de 2011.

No período de 2011-2015, tramitaram na ESPP 345 projetos de EPS demandados pelas 22 RS e Superintendências e estruturas da SESA, os quais foram analisados e certificados pela ESPP, sendo que, destes 345, 99 projetos foram realizados em 2015 com cerca de 6 mil profissionais qualificados nas quatro macrorregiões de saúde.

Ao planejar as ações de EPS, no período de 2011 a 2015, considerou-se a extensão territorial do Estado e a organização regional; porém, apesar da descentralização das ofertas, ainda ocorre concentração de algumas ações/atividades de EPS na capital, dada a disponibilidade de infraestrutura própria (ESPP/CFRH).

Iniciativas como a implantação do EAD e a consolidação do Telessaúde no Estado podem colaborar para a redução desses deslocamentos, porém achados apresentados também na pesquisa do PMAQ-AB de 2012, apontam para o desconhecimento ou pouco acesso a essas ferramentas de EPS no Estado.

O Planejamento das ações de EPS, até 2011, dava-se a partir dos Pólos Regionais de Educação Permanente (PREPS); porém, nesse mesmo ano, teve início no Estado uma discussão não somente da nomenclatura utilizada, mas também do papel e desempenho dos PREPS, fazendo a opção por iniciar a instalação da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES).

O Paraná tem um histórico de integração ensino-pesquisa-serviço-comunidade e de educação permanente que antecede a própria formulação da política nacional. De 1998 a 2002, existiam quatro Polos de Capacitação em Saúde da Família, descentralizados (Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel), atuando no Estado sob coordenação da SESA.

Apesar da história de grande engajamento, a partir de 2013, houve uma desmobilização dessa Comissão. A estruturação da CIES e seu desdobramento nos territórios (CIES Regionais) pode contribuir na consolidação da EPS como ferramenta poderosa na gestão de recursos e talentos para as mudanças, quando necessárias, e na ampliação e melhoria do cuidado prestado pelos serviços de saúde. Apesar disso, nos anos 2013-2014, ela deixou de atuar de forma consistente. Com esse entendimento, em 2015, foram realizadas ações voltadas à sua reestruturação.

Na Pesquisa do ObservaRH/IMS/UERJ (FRANÇA 2016), os gestores apontaram como muito relevantes as CIES (51,9%), iniciativas da Educação Permanente em Saúde (52,3%) e aquelas referentes à Educação Profissional de Nível Técnico (51,4%). Isso corrobora a necessidade de estruturação já apontada.

Além da CIES, é necessário que a EPS seja pautada em outros colegiados de gestão e controle social, dada sua implicação direta no alcance dos resultados esperados com a implementação de políticas e ações disparadas por esses colegiados.

A ESPP-CFRH além de atuar na formação e qualificação, tem buscado avançar na área de produção de conhecimento como uma oportunidade de contribuir na resolução de demandas locais de desenvolvimento regional.

Nesse sentido, tem apoiado todas as ações desenvolvidas pelo Programa de Pesquisas para o SUS – PPSUS, participou do desenvolvimento da terceira fase (Avaliação Externa) do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária – PMAQ) , nos dois primeiros ciclos, participa do Projeto coordenado pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), cujo objetivo é analisar o processo de trabalho dos Técnicos em Saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente a 'Estratégia Saúde da Família (ESF), nas cinco regiões brasileiras, em parceria com escolas de saúde pública e centros formadores de recursos humanos.

A perspectiva é aproximar e comprometer gestores para a integração ensino-pesquisa-serviços-comunidade, por meio de trabalho colaborativo, para diminuir a fragmentação e fortalecer as Redes Assistenciais. Nesse sentido, os processos de educação permanente de profissionais do SUS, as pesquisas e outras produções técnico-científicas e os programas de educação popular, assumem relevância para a gestão do trabalho em saúde. Tarefas que devem ser assumidas tanto pela SESA como pelas SMS, cujos setores voltados à formação e desenvolvimento de pessoas devem ser fortalecidos.

1.4 GESTÃO EM SAÚDE

A Gestão em Saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública considera a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como a gestão de conflitos armados e se importa com seus inimigos, ou seja, erradicar, controlar e vigiar. Logo, como a arte da guerra, a administração sanitária tem um planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional, assim como os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação.

A Gestão em Saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição, ou seja, no lugar da guerra, entram os conceitos de sociologia, da ciência política e da teoria da administração. Em meados do século XX, houve a ampliação do objeto, quando foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde.

Desenvolveu-se, com essa finalidade, uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde, em que o Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária. Tal rede executaria ações de prevenção e relevância coletiva, assumindo tanto a atenção clínica, como a assistência individual em hospitais e outros serviços. Assim, originando o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços com a modalidade de rede denominada atenção primária.

A atenção primária trabalha com lógica de território de referência e é responsável pela coordenação de cuidado dos usuários, sendo a principal porta de entrada do SUS. A atenção de média e alta complexidade é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas; o complexo regulador, sendo uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, consiste na organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS. A assistência farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia de acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde.

Nesse contexto, A SESA entende que seria oportuno consolidar seus elementos base no eixo de Gestão em Saúde, sendo: Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Atenção de Média e Alta complexidade, Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos serviços e Assistência Farmacêutica.

1.4.1 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, que constitui espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: vigilância e controle das doenças transmissíveis, gestão de imunobiológicos; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços.

A formulação, coordenação e implementação da Política Estadual de Vigilância em Saúde é de responsabilidade da Superintendência de Vigilância em Saúde da SESA, por meio dos seus Centros de: Epidemiologia, Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador e das Unidades LACEN e CPPI.

No Estado do Paraná, a gestão e execução de Vigilância em Saúde está descentralizada, tendo os municípios assumido ações do Elenco 1, 2 e 3, conforme seu Porte, de acordo com o Programa VIGIASUS. A execução de atividades e ações complementares nos municípios de Porte I e II são realizadas pelas equipes SESA (Centros, Unidades e Regionais de Saúde).

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

A **vigilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento do país/estado/região/município, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde. Necessita, também, identificar de forma precoce e oportuna situações com potencial de se tornarem emergências em saúde pública e organizar respostas adequadas e articuladas com outros setores, áreas técnicas e instituições, dirigidas ao controle e/ou mitigação do risco à saúde da população, ações essas realizadas pelo Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (CIEVS), desde 2009.

A **vigilância epidemiológica** é um "conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". (BRASIL, 1990). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A **vigilância em saúde ambiental** centra-se nos fatores do meio ambiente que possam representar riscos à saúde humana: fatores biológicos (doenças transmitidas por vetores, zoonoses, intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) e fatores não biológicos (água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e fatores físicos). Prioriza-se no Paraná o controle dos vetores que transmitem doenças,

como: dengue, zika, chicungunya, febre amarela urbana, leishmanioses, malária, esquistossomose e chagas. Para as ações de vigilância entomológica, há oito Núcleos localizados estrategicamente em: Paranaguá, Jacarezinho, Londrina, Apucarana, Maringá, Porto Rico, Guaíra e Foz do Iguaçu, que orientam as ações de controle e combate dos insetos.

Na SESA, é realizado o monitoramento das zoonoses de interesse estadual, dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos e das intoxicações exógenas (medicamentos, agrotóxicos, pesticidas domésticos, produtos químicos, metais pesados e plantas tóxicas); e, também, a coordenação dos três Centros de Controle de Envenenamentos/Intoxicações do Paraná – CCE, localizados estrategicamente em Curitiba, Londrina e Maringá, que dão apoio aos profissionais de saúde do estado frente às intoxicações exógenas e acidentes com animais peçonhentos.

Atua também nas ações ambientais intersetoriais, como a parceria com as seis Universidades Estaduais para análise laboratorial de água para consumo humano, e no cumprimento da Instrução Normativa MS nº 1, de 07 de março de 2005, que regulamentou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA que atribui ao SUS ações de Vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere: à Água para Consumo Humano (Programa VIGIAGUA); às Contaminações do Ar (VIGIAR); às Contaminações do Solo (VIGISOLO); aos Desastres Naturais (VIGIDESASTRES) e à Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes (VIGIPEQ).

A **vigilância da saúde do trabalhador** compreende a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, as quais estão articuladas com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme versa a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria 1.823/2012 do Ministério da Saúde.

A Saúde do Trabalhador no Paraná está estruturada conforme a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, instituída em 2011, pela Portaria nº 1.823/2012, do Ministério da Saúde, e conta com uma rede de atenção formada por um CEREST Estadual (Denominado CEST), oito CERESTs Macro Regionais e um CEREST Municipal (Curitiba). Os CERESTs possuem como atribuição contribuir na organização da atenção à assistência dos trabalhadores nos municípios e têm como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações integradas que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e objetiva promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

O Estado do Paraná, por meio do Decreto nº 11.042, de 14 de maio de 2014, instituiu o Núcleo Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, tendo como objetivo articular as políticas públicas intersetoriais, apoiar e monitorar o funcionamento dos Núcleos Municipais e fortalecer a vigilância e a prevenção das violências e a promoção da saúde. A SESA, além de apoio técnico, repassou um total de R$ 3.450.000,00 até o ano de 2015, para 128 municípios, na forma de incentivo financeiro para implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, e da Cultura da Paz (NPVPS). Atualmente, são mais de 50 núcleos municipais em funcionamento em 21 Regionais de Saúde.

1.4.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

As evidências demonstram a sua capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária à Saúde se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos, ou seja, médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar, etc.), e frequentemente esses sintomas não evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc.) que mais comumente recebem pacientes quando os problemas se encontram em estágios avançados e, portanto, em fases em que a patologia se encontra mais definida.

A SESA reconhece a Atenção Primária à Saúde como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde em todos os municípios do Paraná, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde. Atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com políticas de atenção integral e suas Linhas de Cuidado. Do ciclo vital: criança, adolescente, mulher, homem e idoso; e políticas transversais: gestante, saúde bucal, mental, alimentação e nutrição, risco cardiovascular, hipertensão e diabetes, urgências/emergências, saúde do escolar, prevenção do câncer, deficiências, enfretamento das violências, populações vulneráveis (indígena, negra, privada de liberdade, em situação de rua, e outras), etc.

Destaca-se, quanto às **populações vulneráveis,** a vulnerabilidade aqui entendida como: condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade de uma comunidade ou indivíduos ao impacto de ameaças. No contexto da saúde, a vulnerabilidade causa a fragilidade de indivíduos e coletivos, expondo-os a situações desfavoráveis à saúde, às quais se denomina risco[1].

A vulnerabilidade, em todas as suas formas, pode acarretar danos à saúde do indivíduo no decorrer dos diversos ciclos de vida. Para que os indivíduos possam ter a capacidade de lutar contra esses danos, devem ser demandados esforços conjuntos de todos os setores da sociedade (esferas pública e privada), que permitam o acesso dos indivíduos aos serviços essenciais básicos e que, dessa forma, possam contribuir para o empoderamento dos mesmos.

No que tange às comunidades vulneráveis, a SESA tem trabalhado desenvolvendo ações que contribuem para a melhoria do acesso dessas aos serviços do SUS. Com destaque para as populações negras e indígenas, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população migrante e refugiados e as famílias que estão em acampamentos e assentamentos rurais no Paraná.

De acordo com o IBGE-2010, a população negra no Paraná é composta por pretos e pardos, contribuindo com 25,8% da população total do Estado, com aproximadamente 2.693.417 habitantes. Em 2009, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/ PNSIPN, cujo principal objetivo é "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS" (BRASIL, 2009). A SESA programou ações estratégicas para o enfrentamento do racismo, bem como a superação das iniquidades vivenciadas pela população negra. Dentre as ações, destacam-se a Instituição do Grupo de Trabalho Executivo e o Incentivo Estadual para

1 De acordo com De Seta, M. H. et al., o risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos, que tenham consequência negativa à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente.

municípios com comunidades de quilombolas[2] ou terras negras tradicionais (comunidades que ainda não foram reconhecidas pela Fundação Palmares). Atualmente, 17 municípios, com um total de 42 comunidades, recebem o recurso de incentivo à promoção da saúde nas comunidades.

A Rede Mãe Paranaense também tem sido uma importante estratégia para consolidar a PNSIPN no Estado, a partir da definição da estratificação de risco intermediário para as gestantes e crianças negras e indígenas. Esse critério foi baseado em estudos epidemiológicos, que demonstraram que mulheres negras e indígenas estão mais vulneráveis devido às questões socioeconômicas em que vivem.

Em se tratando de população indígena, o Paraná tem uma população estimada de 25.915 indígenas (IBGE, 2010). Atualmente, a saúde indígena dos povos aldeados é de responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No Paraná, o DSEI Litoral Sul é responsável pela saúde indígena, bem como pela interlocução e articulação com os municípios e o Estado na atenção à saúde indígena no âmbito do Paraná. O Estado tem 57 aldeias indígenas, que estão distribuídas em 28 municípios paranaenses divididos em 12 Regionais de Saúde da SESA (SESAI-DSEI Litoral Sul/2015 e SESA/2016). Os municípios das Regionais de Guarapuava, Pato Branco, Ivaiporã, Londrina e Cornélio Procópio, são os que apresentam a maior população indígena do Paraná.

Para a implantação da estratificação de risco para a gestante e criança indígena no Estado, a SESA tem reforçado a parceria com gestores e técnicos do DSEI Litoral Sul, Regionais de Saúde e dos municípios. Desde 2011, vários eventos foram desenvolvidos com o objetivo de ampliar o diálogo, capilarizar as informações e fortalecer a implantação dos conceitos propostos na Rede Mãe Paranaense, em especial, legitimar a estratificação do risco. Atualmente, o critério já está implantado em todas as aldeias do Estado, e, no final de 2015, foi implantado o projeto-piloto de gestão de caso[3] nas Terras Indígenas Rio das Cobras[4].

Em relação à População Privada de Liberdade, a SESA tem desenvolvido várias ações em conjunto com a Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária- SESP. Tais ações visam qualificar a melhoria de serviços prestados a essa população, por meio de atividades de educação permanente para as equipes que atuam nos serviços de saúde das Unidades Penais, bem como das Delegacias de Polícia do Estado. Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Privada de Liberdade/PNAISP no âmbito do SUS. O Paraná (SESA e SESP) fez a adesão à PNAISP. O principal desafio da SESA é estimular os municípios com Unidades Penais e Delegacias para a adesão à Política. A população de pessoas privadas de liberdade é de aproximadamente 29.359 pessoas (SESP, 2015). Dessas, 19.723 pessoas estão em 34 Unidades Penitenciárias no Estado, tendo uma concentração dessa população em municípios da 2ª Regional de Saúde. Nessa Regional, situa-se o Complexo Médico Penal que recebe os presos que necessitam de internamento, o qual atendeu 24.824 ocorrências hospitalares em 2015. A população de pessoas em Delegacias de todo o Estado é de 9.636 (SESP, 2015).

Já o Plano Operativo Estadual (POE) de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em regime de internação e internação provisória e semiliberdade tem por objetivo estruturar as ações e serviços de atenção integral à saúde em 19 unidades existentes no Paraná, denominadas Centros de Socioeducação (CENSEs). Os CENSEs estão distribuídos em 16 municípios, sendo esses: Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Foz do Iguaçu, Laranjeiras do Sul, Londrina, Maringá, Paranavaí, Pato Branco, Piraquara, Ponta Grossa, Santo Antônio da Platina, São José dos Pinhais, Toledo e Umuarama. A gestão do POE e a implantação

2 As comunidades de quilombolas são grupos com trajetória histórica própria, cuja origem se refere a diferentes situações, a exemplo de doações de terras realizadas a partir da desagregação de monoculturas, compra de terras pelos próprios sujeitos, com o fim do sistema escravista; terras obtidas em troca de prestação de serviços, ou áreas ocupadas no processo de resistência ao sistema escravista. Em todos os casos, o território é a base de reprodução físico, social, econômica e cultural da coletividade (Secretaria de Promoção da Igualdade Racial, 2013).

3 "A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade" (MENDES, 2012, p.403).

4 A Terra indígena Rio das Cobras está localizada entre os municípios de Nova Laranjeiras e Espigão Alto do Iguaçu, sendo cortada por duas rodovias – a BR-277 e PR-473, e também faz parte do Polo Base de Guarapuava, possuindo uma população estimada de 2.877 indígenas, distribuídos em 09 Aldeias (SESAI/DSEI Litoral Sul, 2014).

do Plano são atribuições da SESA, em conjunto com a Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, gestora do Sistema Socioeducativo.

O Programa Saúde do Viajante, implantado no Estado em 19/11/2015, tem como objetivo implantar ações que contribuam para a prevenção, promoção, assistência e vigilância à saúde em momentos de deslocamento, no Brasil e no exterior, visando proteger a população do Estado do Paraná da introdução e/ou reintrodução de doenças, eventos ou agravos com potencial de disseminação.

O Programa está fundamentado em três eixos considerados estratégicos e fundamentais: Informação, Vigilância e Atenção à Saúde. Sua fundamentação vem do conceito do viajante, que significa: uma condição transitória de qualquer pessoa que se desloca pelo território paranaense, sem distinção de raça, sexo, língua e/ou religião e independentemente da finalidade, vindo de outro país ou estado ou indo a outro país ou estado, e que, por esta razão, apresenta risco potencial de adoecer ou introduzir/reintroduzir ou ainda disseminar agravos à saúde.

A principal ferramenta do Programa é o site Saúde do Viajante, no endereço eletrônico www.saudedoviajante.pr.gov.br, que também serve de canal de comunicação com os viajantes e está disponível em três idiomas (português, inglês e espanhol), com atualização semanal. Os outros dois eixos estão em fase de implementação nos municípios do litoral e municípios com fronteira internacional.

Outra população vulnerável é a População em Situação de Rua, a qual tem estado na agenda de ações da SESA. Em outubro de 2014, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. O referido Comitê tem a finalidade de promover a articulação entre as ações da SESA e as das demais instâncias do SUS, com vistas a avançar na equidade da atenção à saúde a essa população no Estado. Os marcos legais estabelecidos para o atendimento dessa população, em especial, o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, o qual instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, contemplam ações de diversas áreas para o seu atendimento.

Fatores estruturais e conjunturais têm contribuído para o aumento dessa população no Brasil, em especial nos grandes centros urbanos. O Censo do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), de 2007, identificou uma população em situação de rua de aproximadamente 31.922 pessoas. A pesquisa do MDS revelou que 82% dessa população é do sexo masculino, com idade em torno de 24 a 44 anos (53%), e 69% se declaram afrodescendentes (pretos ou pardos). Essa mesma pesquisa demonstrou que os problemas clínicos mais comuns são: problemas dos pés, infestações, tuberculose, DST/HIV e AIDS. No Paraná, conforme registro no Cadastro Único[5], há 2.948 pessoas em situação de rua (Dados da SEDS/PR, nov. 2015), sendo Curitiba, Ponta Grossa, Londrina, Cambé, Foz do Iguaçu, Apucarana e Cascavel os municípios com a maior concentração dessa população no Estado.

Nos últimos anos, em virtude de conflitos políticos, questões socioeconômicas e desastres ambientais, o Brasil tem recebido população de migrantes oriundos do Continente Africano, países da América do Sul, Síria, Paquistão, Bangladesh, etc. Em se tratando da população haitiana, dados do Ministério da Justiça informam que, em 2014, chegaram aproximadamente 14,5 mil haitianos no país, e aproximadamente 5 mil deles estão no Paraná. As cidades paranaenses com maior fluxo de migrantes são: Curitiba, Cascavel, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá, Guarapuava, Pato Branco, Ponta Grossa e Paranavaí.

Em relação a essa temática, a SESA tem participado das discussões juntamente com diversas Secretarias de Estado, a partir da criação do Comitê Estadual para Refugiados e Imigrantes no Estado do Paraná/CERM. Em 2015, foi criado o Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná/CERMA. O objetivo do Conselho é avaliar, deliberar e participar da elaboração das políticas públicas estaduais destinadas à promoção e proteção dos direitos dessa população. Os espaços de discussão sobre a população de migrantes deram origem ao Plano Estadual de Políticas Públicas para Promoção e Defesa dos Direitos de Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná. Esse Plano aborda ações de vários

5 Cadastro Único para Programas Sociais - CadÚnico é um instrumento que permite a identificação e caracterização das famílias brasileiras de baixa renda. É coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), devendo ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários de programas sociais do Governo Federal (Bolsa Família, Minha Casa, Minha Vida e outros) e pode ser utilizado em Programas Estaduais e Municipais.

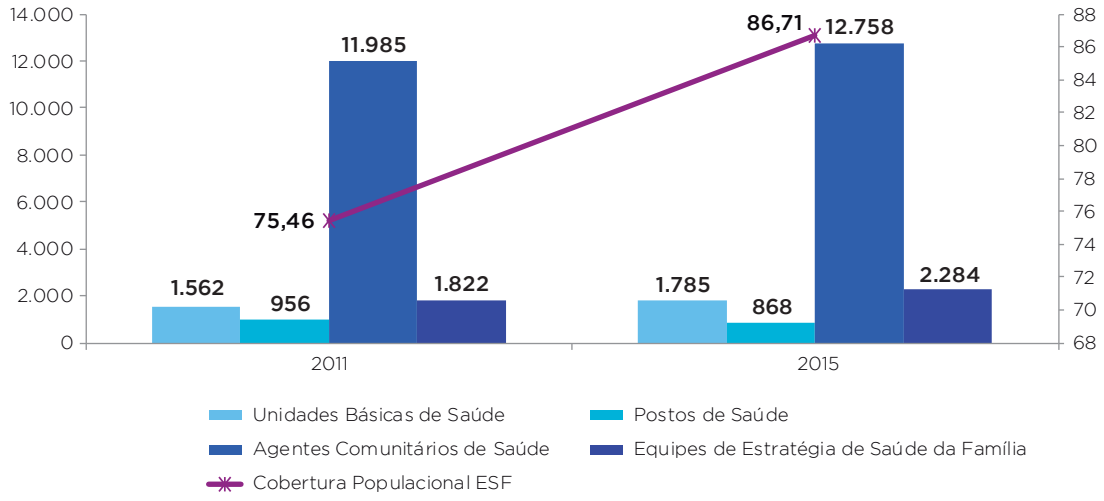
eixos, inclusive na área da saúde, e tem como principal objetivo divulgar os direitos de acesso que essa população tem aos serviços do SUS.

Quanto à população que vive nos acampamentos[6] e assentamentos[7] no Estado do Paraná, estima-se que 18.756 famílias (MDA/INCRA/DT/SIPRA/jan.2016) e 10.213 (ACAP/jan.2016) famílias estão acampadas/assentadas, respectivamente. A SESA tem um convênio com a Associação de Cooperação Agrícola e Reforma Agrária do Paraná – ACAP. O convênio tem como finalidade o repasse de recursos financeiros para execução de ações de educação para a saúde que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças em acampamentos e assentamentos rurais no Paraná, bem como a integração e a participação nos programas e políticas existentes no âmbito do SUS.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB tem por objetivo estimular a valorização dos profissionais de saúde que atuem em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família-ESF e o Programa Mais Médicos tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, contando com diversos objetivos, dentre eles, o provimento emergencial de profissionais médicos e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. A SESA apoia essa estratégia, com a instituição da Comissão Estadual PROVAB e Mais Médicos; e tem-se um quantitativo de 1.112 profissionais do Programa no Estado (Sistema de Gerenciamento de Provas – SGP/Ministério da Saúde/2015).

Considerando os dados do Ministério da Saúde, o Paraná obteve um aumento da cobertura populacional da ESF de 14,09%, de 2011 em comparação a 2015, conforme mostra o Gráfico 25.

GRÁFICO 25 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E DE PROFISSIONAIS DA APS E PORCENTAGEM DA COBERTURA POPULACIONAL DA ESF, PARANÁ – 2011 E 2015



Fonte: CNES, dez. 2011 e 2015. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica.

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem surgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, ou seja: a população está envelhecendo e, com isso, tem aumentado a prevalência de doenças crônicas e com necessidades contínuas de educação e qualificação dos profissionais que atuam na APS.

Visando apoiar as equipes que atuam nas Unidades de Atenção Primária dos 399 municípios do Estado, em 2013, a SESA instituiu o Telessaúde Paraná Redes, pela Resolução SESA nº 40/2013, aprovada pela Deliberação CIB/PR nº 142/2013.

6 Famílias e/ou grupos de pessoas sem terra que se reúnem para buscar direito à terra.

7 Famílias e/ou grupos que conseguem o direito de uso e fruto da terra e créditos do governo para começar a construção de casas de alvenaria e a produção agrícola. Nesse caso, a terra é legalizada e, em momento algum, essas pessoas serão retiradas, desde que não cessem a produção.

O Telessaúde Paraná Redes é uma ação conjunta da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná com a UFPR, e teve como objetivo inserir o Paraná no "Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes", resultado alcançado em 2015, que visa uma ação nacional em busca de melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação. Dessa forma, melhorando a qualidade do atendimento, racionalizando custos e tempo de deslocamento, fixando profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, e melhorando a agilidade no atendimento prestado. Atualmente o Estado conta com 743 pontos do Telessaúde implantados, com uma ampliação de 42,3% em relação a 2014, sendo que as especialidades já atendidas pelo NUTES-UFPR são: neurologia, cardiologia, odontologia, gestação de alto risco e endocrinologia.

Outra estratégia é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, que visa induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população.

A Secretaria de Estado da Saúde apoia e acompanha os municípios na contratualização das equipes no Programa, realiza também oficinas e capacitação técnica em apoio com o MS para as 22 RS e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS para a melhoria da concretização das ações nos municípios. Com a implantação do cadastro inicial do PMAQ, em fevereiro de 2012, 320 municípios tiveram a adesão ao PMAQ homologada, no total de 280 equipes de Atenção Básica e 701 de Atenção Básica com Saúde Bucal. No ano de 2015, 371 municípios solicitaram a adesão ao Programa, cadastrando 940 equipes de Atenção Básica e 1.308 equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal, porém, as contratualizações e recontratualizações ainda não foram efetivadas por meio de portaria do Ministério da Saúde. Esse processo será acompanhado, monitorado e avaliado pelos três níveis de Governo.

A Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) tem como objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A meta dessa estratégia é certificar as UBS, capacitando os profissionais de saúde para a mudança de processo de trabalho.

As ações de Promoção da Saúde são realizadas de forma intersetorial e articuladas com outras políticas públicas, considerando a participação social, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. A participação social é estratégia fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades humanas, pois resgata a capacidade do cidadão de refletir e atuar sobre sua saúde e de sua comunidade, e ainda permite à gestão do sistema de saúde executar ações com base nas reais necessidades da população.

O componente da Promoção da Saúde perpassa todos os níveis de atenção à saúde do SUS – atenção primária, secundária e terciária, e está presente nos projetos estratégicos que dão suporte às Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantadas no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Bucal e Rede de Saúde Mental.

O Programa Saúde na Escola – PSE é uma política intersetorial entre Saúde e Educação, instituída em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05/12/2007. Tem como finalidade contribuir com o processo de educação em saúde aos educandos da rede pública. É uma parceria entre as unidades de saúde e escolas que estão no mesmo território e trabalham de forma articulada. No ciclo 2014/2015, 360 municípios aderiram ao Programa, representando 90% dos municípios paranaenses, enquanto a adesão no Brasil foi de 86%.

A SESA tem estimulado a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF nos municípios. Em 2015, o Paraná contava com 251 equipes implantadas em 200 municípios. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e visa apoiar a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, por meio do planejamento conjunto entre os profissionais do NASF e os profissionais das equipes apoiadas, compartilhando práticas, saberes e auxiliando no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários. A partir das demandas identificadas, a atuação dos profissionais do NASF se dá nas UAPS, nas comunidades e nos domicílios, e também de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde e de proteção social.

Desde 2011, o SUS promove a implantação de Polos da Academia da Saúde (PAS) nos municípios brasileiros. Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. O Estado apoia a implantação dos PAS nos municípios, por serem um importante espaço público para o desenvolvimento das ações e cuidados em saúde, reconhecendo o território e a comunidade como fundamentais à articulação dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local. Em 2015, estavam habilitados no Paraná 224 polos, distribuídos conforme mostra o Mapa 38.

MAPA 38 – DISTRIBUIÇÃO DO NASF E ACADEMIA DA SAÚDE, PARANÁ – 2015

Fonte: MS/SCNES/NASF, 24 fev. 2016. MS/SCNES/Academia da Saúde, jan. 2016.

A implantação de equipes de Consultório na Rua também é uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária, que desempenha suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Atualmente, 04 municípios do Paraná contam com Consultório na Rua: Curitiba, Maringá, Foz Iguaçu e Londrina.

O Programa Estadual de Controle do Tabagismo desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento à pessoa tabagista é realizado prioritariamente nas UAPS por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que incluem avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. Em 2015, havia 654 estabelecimentos de saúde com esse serviço estruturado para o cuidado da população paranaense.

Nas ações de prevenção da violência e promoção da paz, destaca-se a elaboração da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas em Situação de Violência, a qual tem como objetivo organizar e articular os recursos nos diferentes serviços das redes de atenção à saúde e estabelecer o percurso do cuidado a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos.

A atenção à violência sexual, em especial, exige disponibilização de recursos especializados em período integral. Em 2014, a SESA firmou cooperação técnica com a SESP para o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de violência sexual. A partir de então, o atendimento passa a ser realizado em hospitais de referência, por equipes multidisciplinares. Os profissionais médicos dessas equipes são nomeados peritos *ad hoc* para que durante o atendimento clínico

realizem também a coleta de vestígios, evitando que as pessoas precisem dirigir-se ao IML para a realização desse procedimento. Em 2015, foi elaborado o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que orienta o trabalho das equipes de saúde.

As ações de alimentação e nutrição perpassam os três níveis de atenção à saúde, ou seja, estão organizadas nos diversos pontos de atenção à saúde das redes e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, a educação alimentar e nutricional e o aleitamento materno. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo de vida, assumindo diferentes configurações epidemiológicas em função do processo saúde-adoecimento da população. A segurança alimentar e nutricional é requisito fundamental à afirmação plena de desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos.

Para a avaliação das condicionalidades do Programa Leite das Crianças (PLC), a SESA realiza o monitoramento das crianças beneficiárias por meio do sistema informatizado SISVAN WEB – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, deve-se reconhecer o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em proporcionar o diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais, bem como a identificação de fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, que possibilitarão a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

O Programa Leite das Crianças foi criado em 2003 e consiste na distribuição gratuita e diária de 1 litro de leite enriquecido com vitaminas e minerais às crianças com idade entre 06 e 36 meses e mães gestantes e nutrizes, integrantes de famílias com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo regional. O Programa também visa ao atendimento da demanda por meio da produção oriunda da agricultura familiar, promovendo a consolidação das bacias leiteiras locais e regionais e incentivando a geração de emprego e renda no campo.

No ano de 2015, foi efetuada a compra de 3.800 kg de pré-mistura de vitaminas e minerais – PREMIX, a ser adicionado ao leite distribuído aos beneficiários do PLC, sendo disponibilizado para tal a quantia de R$ 158.527,59. O Programa atendeu em média 113.682 crianças em 2015, perfazendo um gasto médio mensal de aproximadamente R$ 5.909.873,64, o que representa R$ 70.918.483,63 por ano.

1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

REFERÊNCIAS ASSISTENCIAIS

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, entende-se a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, sendo sua porta de entrada preferencial e que deve ter visão integral da assistência à saúde da população adscrita; porém, os procedimentos realizados diariamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS.

Para complementar os serviços, existem as ações de média complexidade que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento.

Da mesma forma, são disponibilizados pelo SUS os procedimentos de alta complexidade, que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

O Paraná desenvolveu um enfoque sistêmico e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos por meio dos Serviços de Saúde de Referência para Alta Complexidade, apresentado no Plano Diretor de Regionalização – PDR, que está disponível no site da SESA/CIB-PR, onde todos os municípios estão contemplados com cobertura integral nos serviços de Obesidade Grave, Cardiovascular, Nefrologia, Neurologia, Traumato Ortopedia, Oncologia, Transplantes e Hemoterapia e Hematologia.

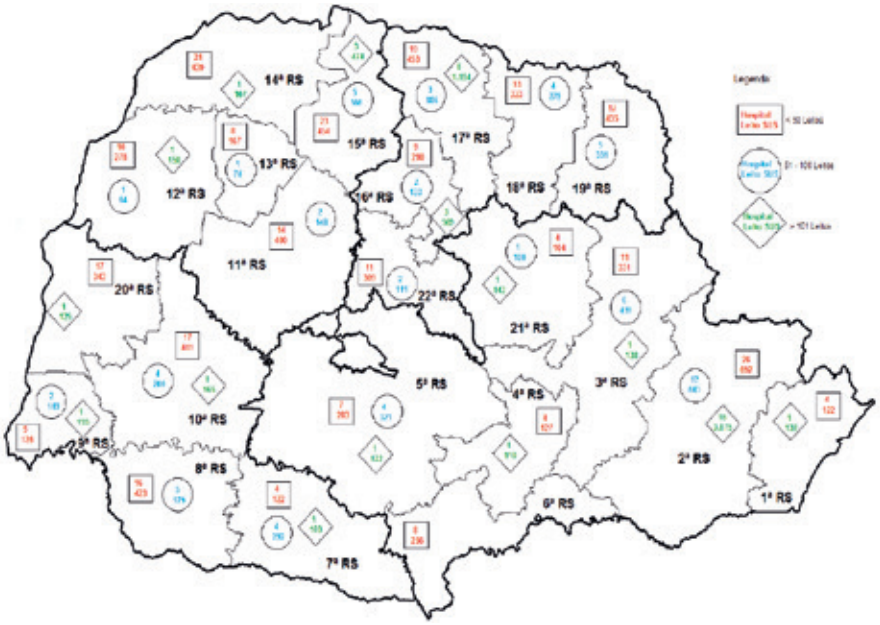
REDE ASSISTENCIAL

A Rede de Assistência à Saúde do Paraná é composta por 21.929 estabelecimentos de saúde, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES em novembro de 2015, dentre estes, 6.084 no âmbito do SUS. Em se tratando de atendimento de média e alta complexidade, os hospitais possuem grande representatividade nesse tipo de assistência, assim como as Clínicas Especializadas e as Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia.

Em relação aos hospitais, observa-se que dos 461 estabelecimentos hospitalares existentes, 373 (81,1%) são estabelecimentos com atendimento SUS; sendo que, 271 (72,7%) são hospitais de pequeno porte, com menos de 50 leitos. Dos hospitais com atendimento SUS, 154 são públicos e 219 privados. Isso evidencia a parceria da SESA com a rede privada na complementação da assistência hospitalar. Esses estabelecimentos estão localizados nas 22 Regionais de Saúde, conforme mostra o Mapa 39, porém, observa-se a maior concentração na 2ª Regional de Saúde, onde está a maior parte da população do Estado.

Com um total de 22.762 leitos, a população do Paraná tem disponíveis 18.708 leitos para atendimento ao SUS. Além dos leitos disponíveis em hospitais, existem também mais 317 leitos distribuídos em outros estabelecimentos de saúde, como CAPS III, Pronto Atendimento, Hospital/Dia e Unidades Mistas.

MAPA 39 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR REGIONAL DE SAÚDE, PARANÁ – 2015



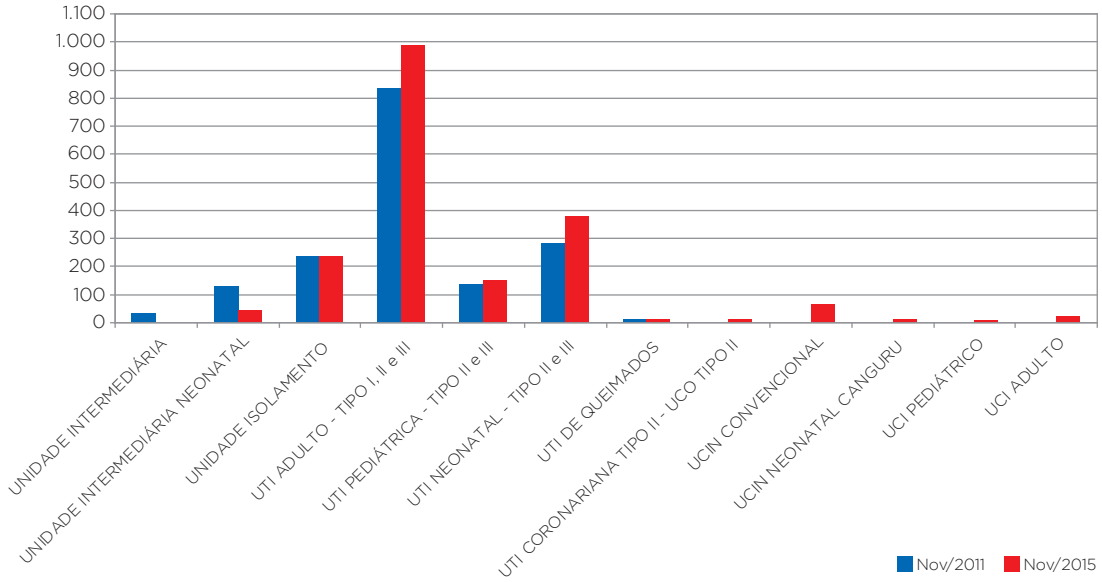
Fonte: CNES/DATASUS, nov. 2015.

Considerando todos os leitos registrados no CNES, inclusive os dos estabelecimentos não hospitalares, o Estado possui um equilíbrio na distribuição de leitos quando visualizada por macrorregião. No entanto, considerando leitos por regional de saúde, observa-se uma menor equidade na distribuição de leitos. A menor relação por 1.000 habitantes no Estado é na 1ª Regional de Saúde – Paranaguá, com 1,28 leitos e 1,0 leitos SUS/1000 hab.; e a maior relação é na 22ª Regional de Saúde – Ivaiporã, com 3,3 leitos/1.000 hab. e 3,0 leitos SUS/1.000 hab. A média estadual é de 2,4 leitos/1000 hab. (SUS e não SUS) e 1,7 leitos SUS/1.000 hab..

Quanto aos leitos complementares (UTI, UCI e Isolamento), que refletem o potencial de oferta em relação aos atendimentos de maior gravidade, o Paraná possui 3.175 leitos complementares; sendo que 1.932 (60,65%) são disponíveis para o SUS. Pode-se observar no Gráfico 26 a evolução na oferta dos leitos de UTI de 2011 a 2015, quando houve um aumento de 18,6% nos leitos de UTI Adulto e 33,2% nos leitos de UTI Neonatal.

Destaca-se que, além dos leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, a SESA contrata com recursos estaduais leitos de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal, que ficam disponíveis na Central de Regulação do SUS Leitos, para disponibilizar aos usuários SUS. Em 2011, foram contratados 52 Leitos UTI Adulto, 11 Leitos UTI Pediátricos e 5 Leitos UTI Neonatal, com um investimento de R$ 12.063.744,00. Em 2015, foram contratados 190 Leitos UTI Adulto, 25 Leitos UTI Pediátricos e 72 Leitos UTI Neonatal, com um investimento de R$ 65.306.880,00.

GRÁFICO 26 – EVOLUÇÃO DO Nº DE LEITOS COMPLEMENTARES, PARANÁ – 2011-2015



Fonte: CNES/DATASUS.

Produção Ambulatorial

Segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a Tabela 22 apresenta o resultado da produção físico ambulatorial de todos os procedimentos realizados na média à alta complexidade. Nos últimos anos, a realização desses procedimentos vem aumentando gradativamente. Comparando a produção do ano de 2011 com a de 2015, verifica-se um crescimento de 31,2%.

Nessa análise também é possível observar que, no período, o maior quantitativo de procedimentos realizados é do grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica. A proporção de aumento da produção nesse grupo nos últimos 4 anos foi de 35,3% na média complexidade e 65,3% na alta complexidade.

Outro fator importante é a dispensação de medicamentos excepcionais que também faz parte dos grupos de procedimentos da alta complexidade com maior quantitativo, em que houve acréscimo de 36,6% nos anos de 2011 a 2015.

Algumas áreas da alta complexidade têm crescimento maior em seus gastos justamente porque com a expansão da cobertura da atenção básica passam a ser necessárias, como por exemplo, o aumento de detecção de câncer que ocasiona aumento de quimioterapias e radioterapias. O volume financeiro do grupo 03 – Procedimentos Clínicos, em que estão incluídos esses procedimentos, foi de R$ 229.692.964,02 em 2011 e R$ 277.820.662,69 em 2015, conforme mostra a Tabela 22.

TABELA 22 – PRODUÇÃO FÍSICO AMBULATORIAL POR COMPLEXIDADE, PARANÁ – 2011-2015

Grupo de Procedimento	2011		2015	
	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	35.858	0	59.292	0
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	27.002.710	218.551	36.539.649	361.282
03 Procedimentos clínicos	18.688.917	1.641.015	23.417.410	1.893.702
04 Procedimentos cirúrgicos	331.765	21.848	433.298	41.368
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	27.507	125.926	35.961	78.390
06 Medicamentos	0	39.631.224	0	54.139.276
07 Órteses, próteses e materiais especiais	6	0	602	11
Total	46.086.763	41.638.564	60.486.212	56.514.029

Fonte: DATASUS – SIA.

PRODUÇÃO HOSPITALAR

Na abordagem dos dados referentes à assistência hospitalar, pode-se observar na Tabela 23 um crescimento de 26,7% das internações SUS, na alta complexidade; porém, a taxa de internação no período de 2011 a 2015 ficou dentro do parâmetro pactuado no Estado do Paraná, que é de 7,5% da população residente do Estado.

TABELA 23 – TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (% DA POPULAÇÃO INTERNADA), PARANÁ – 2011-2015

ANO DE PROCESSAMENTO	POPULAÇÃO	MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE		TOTAL	
		Frequência	Taxa de Internação %	Frequência	Taxa de Internação %	Frequência	Taxa de Internação %
2011	10.512.151	722.005	6,87	63.827	0,61	785.832	7,5
2012	10.577.755	717.743	6,79	69.619	0,66	787.362	7,4
2013	10.997.465	695.795	6,33	74.986	0,68	770.781	7,0
2014	11.081.692	693.579	6,26	77.996	0,70	771.575	7,0
2015	11.163.018	694.803	6,22	80.806	0,72	775.609	6,9

Fonte: DATASUS – SIH.

Em relação à produção hospitalar, observa-se que nos procedimentos de média complexidade, houve uma redução de 3,9% em 2015 comparado a 2011. Essa tendência é natural diante da migração do atendimento de média complexidade para a assistência ambulatorial, conforme já demonstrado acima. Já os procedimentos de alta complexidade apresentaram 26,8% de aumento entre 2011 e 2015, conforme mostra Tabela 24, tendo em vista o incremento em tecnologia e qualidade dessa modalidade de assistência, contribuindo para o melhor atendimento aos usuários do SUS. Da mesma forma, as internações de alguns procedimentos classificados como estratégicos, tais como transplante, também apresentaram aumento no número de internações de 25,9% entre 2011 e 2015.

TABELA 24 – PRODUÇÃO FÍSICA HOSPITALAR, PARANÁ – 2011-2015

Grupo de Procedimento	2011		2015	
	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	953	545	2.014	720
03 Procedimentos clínicos	487.140	9.581	452.342	12.983
04 Procedimentos cirúrgicos	233.909	48.666	240.943	60.867
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	3	5.035	1	6.340
Total	722.005	63.827	695.300	80.910

Fonte: DATASUS – SIH.

1.4.4 Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos serviços

A regulação médica do acesso dos pacientes aos diferentes pontos do Sistema de Saúde é um instrumento de gestão essencial para a garantia de assistência qualificada e resolutiva a ser disponibilizada para toda a população. Essa atividade médica cumpre papel preponderante na organização da Rede de Assistência, visando à eficiência e eficácia do cuidado, desde a determinação do diagnóstico correto, até o tratamento do quadro clínico, em tempo oportuno, contribuindo para a racionalização do fluxo assistencial e garantindo a qualificação do processo assistencial com economia de escala e otimização da capacidade instalada.

A constituição do Complexo Regulador permite absorver todo o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade, e sua composição se dá por meio de: Centrais de Regulação Médica de Urgência – SAMU/ SIATE, Centrais de Regulação de Leitos e Consultas Especializadas e Controle Administrativo/ Financeiro e Auditoria.

A operação do Sistema de Regulação pode ser dividida em quatro áreas principais, que, no seu conjunto, compõem o COMPLEXO REGULADOR. Essas quatro áreas de atuação devem operar mediante protocolos operacionais integrados, visando à máxima eficiência de gestão do acesso do paciente ao serviço médico mais qualificado e resolutivo possível, promovendo acesso equânime e integral. São elas:

- Atendimento de Urgência
- Gestão de Leitos Especializados
- Gestão do Fluxo de Acesso dos Diferentes Serviços Assistenciais
- Gestão Administrativa / Financeira e Auditoria

A existência de Centrais de Regulação se justifica para fazer face às duas primeiras ações, pois têm em comum a necessidade de operação ininterrupta. A regulação do acesso do paciente aos serviços de urgência deve buscar, em primeiro lugar, a possibilidade de tratamento emergencial para viabilizar a estabilidade clínica; em segundo lugar, a confirmação diagnóstica imprescindível à continuidade do tratamento; e, em terceiro lugar, a realização de procedimento terapêutico emergencial para tratamento das condições de urgência, mesmo que para isso seja necessário buscar outro serviço médico.

As competências da Regulação Médica de Urgência no atendimento primário são as solicitações de urgência da população; já no secundário, são as solicitações de urgência dos Serviços de Saúde para transferências inter-hospitalares, obtendo a confirmação de situação de urgência por meio de protocolos de regulação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; PARANÁ, 2013). Também o acesso inicial do paciente ao tratamento emergencial – acolhimento, confirmação diagnóstica, procedimentos necessários para viabilizar estabilidade clínica, concluindo com a estabilização do quadro urgente atual e gerando a redução do risco de novo quadro urgente.

O direcionamento de pacientes para continuidade terapêutica mediante internação hospitalar em leitos especializados é adotado após o atendimento inicial e a estabilização clínica, quando as situações de urgência tenham sido devidamente controladas, seja por meio de medidas terapêuticas em caráter ambulatorial ou hospitalar, o que pode incluir frequentemente a realização de procedimentos cirúrgicos de emergência. A ocupação de leito hospitalar é decorrência direta da modalidade terapêutica necessária para o paciente. Essa, por sua vez, só é viável após a determinação do diagnóstico definitivo (preferencialmente) ou sindrômico, e após os procedimentos emergenciais. A busca de leito especializado, portanto, deve ser amparada em um sistema gerencial efetivo, utilizado por equipe de regulação experiente, e concretizada assim que o paciente for retirado da condição de urgência.

A regulação do acesso eletivo ao leito especializado, por sua vez, deve ser realizada por meio do mesmo sistema operacional, para garantir a gestão integral do processo, porém sem a necessidade do provimento da assistência emergencial prévia para o paciente.

A SESA fez a contratação de uma Solução Tecnológica Integrada de Gestão Estadual de Regulação Assistencial que proporciona a regulação médica da Urgência e Emergência e Unidades de Suporte Avançado de Vida; a regulação médica e controle de internações hospitalares; a regulação dos agendamentos de consultas e procedimentos especializados; a regulação e liberação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) da rede prestadora de serviços públicos e privados contratados pelo SUS no Estado do Paraná.

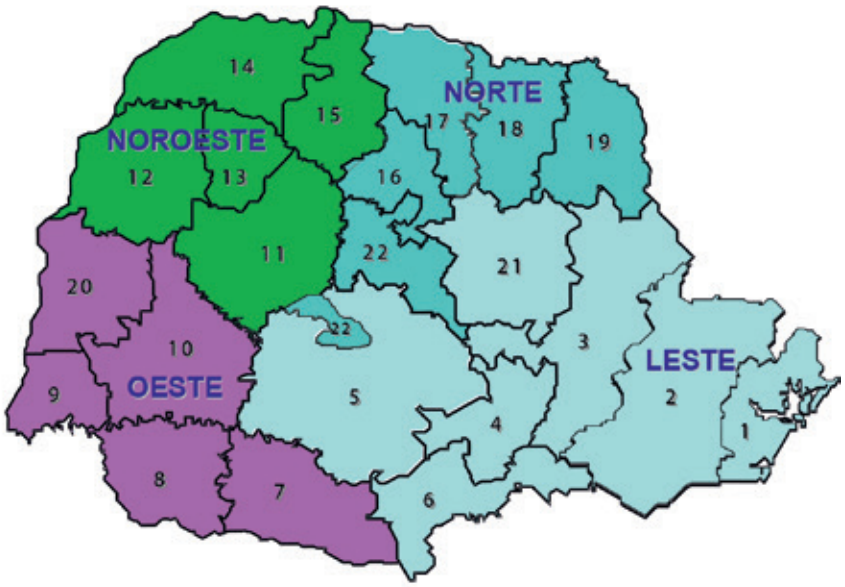
O Complexo Regulador tem o objetivo de criar um ambiente tecnológico que permita a interligação de todas as unidades em tempo real, com gerenciamento efetivo dos recursos públicos formando uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços. Assim, visa oferecer maior agilidade no atendimento do cidadão, resultando na melhoria do acesso aos serviços de saúde, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados. Desde sua implantação, iniciada em 2012, tem implantados e em funcionamento os módulos:

- Regulação de Internação Hospitalar. Configurada em:

  04 Centrais Macrorregionais de Regulação, conforme Mapa 40:

  - Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Leste, sede em Curitiba;
  - Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Norte, sede em Londrina;
  - Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Oeste, sede em Cascavel;
  - Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Noroeste, sede em Maringá;
  - Central de Regulação Psiquiátrica, sede em Curitiba;
  - Central Estadual de Regulação, sede em Curitiba.
- Regulação de Consultas e Exames.
- Regulação da Urgência e Emergência.
- Liberação de Laudo de APAC.
- Liberação de Laudo de AIH.

MAPA 40 – COMPLEXO REGULADOR MACRORREGIONAL, PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SAS/DAUE.

A Gestão do Fluxo de Acesso aos diferentes serviços – modalidades de acesso, pode ser dividida em urgência e eletiva, sendo:

- *Urgência* composta por três grupos, o atendimento pré-hospitalar com o SAMU; a notificação de atendimento em Unidade de Urgência realizada nos prontos-socorros/ prontos atendimentos ou UPA e; a solicitação de internamento em Unidade Hospitalar.
- *Eletiva* composta pelas consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, internações eletivas seguindo o protocolo com controle e parametrização de oferta de serviços, acompanhamentos da demanda, geração do Código de Acesso Eletivo, e geração de APAC e AIH *on line*.

A Gestão Administrativa tem a finalidade de acompanhar o desempenho assistencial e financeiro dos serviços assistenciais e abrange: análise de compatibilidade – auditoria; gestão financeira; cadastro de prestadores; e acompanhamento de contratos.

"O alinhamento técnico conceitual das práticas de auditoria surge do entendimento da auditoria como parte integrante da gestão estratégica e participativa, como instrumento de qualificação da gestão e da necessidade do Sistema Nacional de Auditoria ampliar o diálogo com as políticas públicas" (BRASIL, 2011).

Compete à auditoria a verificação/ constatação por meio do exame analítico e operativo da legalidade da administração orçamentária e financeira assim como da legalidade dos atos praticados no âmbito do SUS. Também compete à auditoria o controle, avaliação e regulação das distorções e, portanto, o seu produto funciona como ferramenta para possibilitar ao controle social o conhecimento dos fatos, produzindo informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e a satisfação do usuário.

Atualmente, o Sistema Estadual de Auditoria no Paraná (SEAA) é composto por médicos, odontólogos e enfermeiros, estruturando o Sistema Estadual de Auditoria que está descentralizado nas 22 Regionais de Saúde e no Nível Central. Logo, a auditoria aborda diferentes focos, como: aplicação de recursos, prestação de serviço, impacto das ações de saúde, gestão da execução dos programas de saúde que envolvem recursos públicos, contratos firmados com o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Secretaria Estadual de Saúde, entre outros.

1.4.5 Assistência Farmacêutica

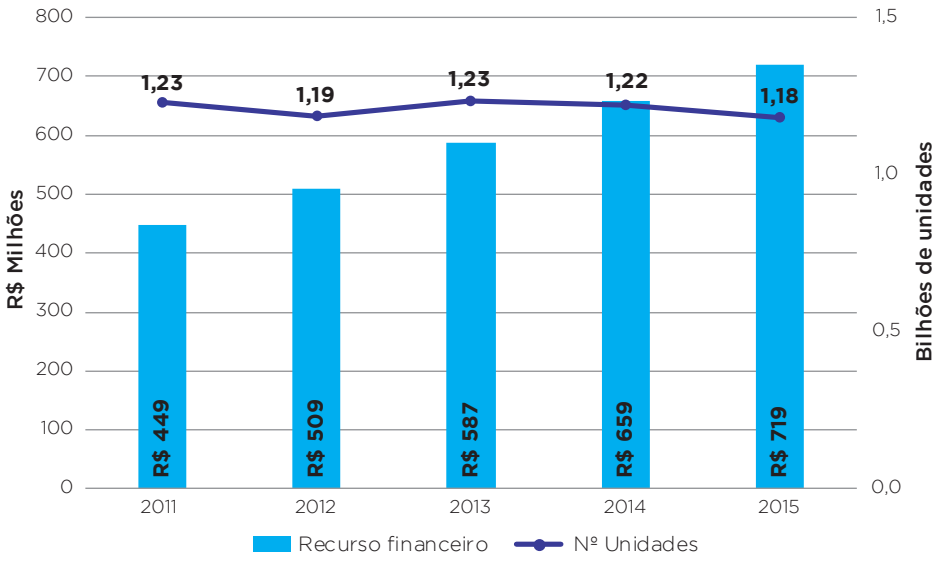
A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos e seus usuários, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Essas atividades englobam intervenções logísticas e ações assistenciais no âmbito do cuidado farmacêutico nos níveis primário, secundário e terciário das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), de forma a integrar o processo de cuidado em saúde.

Nesse contexto, a garantia do acesso aos medicamentos não deve ser a única finalidade da Assistência Farmacêutica. Outras condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado. Entre elas, que o usuário receba nas consultas farmacêuticas as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consigam cumprir de forma adequada o seu tratamento; que o medicamento seja efetivo; que o medicamento não cause danos à saúde do paciente ou que, caso não seja possível evitá-los, os benefícios sejam superiores (PONTAROLLI, 2015).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem sido pautada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é o instrumento oficial que contempla todos os medicamentos, soros, vacinas e insumos disponíveis no âmbito do SUS. A avaliação de incorporação no SUS de novos produtos, com base nos critérios de eficácia, segurança e eficiência, é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. As orientações para o uso racional desses produtos, por sua vez, estão oficialmente dispostas no Formulário Terapêutico Nacional e nos Protocolos, Clínicas e Diretrizes Terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Lei 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.508/2011. Estados e Municípios podem ainda adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores.

Entre 2011 e 2015, os investimentos realizados pelas três esferas de gestão em Assistência Farmacêutica somaram cerca de R$ 3,7 bilhões e proporcionaram à população o acesso a mais de 6 bilhões de unidades de medicamentos, soros, vacinas e insumos padronizados nas políticas públicas. Os valores investidos, bem como os respectivos números de unidades distribuídas podem ser observados na Gráfico 27.

GRÁFICO 27 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS, SOROS, VACINAS E INSUMOS ADQUIRIDOS E/OU DISTRIBUÍDOS PELO CEMEPAR E PELO CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, NO PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/SGS/DEAF.

O financiamento e o gerenciamento logístico da Assistência Farmacêutica são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, com as atribuições de cada ente pactuadas nas Comissões Intergestores, conforme o Quadro 6. Os recursos federais são repassados aos Estados em blocos de financiamento; o bloco da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF).

QUADRO 6 – COMPETÊNCIAS QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES DAS INSTÂNCIAS GESTORAS PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS E INSUMOS NO ÂMBITO DO SUS

	CBAF	CESAF	CEAF
Finalidade	Medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária	Medicamentos para tratamento de doenças de relevância epidemiológica	Medicamentos para tratamento de doenças e agravos menos prevalentes e com alto impacto financeiro
Financiamento	**Federal** – R$5,10/hab/ano* **Estadual** – R$2,36/hab/ano* **Municipal** – R$2,36/hab/ano*	**Federal**	**Federal**: Grupos 1A e 1B **Estadual**: Grupo 2 **Municipal**: Grupo 3
Gerenciamento	**Federal**: aquisição e distribuição aos Estados de contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher e de Insulinas NPH e Regular **Estadual**: recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios dos produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde **Municipal**: aquisição dos medicamentos do elenco do CBAF; recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários de todos os medicamentos (adquiridos pelo município ou pelo Ministério da Saúde)	**Federal**: aquisição e distribuição aos Estados **Estadual**: recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios **Municipal**: recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários	**Federal**: aquisição e distribuição aos Estados dos medicamentos do Grupo 1A **Estadual**: aquisição dos medicamentos dos Grupos 1B e 2; armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários dos medicamentos dos grupos 1A, 1B e 2 **Municipal**: aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários dos medicamentos do Grupo 3 (previstos no CBAF)
Locais de acesso	**Municipal**: UBS	**Municipal**: UBS	**Estadual**: Farmácias das Regionais de Saúde – medicamentos dos grupos 1A, 1B e 2** **Municipal**: UBS – medicamentos do Grupo 3

Fonte: SESA/SGS/DEAF.
* Valores referentes à contrapartida mínima anual a ser aplicada por cada ente federado no financiamento do CBAF conforme a Portaria GM/MS nº 1.555/2013.
** Para viabilizar um atendimento mais ágil e mais próximo da residência do usuário, além das farmácias das Regionais de Saúde, a dispensação de medicamentos do CEAF ocorre, atualmente, também em 294 dos 399 municípios do Estado.

A fim de otimizar os recursos para aquisição de medicamentos da atenção primária, em junho de 1999, os municípios paranaenses, com apoio da SESA, constituíram o Consórcio Intergestores Paraná Saúde. Atualmente, 394 dos 399 municípios paranaenses são consorciados. Os municípios são os responsáveis pela programação dos medicamentos junto ao Consórcio, que executa a aquisição de forma centralizada, utilizando-se dos recursos financeiros da contrapartida federal e estadual – o que tem gerado ganho de escala e economia, possibilitando a ampliação da oferta de medicamentos e insumos à população. Esses municípios podem ainda aportar recursos próprios junto ao Consórcio para a execução de sua contrapartida, tendo aumentado significativamente entre 2011 e 2015, conforme demonstra a Tabela 25.

Os municípios ainda não consorciados (Araucária, Chopinzinho, Curitiba, Foz do Iguaçu e Ponta Grossa), por sua vez, recebem os recursos financeiros da União e do Estado por meio de transferência fundo a fundo e são responsáveis por todo o ciclo logístico de medicamentos.

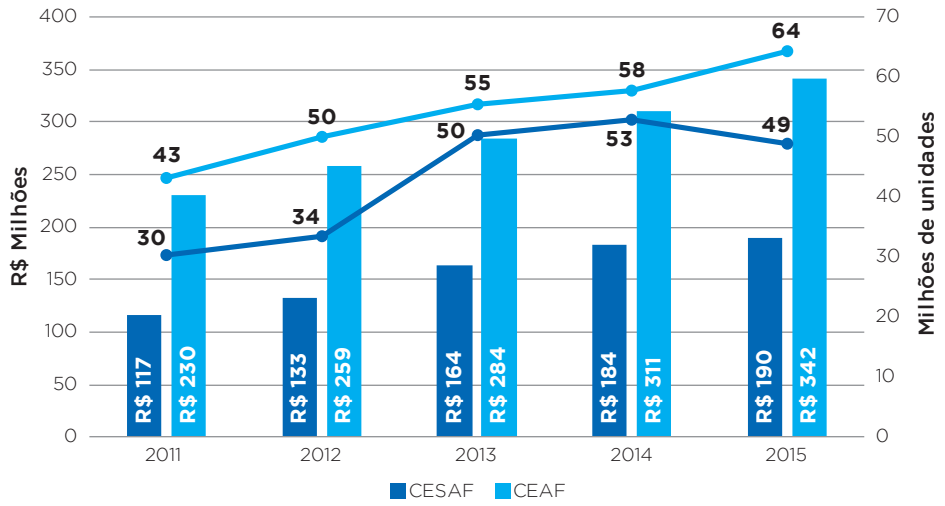
TABELA 25 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ADQUIRIDOS PELOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS JUNTO AO CONSÓRCIO INTERGESTORES PARANÁ SAÚDE – 2011-2015

ANO	CONTRAPARTIDA FEDERAL E ESTADUAL			CONTRAPARTIDA MUNICIPAL		
	Nº municípios	Nº unidades adquiridas	Valor (R$)	Nº municípios*	Nº unidades adquiridas	Valor (R$)
2011	388	1.041.828.179	54.333.585,83	112	84.147.694	4.559.915,19
2012	391	953.515.199	55.795.427,92	136	113.931.798	7.263.559,60
2013	391	881.506.826	58.841.027,89	194	208.646.627	14.487.231,06
2014	393	840.092.996	62.071.676,66	219	228.054.364	18.637.751,05
2015	394	753.106.544	63.246.530,25	236	266.561.229	23.111.530,38

Fonte: Consórcio Intergestores Paraná Saúde.
* Número de municípios que aportam no Consórcio Paraná Saúde sua contrapartida para aquisição de medicamentos do CBAF.

Além dos medicamentos do Componente Básico, a população paranaense conta com medicamentos e insumos do Componente Especializado e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Esse amplo elenco pretende contemplar a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, bem como a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis. No Paraná, entre 2011 e 2015, foram distribuídas mais de 216 milhões de unidades de medicamentos, insumos, soros e vacinas do CESAF com investimentos da ordem de R$ 788 milhões e mais de 270 milhões de unidades de medicamentos do CEAF, com investimentos da ordem de R$ 1,4 bilhões de reais, com a evolução físico-financeira demonstrada na Gráfico 28.

GRÁFICO 28 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE PRODUTOS DO CESAF E CEAF DISTRIBUÍDOS NO PARANÁ PELO CEMEPAR – 2011-2015

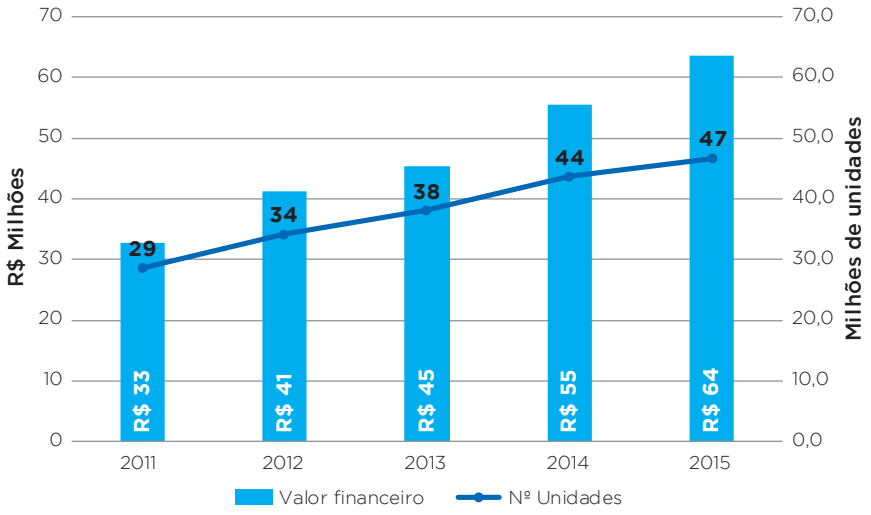


Fonte: SESA/SGS/DEAF.

Os medicamentos oncológicos, por sua vez, são disponibilizados aos usuários por meio dos estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS – CACON e UNACON – responsáveis pela padronização, aquisição e prescrição, de acordo com diretrizes terapêuticas. O financiamento desses medicamentos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, mas por meio de repasse do recurso federal aos serviços. Exceção a essa regra se faz quanto ao fornecimento dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos CACON e UNACON por meio das Secretarias de Estado da Saúde.

Por fim, além dos medicamentos padronizados nos Componentes anteriormente descritos e na oncologia, ainda há aqueles ofertados por meio do Elenco Complementar de Medicamentos da SESA, financiado com recursos do tesouro estadual, com o propósito de oferecer cobertura a doenças e agravos não contemplados em outras políticas. O acesso aos mesmos se dá por meio das Unidades Básicas de Saúde ou das Farmácias das Regionais de Saúde, dependendo da organização de cada programa. A evolução da distribuição físico-financeira ao longo do último quinquênio encontra-se demonstrada na Gráfico 29.

GRÁFICO 29 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE DISTRIBUIÇÃO PELO CEMEPAR DO ELENCO COMPLEMENTAR DE MEDICAMENTOS DA SESA, PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/SGS/DEAF.

O crescimento dos investimentos necessários para a promoção do acesso a medicamentos, bem como do número de usuários, tem trazido grandes desafios gerenciais às Secretarias de Saúde. Essa evolução tem exigido, além da mobilização de recursos estaduais para aquisição de medicamentos, uma relevante mobilização de recursos para a reestruturação das unidades responsáveis pelo gerenciamento logístico, bem como de atendimento aos usuários, de forma a manter a qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados. Esse crescimento, por exemplo, no número de usuários das farmácias das Regionais de Saúde – que promovem o acesso a medicamentos do CEAF e Elenco Complementar de Medicamentos da SESA – foi de cerca de 88%, em 5 anos, com crescimento anual médio de 13%.

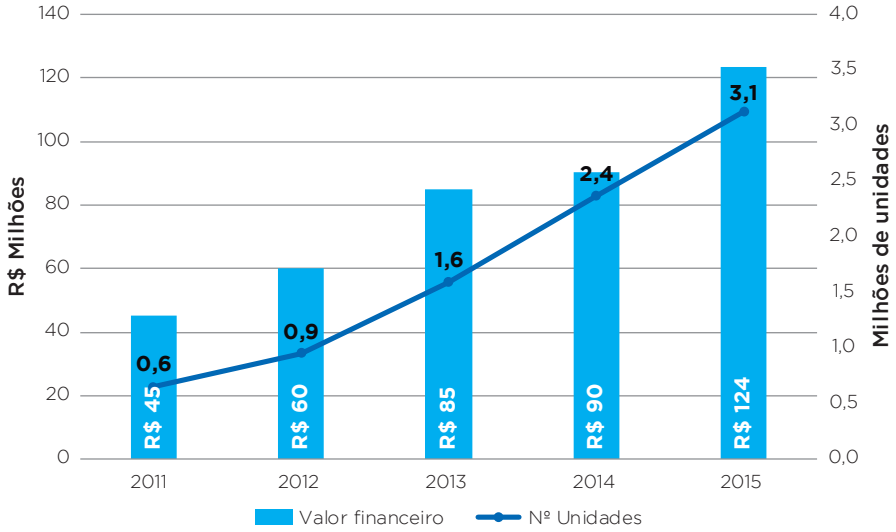
Tendo em vista a amplitude e a complexidade dos tratamentos farmacológicos disponíveis no SUS, e considerando que uma parcela significativa da população utiliza diversos medicamentos concomitantemente, problemas relacionados ao uso dos medicamentos têm sido apresentados e descritos neste documento, com ênfase às intoxicações e reações adversas. Para tanto, a provisão do serviço de clínica farmacêutica e ações com foco na segurança do paciente precisam ser agregados às políticas públicas conjuntamente ao acesso a medicamentos, de forma a contribuir para a obtenção de melhores resultados em saúde da população.

Mesmo com toda a organização da Assistência Farmacêutica no Paraná e do amplo elenco de medicamentos padronizados pelas políticas públicas, permanece a demanda por fornecimento de medicamentos não contemplados na Rename ou não previstos para determinadas situações clínicas ou agravos. Esse fato tem desencadeado a obrigação da SESA para o fornecimento de medicamentos por meio de determinações judiciais.

Em 1999, a SESA atendeu ao primeiro caso de fornecimento de medicamentos por demanda judicial e, até o ano de 2015, 18.518 novos pacientes foram cadastrados para recebimento de medicamentos. Desses, 12.845 pacientes foram cadastrados entre 2011 e 2015 e, ao final de 2015, 9.320 se encontravam em situação ativa. O aumento significativo de novos pacientes nos últimos

cinco anos impactou no crescente valor financeiro destinado à aquisição desses medicamentos, conforme demonstrado no Gráfico 30.

GRÁFICO 30 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO CEMEPAR PARA ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS JUDICIAIS, PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/SGS/DEAF.

Em virtude do exposto, as demandas judiciais são consideradas um dos grandes desafios para os gestores do SUS. Para tanto, fez-se necessária a estruturação da SESA e sua articulação com os demais entes externos envolvidos de modo a promover o cumprimento das ordens judiciais, bem como orientar esses entes acerca da designação correta do nível de gestão responsável pelo financiamento dos medicamentos. A SESA tem participado ativamente do Comitê Executivo da Saúde no Paraná, criado em abril de 2011, seguindo a Recomendação nº 31/2010 e a Resolução nº 107/2010, do Conselho Nacional de Justiça. Ele discute a liberação de medicamentos por meio de ordens judiciais e elabora ações conjuntas para auxiliar o poder judiciário nas demandas que envolvem o direito à saúde e a assistência farmacêutica.

Esse Comitê é composto por representantes da Justiça Federal, Justiça Estadual, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, COSEMS-PR, Defensoria Pública da União, Procuradoria Geral do Estado do Paraná, Advocacia Geral da União, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselho Regional de Medicina do Paraná, Conselho Regional de Farmácia, Hospital de Clínicas da UFPR, Tribunal de Contas do Estado do Paraná, entre outros. A composição heterogênea do Comitê permite que sejam externados diversos pontos de vista sobre a judicialização da saúde. O Comitê elabora enunciados e recomendações para auxiliar o poder judiciário na avaliação das demandas judiciais que envolvem o direito à saúde e a assistência farmacêutica.

1.5 FINANCIAMENTO

O financiamento, entre outros componentes do sistema de saúde, como a organização dos serviços, o modelo de atenção, a gestão, a governança e a regulação, é elemento essencial para o mesmo. Em relação ao SUS, o financiamento se dá de forma tripartite pelos governos federal, estadual e municipal, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e de contribuições, tendo nesse o grande aporte de recursos. A sua materialização ocorre por meio do orçamento e sua execução financeira.

Um levantamento sobre a evolução do total dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo, demonstra que em 1993, a União aplicava 72,00%, os estados 12,00% e os municípios 16,00%; em 2013, esse cenário era diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os municípios, 30,74% (CONASS, 2015). Isso reflete o subfinanciamento do SUS pelo governo federal, agravado pelo cenário econômico e arranjos legais, como a Emenda Constitucional nº 86, promulgada em 17/03/2015.

1.5.1 Financiamento Federal

Atualmente, a execução do financiamento federal voltado ao SUS é efetivada mediante o repasse de recursos a estados e municípios por blocos de financiamento (fundo a fundo) ou convênios. Considerando que os repasses destinados às ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital devem ocorrer predominantemente por transferência fundo a fundo, essa análise se focará nessa modalidade.

As transferências fundo a fundo para o Estado do Paraná (SES e municípios) somaram R$ 15.732.736.048,00 de 2011 a 2015; sendo que, desses, R$ 5.040.763.540,00 destinaram-se à Secretaria Estadual de Saúde. Nesse período, observa-se que a participação da SES reduziu (Tabela 26). No Paraná, 69 municípios não estão sob gestão estadual, representando 42,50% da população do Estado. Além dos R$ 15 bilhões, foram dispostos ao Estado mais R$ 1.188.647.977,00 como transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde.

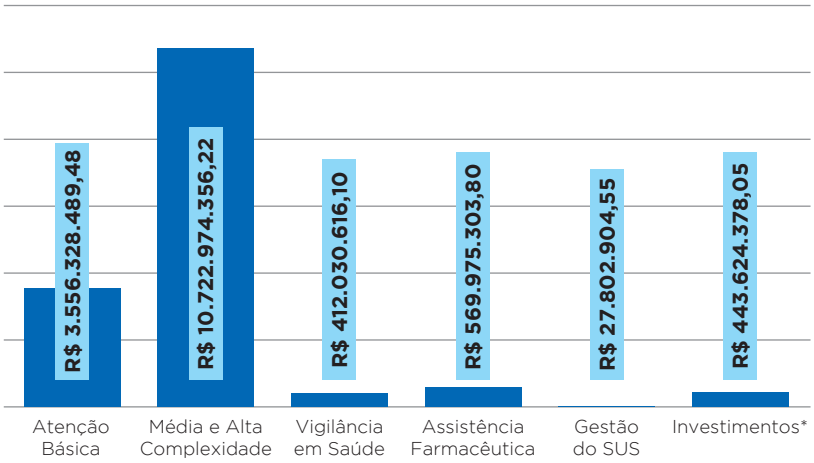
TABELA 26 – PARTICIPAÇÃO DA SESA NAS TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO, VALOR LÍQUIDO, PARANÁ – 2011-2015

ESPECIFICAÇÃO/ANO	SESA e MUNICÍPIOS	SÓ SESA (GESTÃO ESTADUAL)	% PARTICIPAÇÃO SESA
2011	2.595.483.302	876.793.804	33,78
2012	2.872.566.774	957.710.348	33,34
2013	3.279.544.955	1.022.216.975	31,17
2014	3.517.289.992	1.079.240.629	30,68
2015	3.467.851.025	1.104.801.784	31,86
2011 a 2015	15.732.736.048	5.040.763.540	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/Sala de Situação em Saúde, em 17/02/16.
Nota: Valores por competência, em R$ 1,00. Não inclui transferências diretas do FNS.

Quanto às transferências fundo a fundo para o Paraná de 2011 a 2015 (Gráfico 31), o Bloco com maior destinação de recursos é o da Média e Alta Complexidade (68,00%), seguido da Atenção Básica (23,00%). Nesse período, os blocos que apresentaram redução do montante de recursos para o Estado foram o de Assistência Farmacêutica, em função da centralização da aquisição de alguns medicamentos no Ministério da Saúde; e o de Gestão do SUS, que se centrou somente nos incentivos de implantação de políticas a partir de 2014.

GRÁFICO 31 – TOTAL DE TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO POR BLOCO DE FINANCIAMENTO – VALOR LÍQUIDO (R$), PARANÁ – 2011-2015



Fonte: Fundo Nacional de Saúde/Sala de Situação em Saúde, em 17/02/16.
Nota: Valores por competência, em R$ 1,00. Não inclui transferências diretas do FNS.
* Recursos destinados a investimentos em obras e equipamentos na Rede de Serviços de Saúde, excluídas unidades que realizam atividades exclusivamente administrativas.

1.5.2 Financiamento Estadual/Recursos sob gestão da SESA

A estrutura do orçamento anual da SESA é composta do orçamento inicial (Tabela 27), valores constantes na Lei Orçamentária Anual com base na previsão de receitas, e do liberado ou programado de acordo com as receitas obtidas ou recebidas nas diferentes fontes de recursos; e a sua execução ocorre por meio dos empenhos, liquidações e pagamentos das despesas efetuadas. Vinculam-se à SESA duas unidades orçamentárias: o Fundo Estadual de Saúde; e o Gabinete do Secretário, no qual são alocados os recursos de convênios federais com a Secretaria e respectivas contrapartidas e, a partir de 2016, também os Encargos com Pensões para Portadores de Hanseníase.

TABELA 27 – ORÇAMENTO INICIAL SESA, FONTE 100 E TOTAL, PARANÁ – 2011-2015

ANO/ FONTE	2011	2012	2013	2014	2015
100 – Tesouro Ordinário	1.488.988.353	1.699.958.700	2.018.199.800	2.207.817.000	3.144.309.350
Todas as Fontes	2.641.288.201	2.857.236.130	3.246.381.540	3.429.231.980	4.437.858.560

Fonte: SEFA-PR, Sistema E-COP (Quadro de Detalhamento de Despesa – QDD), em 26/01/16.
Nota: Valores por competência, em R$ 1,00. Não inclui transferências diretas do FNS.
[1] Todas as fontes incluem as Emendas Parlamentares.

O Plano Plurianual de Governo – PPA 2016 a 2019 prevê R$ 14.825.197.759,00 pela fonte Tesouro e R$ 5.736.072.758,00 de todas as fontes, para a SESA, totalizando R$ 20.561.270.517,00. Os recursos relativos a esse período foram definidos pela Secretaria de Estado da Fazenda e serão revistos dentro do processo de elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais e revisões do Plano.

Quanto à execução do orçamento em série histórica de 2011 a 2015, observa-se a seguir a distribuição das despesas empenhadas por fonte de recursos na SESA (Tabela 28). Esses dados demonstram que a maior fonte de recursos de financiamento na Secretaria de Estado da Saúde é a do Tesouro Estadual (68,56%), seguida dos recursos de transferências do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Estadual (30,26%), durante esse período. Salienta-se ainda, que de

2011 para 2015, as despesas efetuadas pela fonte 100 cresceram 105,69% e as pelo FNS, 31,96%; sendo que a maior parte desses recursos se destinou a pagamento de prestadores de serviços (80,92% em 2015).

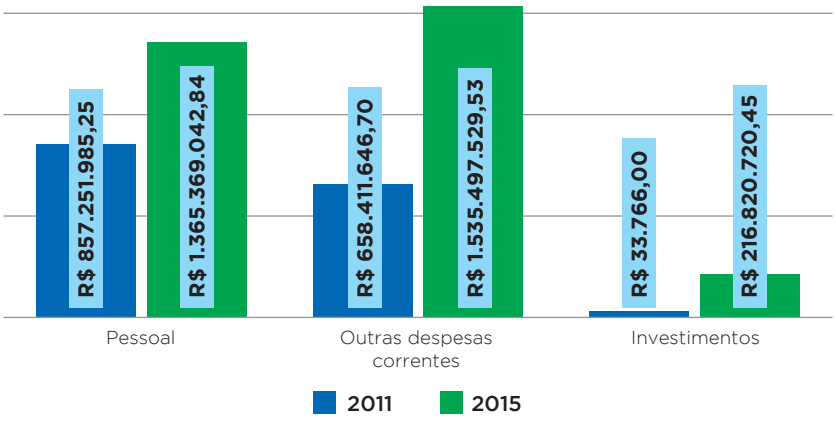
TABELA 28 – DESPESAS EMPENHADAS NA SESA POR FONTE DE RECURSOS, PARANÁ, 2011-2015

ANO/ FONTE	2011	2012	2013	2014	2015
100 - Tesouro Ordinário*	1.515.697.398	1.733.537.324	2.134.023.946	3.003.095.628	3.117.687.293
107 - Convênios Federais/ SESA	432.680	1.100.051	699.375	1.084.370	890.741
117 – Transferências FNS para o FES**	913.996.287	954.469.372	995.652.058	1.008.457.996	1.206.140.531
147 – Receitas de Outras Fontes Recolhidas ao Tesouro Geral	31.404.652	31.633.402	0	0	0
148 – Outros Convênios do Tesouro	0	14.000.000	0	0	0
250 – Recursos Próprios	17.868.530	17.761.264	20.744.491	21.585.515	31.820.279
281 – CV Federais/ FUNSAÚDE	2.704.926	1.588.682	834.206	741.700	664.754
283 – Transferências e Convênios com o Exterior	0	0	0	0	44.438
TOTAL	2.482.104.474	2.754.090.095	3.151.954.076	4.034.965.208	4.357.248.035

Fonte: SEFA-PR, SEFANET/SIAF/SIA156.
Nota: Valores em R$ 1,00. Dados sujeitos a retificação devido a estorno de empenhos de exercícios anteriores.
* Inclui recursos da fonte 100, disponibilizados no FUNSAÚDE e Gabinete do Secretário (contrapartida de convênios).
**A partir de 2016, fonte 255.

Os dados das despesas executadas por espécie, especificamente na Fonte 100, Fundo Estadual de Saúde – FUNSAÚDE, mostram o predomínio das despesas de pessoal, seguido de outras despesas correntes (de aplicação própria ou de transferências, em diferentes modalidades) no período de 2011 a 2015 (Gráfico 32). Comparativamente entre as duas espécies, entre o primeiro e o último ano analisado, o maior crescimento percentual se deu em outras despesas correntes.

GRÁFICO 32 – DESPESAS (R$) EMPENHADAS PELA FONTE 100 – TESOURO ORDINÁRIO, SESA/FUNSAÚDE, PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SEFA-PR, SIAF-PR/SIA156.
Nota: Valores em R$ 1,00. Dados sujeitos a retificação devido a estorno de empenhos em exercícios posteriores. Refere-se somente à SESA/FUNSAÚDE, fonte 100, todas as modalidades.

A análise da execução orçamentária pode se dar ainda pelos Projetos/Atividades – P/A da Lei Orçamentária Anual ou Iniciativas do Plano Plurianual de Governo, que representam as entregas à sociedade de bens e serviços resultantes da coordenação de ações orçamentárias e outras. Neste trabalho, os Projetos foram agregados em dois grupos: o de despesas administrativas de aplicação direta, que dizem respeito a gastos em especial com: pessoal, custeio e infraestrutura da rede própria; e o custeio e investimentos nas políticas de saúde, como: aquisição de medicamentos para distribuição gratuita, contratos e convênios com prestadores, repasses fundo a fundo a municípios.

As despesas administrativas representaram 66,25% (R$ 6.616.592.234,00) do total das despesas efetuadas pela fonte 100 no período de 2012-2015 (R$ 9.987.765.111,00), isso em virtude do peso que as despesas de pessoal têm no primeiro grupo. O segundo grupo de despesas se relaciona às políticas implantadas e implementadas pelo Governo do Estado do Paraná a partir de 2012 e que terão continuidade no período 2016-2019, predominando gastos com a assistência farmacêutica, seguidos dos da gestão das redes (pagamento de prestadores do SUS). Os gastos com esse segundo grupo foram de R$ 3.371.172.877,00, sendo que as despesas com todas as Redes de Atenção, no conjunto, totalizam 61,41% do total nesse grupo de despesas.

No que se refere à aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, a apuração se baseia nos dados do SIOPS e Parecer Prévio das Contas do Governador elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE; sendo os resultados:

- 9,05% (2012);
- 11,22% (2013), com reposição da diferença em 2014;
- 12,29% (2014);
- 12,03% (2015) – dados preliminares.

1.5.3 Financiamento Municipal

A fonte de dados utilizada para a análise do financiamento municipal na área da saúde foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Tomando como base o ano de 2014, observa-se que todos os 399 municípios do Paraná aplicaram no mínimo 15% dos recursos do Tesouro em ASPS, assim distribuídos: 113 municípios de 15 a 19%, 159 municípios de 20 a 24%, 96 municípios de 25 a 29% e 31 municípios de 30 a 34%. Não foram encontrados estudos com maior detalhamento de gastos municipais em saúde no Paraná. A análise isolada desse indicador não permite avaliar a qualidade dos gastos em saúde.

1.5.4 Perspectivas

Segundo estudo realizado para o Plano Plurianual de Governo – PPA 2016 a 2019, os dados divulgados do PIB brasileiro pelo IBGE e do PIB paranaense pelo IPARDES em 2015 consolidam a previsão de declínio econômico e reforçam o diagnóstico de anos desafiantes pela frente. Por todos os indicativos registrados até o momento, as recentes divulgações de avaliações pelas agências internacionais de risco e do mercado nacional apontam para um cenário doméstico de forte recessão em 2016, seguido de lenta recuperação do produto interno a partir de 2017. Isso se reflete e refletirá possivelmente no financiamento da saúde.

Mesmo nesse quadro conjuntural complexo, o Estado do Paraná tem preservado a sua economia nos últimos anos e o financiamento da saúde vem aumentando. No entanto, mesmo com indicadores positivos, os próximos anos trarão ao Paraná desafios importantes ao seu crescimento econômico e à melhoria dos padrões de bem-estar.

Ressalta-se a questão do subfinanciamento federal e redução das transferências pelo Ministério da Saúde. Há uma série de medidas que restringe os repasses de recursos da saúde, como: não habilitação ou credenciamento de serviços; não pagamento de incentivos e não fornecimento de insumos, como imunobiológicos; não ressarcimento de despesas, como compra de medicamentos de alto custo determinada por ordem judicial.

1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ

A atenção à saúde determina a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS. A organização de Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia no enfrentamento do maior desafio à consolidação do SUS. Assim, proporciona a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com as suas necessidades.

Uma faceta apresentada pelas Redes de Atenção é o seu centro de comunicação, que se situa na Atenção Primária à Saúde – APS. Para enfrentar uma condição de saúde específica, as redes se estruturam por meio de um fluxo de atendimento, o que resulta na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e na plenitude da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e paliação).

Como sistemas de apoio, o acesso aos exames e à assistência farmacêutica ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, como porta de entrada, bem como nos consórcios, assistência especializada e unidades hospitalares, conforme suas especificidades.

Desde 2011, o Estado vem investindo e implantando em Redes de Atenção à Saúde, e, com tal visão, o Paraná implantou quatro Redes: Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Bucal, Saúde Mental; e vem trabalhando na estruturação de mais duas Redes de Atenção: a da Pessoa com Deficiência e a de Saúde do Idoso.

1.6.1 Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi definida como uma rede prioritária, baseada na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que estavam estagnados ao longo dos últimos anos, com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de pontos de atenção organizados para atender às gestantes e crianças. Com um percentual de 81% de mortalidade materna e 61% de mortalidade infantil, por causas evitáveis, no período de 2006 a 2010.

A implantação da Rede Mãe Paranaense, em 2012, foi fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde, que adota um modelo de atenção em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% de carga de doenças no Paraná.

Toda essa estrutura baseia-se no fortalecimento e organização da atenção primária, secundária e terciária, estabelecendo protocolos que garantam uma atenção de qualidade; iniciando desde o pré-natal precoce com a realização de 07 ou mais consultas, a Rede Mãe Paranaense conseguiu um excelente resultado, fechando 2015 com 93% das gestantes atendidas com 07 ou mais consultas de pré-natal. Outro fator fundamental para garantir um bom atendimento às gestantes é a realização da estratificação de risco das gestantes e dos bebês com atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco. A vinculação das gestantes ao hospital mais adequado ao seu risco gestacional pode afirmar que a organização da RMP vem contribuindo para a redução da mortalidade e para a qualidade da atenção, com um resultado de 69,2% das gestantes de risco habitual/intermediário e de 87% das gestantes de alto risco vinculadas ao hospital de referência.

A Rede Mãe Paranaense realizou o levantamento e a análise epidemiológica identificando os riscos de morte, estabelecendo a estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica que permite a organização dos serviços. Com base nesse estudo é que se definiram três graus de risco da gestante e da criança: risco habitual, risco intermediário e alto risco.

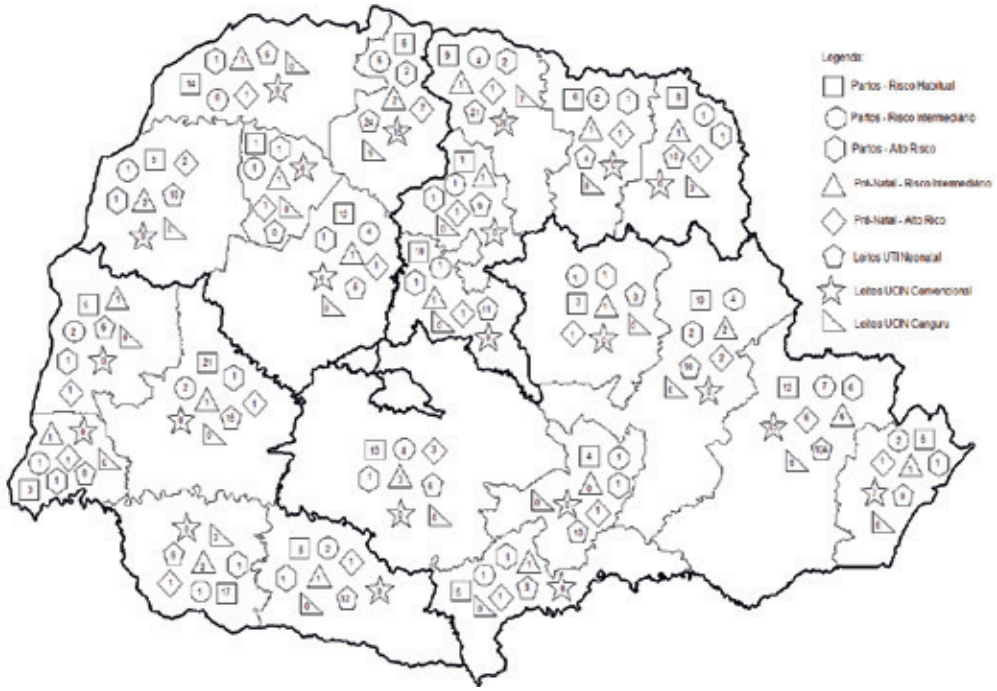
A Atenção Primária é a porta de entrada da Rede Mãe Paranaense e a ordenadora de todo o processo, que se inicia com a busca ativa das gestantes e crianças menores de 01 ano com a oferta de um pré-natal de qualidade, vinculação ao hospital de referência e a estratificação de risco. A APS deve ser organizada para que toda gestante tenha como referência uma unidade

mais próxima da sua residência e as Equipes de Saúde da Família, que têm como principal tarefa acompanhar as gestantes e crianças por meio da visita domiciliar de sua área de abrangência.

Os Centros Mãe Paranaense estão estruturados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde e/ou Ambulatórios de Gestação de Alto Risco situados nos Hospitais de referência para o atendimento às gestantes e crianças de Risco Intermediário e Alto Risco, hoje organizados nas 22 Regionais de Saúde com papel de complementar a necessidade da atenção primária. O atendimento nos Centros Mãe Paranaense tem como modelo um atendimento integral, em que a gestante e a criança recebem atendimento multiprofissional de diagnóstico e terapêutico.

A Rede Mãe Paranaense organizou os pontos de atenção hospitalar nas 22 regionais de saúde. Esses hospitais contam com leitos para atender as gestantes de acordo com o seu risco gestacional, leitos de UTI adulto, neonatal, pediátricos, unidade de cuidados complementares garantindo um atendimento de qualidade, conforme distribuição apresentada no Mapa 41.

MAPA 41 – SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE, PARANÁ – 2015

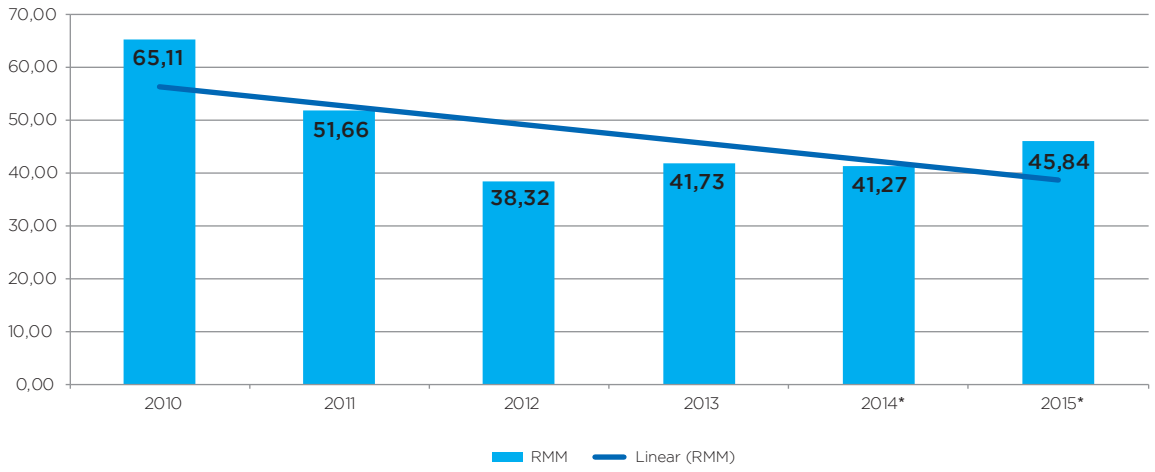


Fonte: SESA/Regionais de Saúde.
Nota: O Risco Habitual é atendido nas Unidades Básicas de Saúde e pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

A Rede Mãe Paranaense constituiu os alicerces para a sua organização por meio dos programas estruturantes: o Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais e Filantrópicos (HOSPSUS). Foram estabelecidas parcerias com as Universidades e Sociedades de Especialidades e de Enfermagem para a realização de cursos de atualização profissionais das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares.

Com todas essas ações desenvolvidas pela Rede Mãe Paranaense, obteve-se melhoria dos indicadores paranaenses com uma redução de 40% da mortalidade materna em relação a 2010. A RMM diminuiu de 65,1 óbitos/2010 para 41,3 óbitos/100.000 NV em 2014, com uma redução de 36,5%, conforme mostra o Gráfico 33:

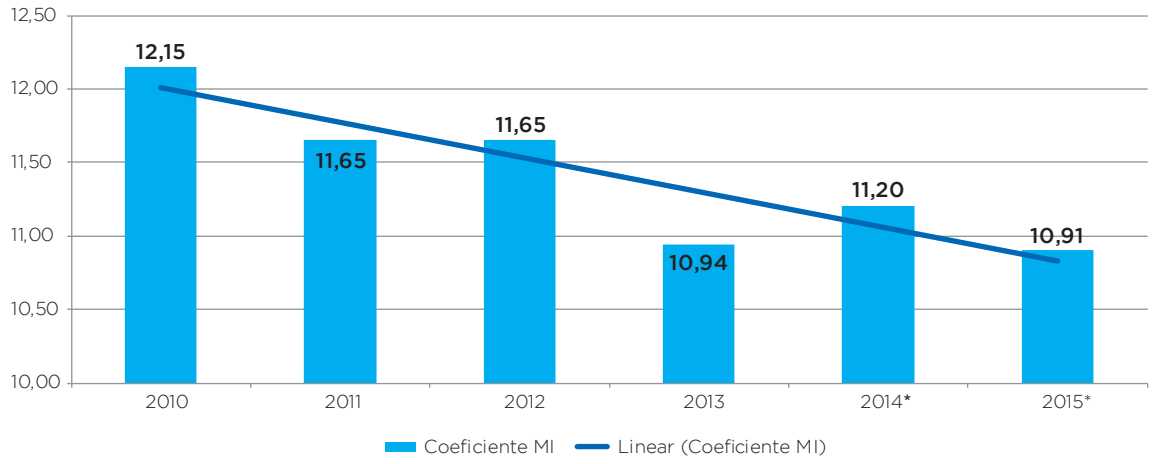
GRÁFICO 33 – RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NV, PARANÁ – 2010-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SINASC/SIM.
* Dados preliminares, atualizados em 3 mar. 2016.

Ao analisar a mortalidade infantil, pode-se observar que há uma redução importante desde a implantação da Rede Mãe Paranaense, quando em 2010 existia uma taxa de 12,15/1.000 NV e houve um declínio para 11,20/1.000 NV em 2014, com uma redução da Taxa de Mortalidade Infantil de 2010 para 2014 de 7,90%, conforme Gráfico 34.

GRÁFICO 34 – COEFICIENTE DA MORTALIDADE INFANTIL POR 100.000 NV, PARANÁ – 2010-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SINASC/SIM.
* Dados preliminares, atualizados em 3 mar. 2016.

A Rede Mãe Paranaense preza por um atendimento de qualidade para todas as gestantes e crianças, em especial quando apresentam algum risco. Com a confirmação feita pelo Ministério da Saúde da relação entre o Zika Vírus, transmitida pelo Mosquito Aedes Aegypti, e o surto de má-formação em cérebros de bebês, a SESA fez o levantamento dos casos de Microcefalia no período de 2000 a 2015. Observou-se que o número de casos tem se mantido, com uma média de 08 casos de microcefalia ao ano, sem relação com a infecção pelo Zika Vírus. Diante desse novo cenário, a Rede Mãe Paranaense organizou um fluxo de atendimento às gestantes que vierem a ter uma criança com microcefalia, estabelecendo os serviços de referência para atendimento dos casos. Toda gestante diagnosticada com Má-formação é estratificada como gestante de alto

risco, acompanhada pela equipe da atenção primária e vinculada à gestação de alto risco para realizar o pré-natal e parto.

As referências macrorregionais para atender às crianças com microcefalia são: Macro Norte Hospital Universitário de Londrina – HU/UEL, Macro Noroeste Hospital Universitário de Maringá – UEM, Macro Oeste Hospital Universitário de Cascavel – HUOP e Macro Leste Hospital Infantil Waldemar Monastier e Hospital Pequeno Príncipe. Além das referências hospitalares, foi estabelecido o fluxo de estimulação precoce dessas crianças, a serem atendidas na Atenção Primária à Saúde e nos Centros Mãe Paranaense. Todas as crianças com microcefalia são acompanhadas pelo período de 02 anos por meio da Gestão de Caso, que é um processo colaborativo, no qual se executa diagnóstico, planejamento, implementação, coordenação, avaliação e a qualidade.

1.6.2 Rede Paraná Urgência

A atenção à urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde da população e deve ser estruturada para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS devem acolher o cidadão acometido de um agravo súbito à saúde, oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierarquizado. A organização da Rede Paraná Urgência é compromisso prioritário entre as metas pactuadas pela SESA junto ao Governo do Paraná, estratégia de ação convergente também com a atual Política Nacional de Urgência. Essa intervenção visa não somente superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, mas desenvolver medidas relacionadas à prevenção, promoção e vigilância em saúde.

A Rede Paraná Urgência é o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as Regionais de Saúde, visando a sua integração macrorregional, voltada às necessidades de saúde da população em situação de urgência e emergência. Até 2010, os serviços de urgência e emergência operavam de forma isolada, desarticulados e sem coordenação central efetiva que proporcionasse integração em rede de serviços. A partir de 2011, houve a concepção e estruturação da Rede Paraná Urgência, com desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuos no sentido de organizar a rede com seus diversos componentes, de forma a garantir a qualificação dos serviços por meio de protocolos técnicos e padronização das ações.

Seu objetivo é garantir que, em todas as regiões do Estado, a população tenha acesso a um dos pontos de atenção da Rede, fixo ou móvel, na menor distância e tempo possíveis, estabelecendo atenção integrada, com encaminhamento correto dos pacientes para a unidade adequada e que promova a assistência mais eficaz possível. As diretrizes gerais da Rede foram pactuadas em 2013, mediante a Deliberação nº 17 da CIB-PR.

As ações desencadeadas no âmbito dos Programas HOSPSUS e APSUS dão sustentabilidade à operação da Rede Paraná Urgência. A estruturação da Atenção Primária, bem como o investimento e custeio dos hospitais integrados à Rede, conferem melhores condições de execução das ações assistenciais integradas, potencializando os resultados esperados e garantindo melhores condições assistenciais, seja pela estruturação da Atenção Primária ou pela ampliação da oferta de serviços hospitalares voltados à urgência – ampliação de leitos de UTI e implantação de serviços especializados.

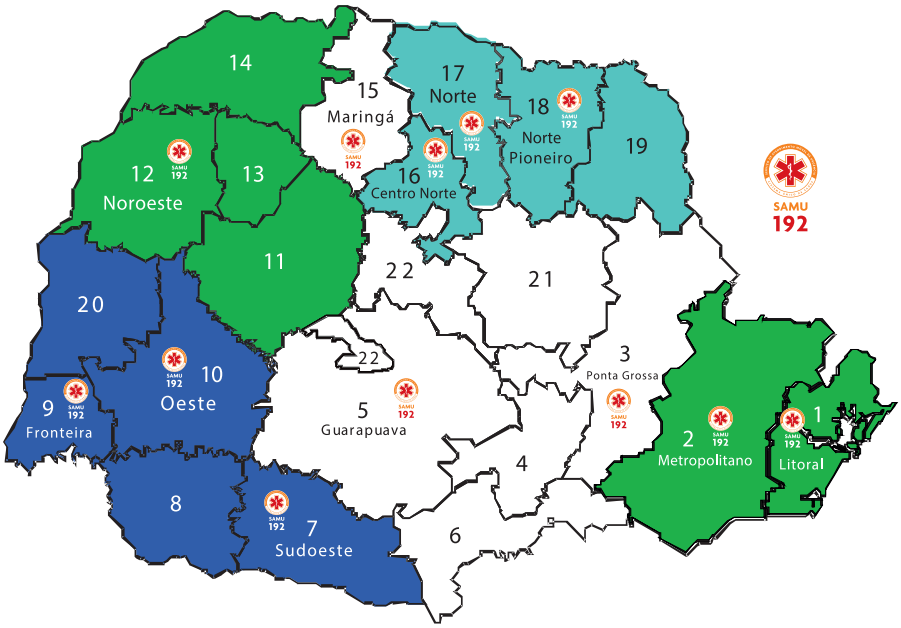
Seguindo o planejamento estabelecido, a Rede Paraná Urgência foi oficialmente implantada em 02 de Abril de 2013, com principais ações desenvolvidas mesmo antes do seu lançamento. Está organizada em 10 componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância; Atenção Primária em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência – SIATE; Atendimento Aeromédico; Salas de Estabilização; Unidades 24 Horas/UPA; Porta de Urgência Hospitalares; Atenção Domiciliar; Telemedicina e Complexo Regulador. Destacam-se entre esses componentes:

SAMU e SIATE

- Em 2011, havia 15 municípios com SAMU em operação. Atualmente, há 289 municípios integrados a 12 Centrais de Regulação Médica de Urgência, correspondendo à cobertura

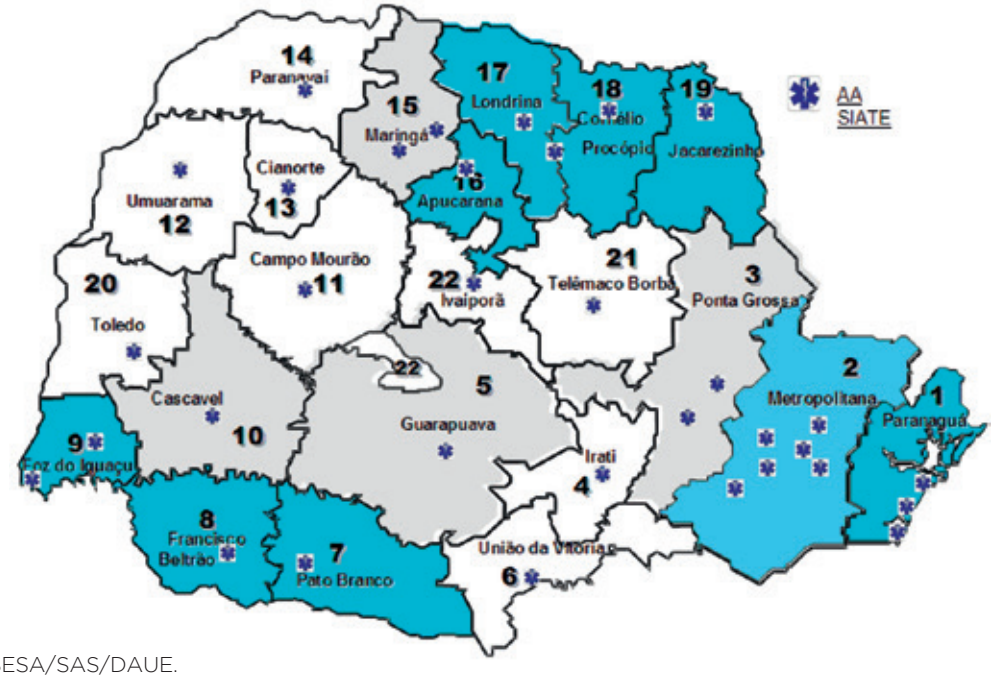
- de 80% da população do Estado. Nove SAMUs são Regionais e três de abrangência municipal, sem regionalização até o momento.
- Unidades Móveis Habilitadas até 2015: 45 Unidades de Suporte Avançado – USA / 141 Unidades de Suporte Básico – USB.
- Renovação de frota do SIATE com 60 novas ambulâncias, substituindo sua frota regular de 75 veículos.

MAPA 42 – SAMUS REGIONAIS NO PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SAS/DAUE.

MAPA 43 – UNIDADES OPERACIONAIS, SIATE PARANÁ – 2015

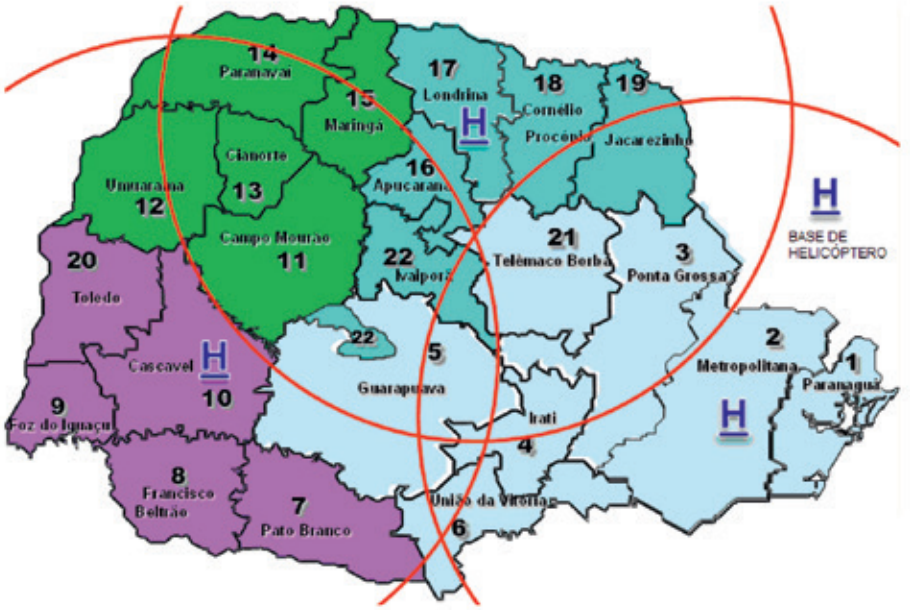


Fonte: SESA/SAS/DAUE.

Atendimento Aeromédico

- Em 2011, havia um helicóptero em operação em Curitiba. Atualmente, operam três helicópteros, com bases em Curitiba, Londrina e Cascavel, integrados aos SAMUs Regionais, e um avião UTI para transporte de pacientes críticos de todo o Estado.
- Está em construção um heliponto, no Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba.

MAPA 44 – BASES OPERACIONAIS – ATENDIMENTO AEROMÉDICO PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SAS/DAUE.

Unidades de Pronto Atendimento – UPA

Atualmente, operam no Estado 35 UPAs, e há 31 em diferentes estágios de construção ou reforma.

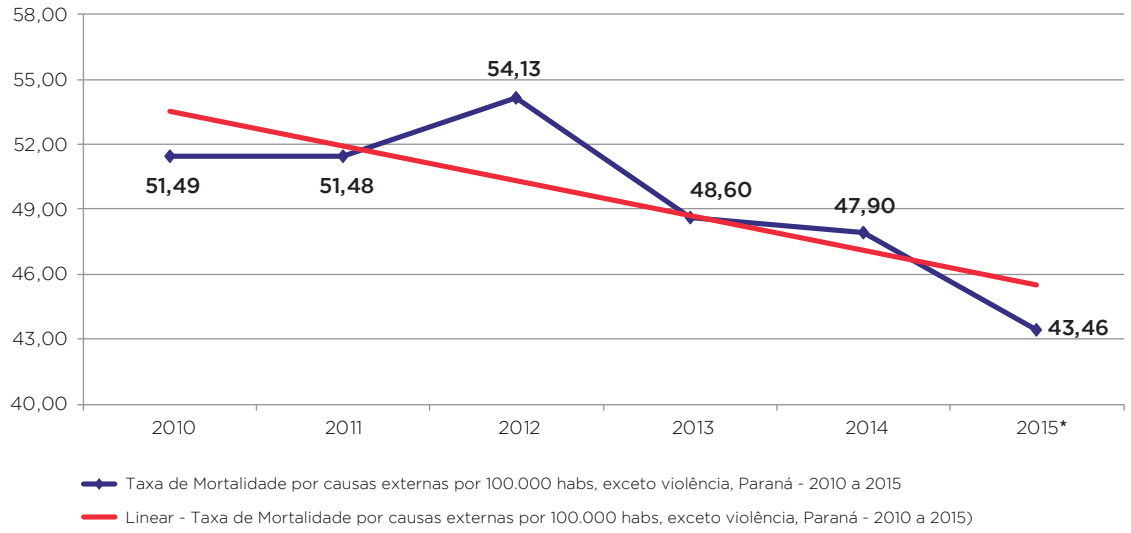
Portas de Urgência Hospitalares

Há 152 hospitais integrados à Rede Paraná Urgência, organizados em Redes Macrorregionais, com acesso dos pacientes mediado pelo Complexo Regulador. Essas Unidades são classificadas de acordo com a Tipologia Hospitalar estabelecida pela SESA, que define parâmetros de porte hospitalar – especialidades e estrutura – disponíveis para o Complexo Regulador.

No período de 2011 a 2015, foram realizados 90 cursos de capacitação multiprofissional, atingindo 5.403 alunos de diferentes serviços integrados à Rede – hospitais, serviços pré-hospitalares e prontos atendimentos. As ações da Rede são desenvolvidas mediante parceria com outras instituições, a saber: Secretarias Municipais de Saúde; Ministério da Saúde; Prestadores de Assistência públicos e privados; Consórcios Intermunicipais de Saúde; Secretaria de Estado da Segurança Pública; Defesa Civil.

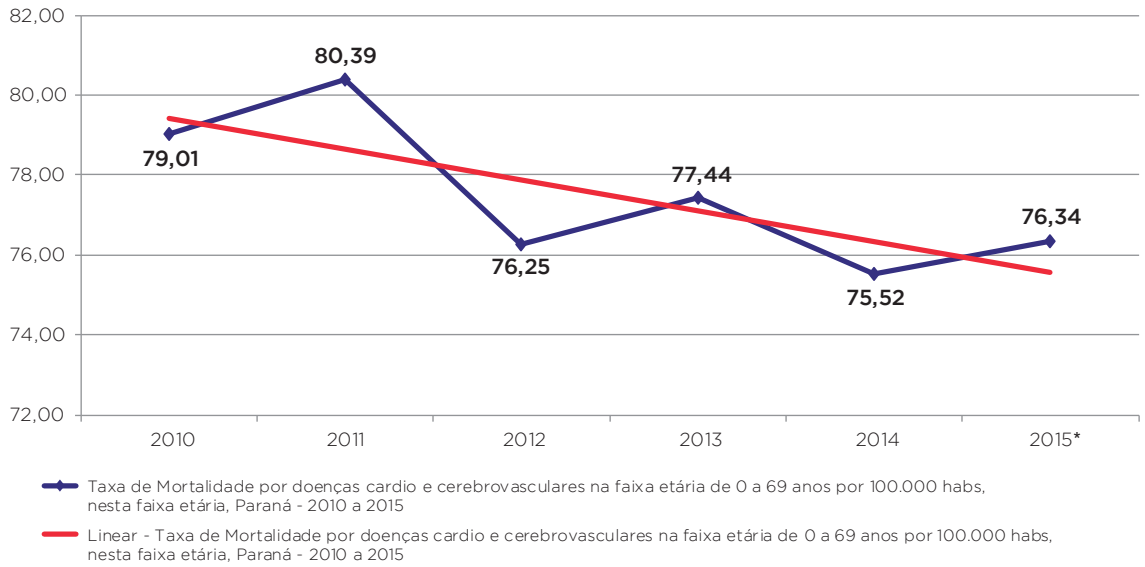
No monitoramento da Rede Paraná Urgência são avaliados dois indicadores, principalmente, e esses obtiveram redução em sua evolução no período de 2012 a 2015. O indicador de taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências, obteve redução de 15,59% conforme mostra o Gráfico 35; já o indicador de taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos obteve uma redução de 3,37% no período, conforme mostra Gráfico 36.

GRÁFICO 35 – TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS POR 100.000 HAB, EXCETO VIOLÊNCIAS, PARANÁ – 2010-2015



Fonte: SESA/SAS/DEST/DVIAS/SIH-SUS.
* Dados preliminares, atualizados em dez. 2015.

GRÁFICO 36 – TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIO E CEREBROVASCULARES NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 69 ANOS POR 100.000 HAB. NESSA FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2010-2015



Fonte: Fonte: SESA/SAS/DEST/DVIAS/SIH-SUS.
* Dados preliminares, atualizados em dez. 2015.

1.6.3 Rede de Saúde Bucal

A Secretaria de Estado da Saúde propôs em 2011 a construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, estabelecendo um modelo de gestão que prioriza o trabalho em equipe e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal. Esse novo modelo estabelece a Atenção em Rede, sendo organizada na atenção primária, secundária e terciária. Na Atenção Primária, a organização da Rede se dá especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família e Unidades de Atenção Primária convencionais; na Atenção Secundária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas; e, na Atenção Terciária, nos hospitais de referência, para atendimento a Pessoas com Deficiência e/ou necessidades especiais.

A construção do Mapa Estratégico da Rede ressalta a importância da missão, da visão, dos valores, do processo, da gestão e da questão financeira de uma rede estruturada, cujo objetivo maior é o de oferecer os melhores resultados de saúde bucal para a população do Estado.

Considerando a importância da intersetorialidade, foram estabelecidas parcerias com: Secretaria de Tecnologia e Informação (SETI), Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos humanos (SEJU), Universidades Estaduais, Conselho Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Sanepar, Universidade Federal do Paraná, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, dentre outras.

O marco consolidador da Política Estadual de Saúde Bucal se deu no lançamento da Rede de Atenção em Saúde Bucal e da Linha Guia em abril de 2014. A parceria com as Universidades Estaduais tem possibilitado a capacitação de profissionais de saúde bucal, nas mais diversas áreas de atuação: Diagnóstico e Prevenção do Câncer Bucal, Atenção ao Idoso, Prótese Clínica, Controle da Doença Cárie, Saúde Bucal do Bebê, Atenção à Gestante e Periodontia.

O Programa de Detecção Precoce do Câncer Bucal proposto como uma ação continuada e executada na Atenção Primária à Saúde, utilizando corantes para marcação e câmeras intraorais para segunda opinião formativa, estabelece também um fluxo de encaminhamento dos exames histopatológicos aos laboratórios de referência e posteriormente, se necessário, para os CACONS/UNACONS.

A manutenção do Programa Estadual de Bochecho com Flúor, implantado em 1980, tem proporcionado uma importante ação de prevenção em saúde bucal. Em 2013, houve a expansão do Programa Estadual de Bochecho com Flúor para escolares de até 15 anos, tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos (SB Brasil 2010, 2012), os quais apontaram um aumento de prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos; com índice de CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,07 aos 12 anos, saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos. Atualmente, aproximadamente um milhão de crianças são beneficiadas.

Uma importante ação de promoção da saúde tem sido desenvolvida em parceria com a SANEPAR, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público, considerado o meio mais barato e eficaz na redução da doença cárie. No Paraná, 378 municípios oferecem esse benefício à sua população.

Com o objetivo de intensificar a realização da parte clínica das próteses dentárias pelos profissionais da Atenção Primária, entendendo que esse procedimento é do rol de atividades desse nível de atenção, a SESA estabeleceu a estratégia de equipar as Unidades de Saúde com um kit de prótese clínica, organizado a partir da análise das intervenções necessárias e distribuído para os municípios.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. A segunda fase do APSUS traz em seu escopo intervenções práticas sob a supervisão de instrutores, tendo como objetivo apoiar as equipes para que se cumpram os atributos e funções da APS, definindo critérios importantes como a parametrização, estratificação de risco e a classificação de risco da urgência e emergência. Foi elaborado e distribuído material de orientação ao profissional Cirurgião Dentista, visando auxílio na estratificação de risco em Saúde Bucal e na classificação das urgências odontológicas. O atendimento aos grupos prioritários: gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos, continua sendo o foco desse trabalho.

Na implantação da Rede de Saúde Bucal, os incentivos financeiros estaduais foram imprescindíveis para o desenvolvimento e a consolidação das ações prioritárias. No âmbito da Atenção Primária, tem-se o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Bucal; na Atenção Secundária, o Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais Tipo II e III. Além disso, a definição de recursos destinados às Universidades Estaduais para melhoria da estrutura física, visando à ampliação da atenção à saúde em suas clínicas odontológicas especializadas e para a promoção de cursos para qualificação dos profissionais de saúde bucal de todo o Estado, contribuíram de maneira significativa no contexto da Rede.

Observam-se vários resultados positivos a partir da adoção de um novo modelo e de novos conceitos balizando a Política Estadual de Saúde Bucal. Entre os principais, destacam-se a expansão da cobertura de saúde bucal na Atenção Primária, com um aumento de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, saindo de 1.198 em 2011 e chegando em 1.284 em 2016, correspondendo a 64,26% de cobertura. Outros resultados são: a ampliação do atendimento às Pessoas com Deficiência – de 2011 a 2015 foram implantados 17 Centros de Especialidades Odontológicas que aderiram à Rede Viver sem Limites; a expansão do número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária que eram 39 em 2010 e, 103 em 2015; a parceria com as Universidades Estaduais

fortalecendo a integração do ensino-serviço; o fortalecimento de ações de prevenção, tais como: detecção precoce do câncer bucal, manutenção da fluoretação das águas de abastecimento e expansão do Programa de Bochecho com Flúor.

1.6.4 Rede de Atenção à Saúde Mental

A OMS em 2002 divulgou a prevalência dos transtornos mentais em 12% da população geral e 6% para dependência de álcool e outras drogas. Estima-se que, no Estado, há 1.329.803 habitantes com transtornos mentais e 664.902 habitantes com dependência de álcool e outras drogas.

A atenção à saúde dessas pessoas, bem como ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental, exigiu a implantação e implementação dessa Rede. Por meio do Planejamento Estratégico, foram redefinidas as diretrizes e estratégias da Política Estadual de Saúde Mental. Na elaboração do Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Mental, definiu-se a missão, visão, valores e as perspectivas para alcançar o resultado para a sociedade, que é o de reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas. Tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora das Redes, sempre em busca da articulação intra e intersetorial.

Alguns pontos foram norteadores para o desenvolvimento e expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental, como: os Planos de Ação Regionais; a qualificação de profissionais e dos processos de trabalho; a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental; e a implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná.

Os Planos de Ação Regionais são instrumentos fundamentais para a implantação e qualificação da rede nas diferentes regiões do Estado. A construção desses Planos teve início em 2012, discutindo a realidade de cada município, da Regional de Saúde, definindo os objetivos e as estratégias para alcançá-los. Ao longo do ano de 2013, as discussões nos Colegiados de Gestão Regionais continuaram e o aprimoramento e a implantação dos Planos continua na pauta da SESA – entre nível central e regional e entre o nível regional e os municípios – de maneira a possibilitar a aprovação dos Planos das 22 Regionais de Saúde.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o APSUS. No seu componente Educação Permanente, a Saúde Mental foi tema da 8ª Oficina Estadual do APSUS – 2014, com a capacitação de 200 instrutores, que replicaram a Oficina em sua região, totalizando 35.000 profissionais da APS capacitados. Foram utilizados os instrumentos de Estratificação de Risco em Saúde Mental, Planilha de Programação e o Plano de Cuidados. A área técnica da SESA, entendendo que apenas os sinais e sintomas, até mesmo o diagnóstico, não são suficientes para garantir o cuidado adequado à situação, desenvolveu a estratificação de risco que considera fatores agravantes ou atenuantes e a condição de vida atual do usuário. Por meio da estratificação de risco, é possível definir o nível em que ocorrerá a atenção à saúde. Esse instrumento vem sendo cada vez mais utilizado pelos municípios, bem como a planilha de programação, que auxilia no planejamento das ações de maneira a qualificar e aperfeiçoar a atenção em saúde mental na APS. O Plano de Cuidados realizado em conjunto com o usuário e familiares possibilita uma maior vinculação aos profissionais e ao serviço, promovendo uma corresponsabilização de todos os envolvidos.

A manutenção das ações de sensibilização e qualificação da APS em saúde mental é de suma importância, uma vez que ainda há muito desconhecimento e receio por parte dos profissionais da APS em relação ao cuidado a ser oferecido às pessoas em sofrimento mental e seus familiares. E, ainda, faz-se necessária a desconstrução da lógica de que o cuidado em saúde mental é exclusivo da Atenção Especializada, pois esse cuidado é de responsabilidade compartilhada entre todos os níveis de atenção.

Na implantação da Rede de Saúde Mental, os incentivos financeiros estaduais como dispositivos extra-hospitalares, instituídos pela primeira vez em nosso Estado, foram imprescindíveis para caminhar em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica. No âmbito da Atenção Primária, tem-se o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; enquanto na Atenção Secundária, o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR.

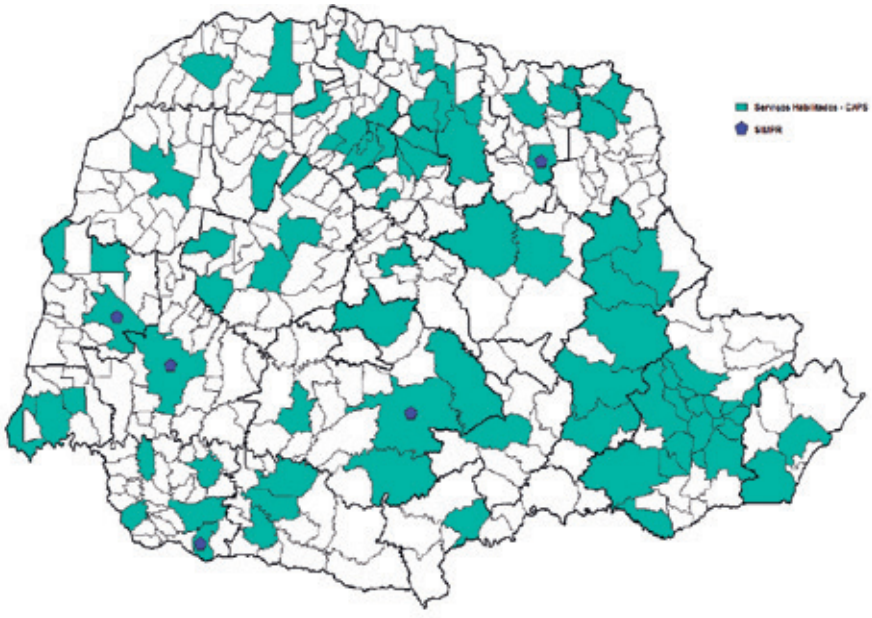
Buscando garantir o acesso à atenção psicossocial no componente de Atenção Hospitalar, o Estado investe recursos financeiros próprios para a complementação de diárias de internação em Hospital Especializado. Tal iniciativa garante a manutenção desses serviços no atendimento aos transtornos mentais e aos distúrbios decorrentes de álcool e outras drogas nas populações de várias faixas etárias e de ambos os sexos, quando é necessário esse recurso terapêutico. Por meio de uma Avaliação de Desempenho, são verificados indicadores a fim de garantir a qualidade no serviço prestado, bem como a articulação e a integração dos pontos de atenção. A SESA investe aproximadamente R$ 30 milhões ao ano na complementação de diárias de leitos para adultos e integralidade de diárias para adolescentes em hospitais psiquiátricos.

Visando ao desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção primária, a SESA instituiu o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que estabelece a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental na composição das equipes do NASF. A importância dessa proposta decorre do fato de abranger municípios que não possuem serviços especializados em saúde mental, possibilitando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada aos usuários. As habilitações iniciaram em fevereiro de 2015 e, hoje, 87% dos municípios já têm suas equipes recebendo o incentivo financeiro.

Ainda na lógica da expansão e qualificação dos serviços extra-hospitalares, também foi instituído o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA) implantadas conjuntamente, tendo por objetivo promover arranjos regionais de modo a propiciar o acesso da população ao serviço especializado, independentemente do porte do município. O SIMPR une dois pontos de atenção e visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do Estado, com atendimento voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, caracterizando-se como espaços que oferecem atendimentos com equipe multiprofissional, convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A Unidade de Acolhimento possibilita ao usuário uma permanência de até 6 (seis) meses, potencializando o seu projeto de vida e ampliando o acesso às políticas públicas. O SIMPR está implantado em Guarapuava (CAPS AD III e UA Adulto Infanto-juvenil), Marmeleiro (CAPS AD III e UA), Cascavel (CAPS AD III e UA Adulto e UA Infanto-juvenil), Congonhinhas (CAPS AD III e UA) e Toledo (CAPS AD III) e no total atendeu mais de 7.000 usuários.

No Mapa 45, verifica-se onde estão localizados os cinco SIMPR e os 128 serviços habilitados em 85 municípios que possuem CAPS.

MAPA 45 – DISTRIBUIÇÃO DO SIMPR E CAPS, NO PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SAS.

A implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná é uma importante ferramenta de gestão do Sistema de Saúde, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso. A Central é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS. Ela organiza a relação entre os vários pontos de atenção, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema de Regulação, estabelecendo-se como um elemento ordenador e orientador da demanda de assistência hospitalar especializada em saúde mental no Estado.

No que tange à desinstitucionalização, outra importante ação da SESA é a contratualização da prestação de serviço de reabilitação psicossocial assistida para o atendimento de egressos de hospital psiquiátrico/ hospital de custódia, com histórico de internação de longa permanência e para pessoas com alto grau de dependência relacionado à deficiência e/ou transtorno mental, vulnerabilidade e risco pessoal, com rompimento dos vínculos familiares e comunitários. São 150 usuários atendidos, providos com moradia, alimentação, restabelecimento de vínculos familiares, com participação dos usuários nas atividades da vida diária promovendo a autonomia e viabilizando ações intersetoriais e buscando promover a reinserção social, cumprindo, dessa forma, um papel fundamental nesse componente da Rede de Saúde Mental.

Considerando a intersetorialidade e a transversalidade das questões de saúde mental, os parceiros estratégicos são de grande amplitude. Atualmente, destacam-se: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA; Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Diretos Humanos – SEJU; Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social – SETS; Secretaria de Estado da Educação – SEED; Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária – SESP; Secretaria Especial da Saúde Indígena – SESAI; Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONESD; Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental – CISMEEP; Comitês Regionais e Municipais Intersecretariais de Saúde Mental; Conselhos Tutelares; Tribunal de Justiça do Estado do Paraná – TJPR; Ministério Público; Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social, Educação, Esporte e Lazer; Associações; ONGs; Centros de Convivência; Espaços Religiosos; entre outros.

Destaca-se ainda a Linha Guia de Saúde Mental, com sua 1ª Edição publicada em 2014, que tem por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos, mantendo ou melhorando a qualidade das ações e serviços. Atualmente, a Linha Guia está em revisão para uma nova edição.

1.6.5 Redes em Estruturação

Rede do Idoso

O acelerado envelhecimento populacional observado em praticamente todo o mundo também atinge o estado do Paraná. Segundo as mais recentes estimativas (PNAD 2014), a população idosa (60 anos e mais) do Paraná já ultrapassa a cifra de 1.500.000 indivíduos, representando mais de 13% da população geral do Estado. As mudanças demográficas são acompanhadas das mudanças do perfil epidemiológico da população, com aumento de doenças crônicas, incapacidades e dependência; e demandam ações diferenciadas, que atendam às necessidades da população que envelhece, visando à manutenção da sua autonomia, independência e qualidade de vida pelo tempo máximo possível.

Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral, crônicas; pela heterogeneidade; uso de múltiplos medicamentos; apresentação atípica de doenças; possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas com risco de perda da autonomia e independência; demandas sociais e psicológicas específicas e necessidade de cuidados em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituição de longa permanência, centros dia e de convivência, serviços de reabilitação).

A fragilidade, estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos como internações, incapacidades, dependência, institucionalização e morte, é reconhecida atualmente como situação de extrema importância na saúde do idoso, devendo ser identificada e manejada precocemente. O estado do Paraná vem inovando nesse sentido. Em 2014, por meio da Oficina 9 do APSUS, além de levar às equipes de saúde os fundamentos da saúde do idoso, propôs uma estratégia

de identificação do idoso frágil na APS por meio da aplicação do instrumento Vulnerable Elders Survey – VES –13[1] (SALIBA et al, 2012; LUZ et al, 2013; MAIA, 2012). Essa oficina foi replicada para 341 municípios, dos quais 179 já iniciaram a estratificação de risco para fragilidade. Atualmente, realiza capacitações macrorregionais dos profissionais de nível superior para a implantação da Avaliação Multidimensional do Idoso na APS, método considerado como o padrão-ouro para o manejo da fragilidade do idoso.

Paralelamente às capacitações, vem sendo discutida e planejada a Rede de Atenção à Saúde do Idoso do Paraná, que prevê, além da "geriatrização" da APS, a implantação de um modelo com equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e unidades de cuidado continuado direcionadas à reabilitação. A primeira unidade de cuidado continuado foi implantada no município de Rebouças, nas instalações do Hospital Darcy Vargas. Esse serviço conta com diferencial de uma unidade pós-alta hospitalar que compreende, por exemplo, o atendimento de pacientes pós-AVC e fraturados, os quais não possuem condições de retornar imediatamente aos seus domicílios, devido à debilidade nutricional, física ou até mesmo insuficiência nas acomodações em casa. Nessa unidade, tem-se médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, técnicos de enfermagem cuidando da saúde total desse paciente para que ele, após a alta dessa unidade, tenha autonomia e um modo de voltar para sua casa com toda a integridade mental e física reabilitada.

Rede da Pessoa com Deficiência

A Rede tem como objetivo ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, sendo elas temporárias ou permanentes; progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. Visa também à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento.

A Rede traz em seu escopo a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado; dessa maneira, a SESA vem estimulando e incentivando os municípios no desenvolvimento de ações voltadas às pessoas com deficiência nesse nível de atenção. Na atenção secundária, os pontos de atenção nas áreas de reabilitação física, auditiva e visual estão distribuídos por todo o Estado, nas 22 Regionais de Saúde. Atualmente, o Paraná conta com 18 em Reabilitação Física, 20 em Reabilitação auditiva e 1 Serviço Especializado em Reabilitação Visual. Além disso, as 258 APAES, distribuídas pelo Estado, realizam o atendimento em reabilitação intelectual. Existem, ainda, um Centro Especializado de Reabilitação – CER III em Curitiba e outro em construção, CER IV – Foz do Iguaçu.

Segundo o Censo do IBGE 2010, 21,86% da população (2.280.548 pessoas) no Paraná têm pelo menos uma das deficiências investigadas. Os critérios para definição de deficiência adotada pelo IBGE incluíram no universo de pessoas com deficiência aqueles que se autoindicaram "alguma", "grande" ou "total" dificuldade funcional. Das 2.280.548 pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, 55,71% são do sexo feminino e 44,29%, do sexo masculino. Desse total de pessoas com deficiência, 666.219 possuem alguma deficiência severa. Quanto à distribuição entre os tipos de deficiência com maior representação, 1.728.671 declararam deficiência visual e, depois, seguem a deficiência motora, auditiva e, por último, a mental/intelectual (IBGE, 2010).

Ao mesmo tempo, a SESA, preocupada com a demanda reprimida da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção – OPM, vem atendendo, monitorando e articulando a dispensação desses equipamentos, visando à redução da demanda reprimida.

Com avanço para identificação e levantamento de dados de pessoas com Doenças Raras, contou-se com a implantação do cadastro Síndromes e Doenças Raras – SIDORA no Paraná, com capacitação para sua utilização nas regionais de saúde, hospitais, maternidades e UBS, pelos profissionais de saúde. Outro avanço foi a definição de fluxo de atendimentos dos pacientes com deficiência que necessitam de tratamento odontológico sob anestesia geral.

1 É um questionário simples que pode ser respondido pelo paciente ou pelos familiares com ênfase nos dados referentes a idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Avalia as habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano. Pode ser aplicado por qualquer profissional da Saúde. É composto por 13 itens, cada um recebe uma pontuação e o somatório final pode variar de zero a dez pontos. Sendo a pontuação igual ou menor que 2 pontos considerada de baixo risco, com classificação de idoso Robusto; pontuação de 3 a 6 pontos, de médio risco, classificada como a de idoso Em Risco de Fragilização e pontuação igual ou maior que 7 pontos, de alto risco, classificada como a de idoso Frágil.
Esse instrumento está incluído na Caderneta de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

Desde 2011, o Governo do Paraná incentiva projetos sociais para a garantia de direitos das pessoas com deficiência. As ações incluem programas, benefícios e serviços como acolhimento institucional, inclusão no mercado de trabalho e promoção social das pessoas com deficiência que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Outra conquista importante foi o Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná (Lei 18.419/15), que estabelece diretrizes em áreas como: saúde, educação, profissionalização, trabalho, assistência social e acessibilidade, propiciando o bem-estar social e econômico das pessoas com deficiência.

1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SESA

A SESA definiu em 2011 no seu planejamento estratégico seis programas estruturantes das Redes de Atenção à Saúde, a saber: APSUS – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde; COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde; HOSPSUS – Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná; VIGIASUS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná; FARMÁCIA DO PARANÁ –Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica; e HOSPITAIS DO PARANÁ – Programa de Incentivo à Qualificação dos Hospitais do Governo do Paraná.

Esses programas são estratégicos à organização das quatro Redes de Atenção à Saúde implantadas no Paraná. Contam com três componentes básicos: capacitação, custeio e investimentos, que têm apoiado os municípios, consórcios e prestadores de serviços a ampliar o atendimento de qualidade aos cidadãos paranaenses. Além do mais, nos últimos anos, o Governo do Paraná aportou vigorosamente recursos estaduais em saúde, com investimentos em obras e repasses de custeio para os municípios paranaenses por meio dos Programas citados.

1.7.1 Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS

Na busca de tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado ao cidadão, a SESA definiu como ação estratégica a implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Instituído em 2011, traz uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios; fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com os seguintes objetivos:

- Ordenar os processos de trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde que atuem ou não com a estratégia Saúde da Família;
- Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades Básicas de Saúde, com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS por meio do acesso a práticas orientadas a todos os usuários-famílias da comunidade, em todo o ciclo de vida, inclusive na fase laboral e produtiva, visando à garantia da integralidade da atenção, mediante oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;
- Instrumentalizar equipes locais e municipais com vistas às práticas da Vigilância em Saúde, com base na epidemiologia clínica e social;
- Implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as regiões do estado, como enfoque prioritário às Redes: Mãe Paranaense (materno-infantil), de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, de Atenção à Pessoa Idosa e de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD);
- Mudar o modelo de atenção à saúde centrado nas condições agudas, para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão de caso e as tecnologias de promoção de autocuidado apoiado;
- Promover e implementar ações de Promoção da Saúde nas equipes de APS, e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

O componente de Custeio das Ações da APS se desenvolve no Estado do Paraná desde o ano de 2012, tendo como referência os critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais. Em 2013, foi aprovada a alteração do valor do Incentivo Financeiro de Custeio do Programa do APSUS e, no ano de 2014, o valor do Incentivo financeiro do APSUS foi alterado com a inclusão da Parcela do Incentivo da Saúde Bucal na Atenção Primária. O Incentivo Financeiro repassado fundo a fundo a 391 municípios, incluindo a área de saúde bucal, totaliza R$ 166.311.705,00.

O Fator de Redução das Desigualdades Regionais tem como objetivo discriminar positivamente as regiões e populações portadoras de maiores necessidades, cuja adoção foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná CIB – PR e no Conselho Estadual de Saúde – CES. O critério adotado para a criação do Fator de Redução das Desigualdades Regionais é a classificação dos municípios, de acordo com uma pontuação que varia de 0 a 10, calculada a partir da média ponderada dos seguintes indicadores: PIB *per capita* (peso 2); Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1); Percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1); Grau de Urbanização (peso 1); Índice IPARDES de Desempenho Municipal (peso 1).

Ressalta-se que a SESA segue o que dispõe a Lei Complementar Federal 141/2012, em seu Artigo 19, no que se refere aos recursos transferidos do Estado aos municípios para ações e serviços públicos de saúde, que é realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e leva em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais. A metodologia de alocação dos recursos estaduais de todas as áreas da saúde para os municípios utiliza o índice do Fator de Redução das Desigualdades Regionais, constando a previsão de recursos aos municípios que se habilitam aos incentivos fundo a fundo em Resolução do Secretário Estadual disponibilizadas em www.saude.pr.gov.br.

O componente investimento se constitui na qualificação da atenção ao cidadão paranaense, por meio da melhoria da estrutura física das Unidades de Atenção Primária (Unidades de Saúde da Família), da aquisição de equipamentos e do transporte sanitário. Desde 2012, a SESA realiza repasses de recursos aos municípios para a melhoria da estrutura das Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que, em 2013, instituiu o Incentivo Financeiro de Investimento para construção e ampliação de Unidades de Saúde da Família e o Incentivo financeiro para reforma/recuperação das Unidades de Saúde da Família. De 2012 a 2015, o APSUS conta com 432 obras e a adesão de 269 municípios de todas as Regionais de Saúde do Estado, com recursos destinados na ordem de R$ 110.543.851,00.

No ano de 2014, foi instituído o incentivo financeiro para a Implantação do Transporte Sanitário na Atenção Primária e, até o ano de 2015, foram contemplados os 399 municípios do Estado (R$ 123.000.000,00). Em 2015, foi instituído o Incentivo Financeiro de Investimento para a aquisição de Equipamentos para as Unidades de Atenção Primária e foi aprovada a relação dos municípios que aderiram ao incentivo para aquisição de equipamentos (Elegíveis: R$ 50.025.000,00), sendo os 399 municípios do estado contemplados, no total de 435 lotes de equipamentos.

O componente Educação Permanente foi desencadeado por meio de "ondas formativas" que envolveram as Regionais de Saúde e Municípios por meio de Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde. As oficinas foram constituídas por módulos que atingiram aproximadamente 35 mil trabalhadores e gestores em saúde. As oficinas realizadas foram:

- Redes de Atenção à Saúde no Paraná;
- Rede Mãe Paranaense;
- Rede de Atenção à Urgência e Emergência;
- Monitoramento e Avaliação;
- Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná;
- Programação da Atenção Primária à Saúde;
- Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde;
- Saúde Mental;
- Saúde do Idoso.

Após as 09 oficinas, a SESA buscou elaborar uma metodologia que promoveu a aplicação de conceitos de acordo com as realidades de cada equipe, estabelecendo padrões e protocolos, organizando os processos de trabalho, garantindo a segurança ao usuário e à equipe que o atende; por consequência, a melhoria da atenção, da satisfação dos usuários e indicadores. Esse processo denominou-se Tutoria.

A Tutoria inaugura uma nova fase do Programa APSUS, que está sendo viabilizada pela adesão dos municípios e suas equipes da APS. Esse processo foi introduzido no estado no ano de 2014, tendo o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos micro e macroprocessos prioritários, para que as mesmas assumam a coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Visa tornar as equipes da APS coordenadoras do cuidado dos cidadãos em seu território e, para que o processo aconteça, é preciso o envolvimento de toda a equipe e dos gestores municipais.

A certificação da Tutoria está planejada em etapas. A primeira, tem foco no gerenciamento dos riscos com vistas à segurança dos cidadãos e das equipes; a segunda, no gerenciamento dos processos para a melhoria do cuidado; e a terceira, no gerenciamento dos resultados para melhorar os indicadores de saúde da população. Ao final de cada etapa de avaliação, há uma certificação com selos Bronze, Prata e Ouro, a qual além de dar visibilidade ao processo, tem como objetivo incentivar as equipes e criar um padrão de qualidade da APS no Paraná.

A demonstração das melhorias possibilitadas pelo APSUS pode ser avaliada ao analisarmos os dados de morbimortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis conforme análise de situação na Análise de Situação de Saúde.

O APSUS, portanto, no período 2011-2015, possibilitou à população paranaense o atendimento à saúde em todas as regiões do estado, organizando o acesso de modo que os serviços estivessem o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses, aumentando as capacidades de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de APS. Um novo paradigma assistencial no setor Saúde foi estabelecido, produzindo uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde.

1.7.2 Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS foi implantado em 2012 com o propósito inovador de desenvolver uma política para a atenção ambulatorial secundária em todas as regionais de saúde do estado, em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que gerenciam ambulatórios, os quais se pretende nomear Centros de Especialidades do Paraná, proporcionando melhoria do acesso ao atendimento ambulatorial especializado aos cidadãos paranaenses. O Paraná tem 24 Consórcios Intermunicipais de Saúde que gerenciam Centros de Especialidades distribuídos em 20 regionais de saúde.

O COMSUS tem como estratégia investimentos de recursos financeiros para manutenção das ações de saúde, aquisição de equipamentos e obras e educação permanente. Esses investimentos resultaram em mudança nos processos de trabalho dos ambulatórios e na infraestrutura dos mesmos, melhorando a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

Os Centros de Especialidades do Paraná são uma estratégia importante ofertando em um mesmo espaço consultas e exames especializados, atendimento com equipe interdisciplinar e cirurgias ambulatoriais de acordo com a característica de cada regional de saúde. Houve com o COMSUS a articulação dos fluxos de atendimento de acordo com a implantação das seguintes Redes de Atenção à Saúde: Rede Mãe Paranaense, Rede de Atenção à Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde Bucal, estabelecendo-se o atendimento ambulatorial especializado como ponto de atenção das redes de atenção à saúde.

Foram realizados investimentos na construção de 4 Centros de Especialidades do Paraná em: Maringá, Londrina, Guarapuava e Ponta Grossa, por meio do repasse integral de recursos financeiros para a obra e houve, ainda, a participação na construção de 3 Centros de Especialidades do Paraná em Toledo, Cascavel e Apucarana. A primeira obra finalizada e inaugurada foi a do Centro de Especialidade da Região de Toledo, em setembro de 2015, em funcionamento desde então. A implementação dos atendimentos ocorreu também com a estruturação de 7 Centros

de Especialidades do Paraná, em Pato Branco, Francisco Beltrão, Cornélio Procópio, Toledo, Medianeira, Apucarana e Londrina, por meio do repasse de recursos financeiros para aquisição de equipamentos e mobiliários.

O investimento do COMSUS, no período de 2011-2015, foi de R$ 61.500.000,00 em obras e equipamentos e de R$ 48.400.000,00 em recursos de custeio. No período de 2014-2015, foram repassados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde 78 ônibus para o transporte sanitário eletivo intermunicipal, que totalizaram o valor de R$ 16.278.600,00.

A realização do Curso de Aperfeiçoamento para Gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde, em 2014, com 51 participantes que concluíram o curso, em parceria com a ACISPAR – Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde, buscou a melhoria da qualidade do gerenciamento desses Consórcios e inspirou o início do processo de mudança na atenção secundária.

O Programa permitiu o aumento da oferta de consultas e exames especializados e a melhoria do relacionamento da SESA com os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Isso se deu por meio do acompanhamento da execução dos Convênios e do monitoramento das ações e mediante a implantação do sistema de monitoramento e avaliação trimestral, realizada pela Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação e sistematizada pela Comissão Estadual de Avaliação do COMSUS.

Há necessidade, ainda, de estabelecer outros Centros de Especialidades sob gerenciamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, e de equipar os Centros de Especialidades que estão em processo de construção, assim como de expandir a implantação das linhas de cuidados da hipertensão arterial e diabetes, atualmente em processo de implantação na 15ª RS – Maringá e na 20ª RS – Toledo, para todos os ambulatórios especializados sob gerência dos Consórcios.

1.7.3 Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná – HOSPSUS

O Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos – HOSPSUS, lançado em julho de 2011, propõe-se a promover a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da eficiência, a eficácia e a equidade dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde no Paraná, para onde destina incentivos estaduais para custeio, investimento em obras e equipamentos e capacitação profissional.

A formalização do Programa com os hospitais dá-se por meio de contratos/convênios e, o monitoramento, por meio de relatório quadrimestral da Comissão Regional de Avaliação do HOSPSUS e de avaliações do Grupo Condutor da Rede Cegonha/Mãe Paranaense.

O Programa possui três fases. Na primeira fase, foram credenciados os hospitais de alta complexidade para referência macrorregional e regional na urgência e atuação na retaguarda das Redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência. Nessa fase, foram investidos de 2011 a 2015 R$ 39.075.937,20 em equipamentos, R$ 62.643.037,71 em obras e R$ 264.787.447,47 para custeio.

Na segunda fase, foi instituída a Estratégia de Qualificação do Parto (EQP), credenciando hospitais e maternidades públicos, filantrópicos e privados de média complexidade destinados ao atendimento dos partos de risco habitual e intermediário. Nessa fase, os investimentos somaram R$ 1.417.915,87 em equipamentos, R$ 2.438.160,13 para obras e R$ 23.791.995,00 em custeio no período de 2013 a 2015.

Na terceira fase, foram contemplados hospitais públicos, sem fins lucrativos e filantrópicos com até 50 leitos SUS, com o objetivo de apoiar os hospitais de referência local e microrregional, mediante contrato/convênio, para oferecer atendimento com mais qualidade à saúde da população paranaense em situações de urgência/emergência, assim como definir um perfil assistencial voltado para a implantação da Rede de Assistência à Saúde. Nessa fase, entre 2013 e 2015, foram investidos R$ 1.740.000,00 em equipamentos, R$ 6.186.083,26 em obras e R$ 35.802.200,00 para custeio. O total de investimentos do programa HOSPSUS somou R$ 437.882.776,64 em todo o período.

Nas três fases do Programa, foram credenciados 251 hospitais, possibilitando à população paranaense atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível

de sua residência, otimizando a eficiência dos hospitais e contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público e filantrópico no estado, social e sanitariamente essenciais para atender às necessidades da população em todas as regionais de saúde.

No componente capacitação, foi realizado um Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, com formação de 67 profissionais. Também participaram das Oficinas Temáticas ofertadas pelo Curso 01 técnico de cada Regional de Saúde e 06 técnicos da SESA.

O principal avanço foi a garantia da vinculação do parto da gestante de alto risco, com melhoria da qualidade do atendimento e a ampliação dos leitos de UTI, diminuição do déficit dos leitos de UTI Neonatal. A melhoria do relacionamento entre o gestor e o prestador e da estrutura dos hospitais com os recursos disponibilizados para a realização de obras e a aquisição de equipamentos contribuíram também para o êxito do Programa.

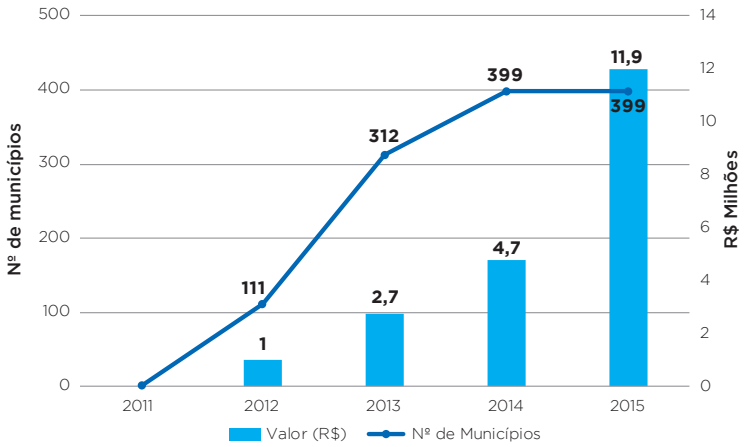
1.7.4 Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica – Farmácia do Paraná

O Programa Farmácia do Paraná – Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica, teve início no ano de 2011 e seu objetivo é qualificar a Assistência Farmacêutica em todo o Estado do Paraná.

A promoção do acesso a medicamentos, com foco na cadeia logística de abastecimento – que no estado do Paraná se inicia no CEMEPAR, passa pelas 22 Regionais de Saúde e atinge todos os 399 municípios do estado, historicamente gerencia um volume financeiro bastante significativo. A estruturação e a qualificação dessa cadeia, no entanto, não recebeu os investimentos proporcionalmente necessários. Assim, o Programa Farmácia do Paraná se propõe a abordar essa lacuna de cobertura, tanto em âmbito estadual, quanto municipal, por meio de ações organizadas em três eixos estratégicos: estruturação da Assistência Farmacêutica, capacitação dos profissionais envolvidos e custeio da Assistência Farmacêutica.

Os investimentos realizados para a aquisição de mobiliário, câmaras para conservação de medicamentos, equipamentos de informática, entre outros, somam cerca de R$ 3 milhões. Em âmbito municipal, espera-se que a qualificação da Assistência Farmacêutica seja potencializada por meio do Incentivo Financeiro Estadual à Organização da Assistência Farmacêutica, cujos repasses de 2012 a 2015 ultrapassaram os 20 milhões de reais e todos os municípios do Paraná foram contemplados, o que pode ser visualizado no Gráfico 37.

GRÁFICO 37 – EVOLUÇÃO DO Nº DE MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS PELO INCENTIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DOS RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS, PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/SGS/DEAF.

Os resultados alcançados no quadriênio 2012-2015 contabilizam importantes avanços na reestruturação física e provisão de equipamentos para as 22 farmácias das Regionais de Saúde. A reforma e/ou a construção das unidades tem possibilitado melhor ambiência para o atendimento aos usuários, melhores condições para o armazenamento dos medicamentos, bem como a

otimização dos fluxos de trabalho – que impactam em atendimentos mais qualificados e mais ágeis. É emblemática nesse processo a previsão, em todas essas farmácias, de ao menos um consultório farmacêutico para a prática das atividades clínicas, possibilitando uma abordagem diferenciada aos usuários de medicamentos. O progresso das tecnologias leves (tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização) e sua implementação têm-se mostrado fundamental para a resolutividade de problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Dentre os principais avanços obtidos no período de 2011 a 2015, estão a reestruturação de 12 Farmácias de Regionais de Saúde (Curitiba, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Cascavel, Cianorte, Apucarana, Londrina, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã) e de 10 Centrais de Abastecimento Farmacêutico de Regionais de Saúde (Curitiba, União da Vitória, Pato Branco, Cianorte, Apucarana, Londrina, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã). Quanto à aquisição de equipamentos, destaca-se a compra de 105 câmaras de refrigeração e de 04 câmaras frias para a conservação de medicamentos, o que trouxe uma importante reestruturação da rede de frio da Assistência Farmacêutica da SESA-PR. Em relação a recursos humanos para atuação nessa área, houve nesse período a nomeação de 90 farmacêuticos.

As ações para a capacitação dos profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica em âmbito Regional e municipal têm sido realizadas por meio de oficinas presenciais e de videoconferências, abordando temas relacionados à prática cotidiana. Estão em andamento duas outras iniciativas: a execução do Convênio nº 73/2013 pelo Consórcio Intergestores Paraná Saúde, para capacitar 400 farmacêuticos em temas relacionados à gestão do medicamento e às habilidades clínicas; e a modelagem do "Curso para formação e atualização em Assistência Farmacêutica", na modalidade à distância, junto à Escola de Saúde Pública do Paraná e à Escola de Governo, para capacitar 80 profissionais (agentes de execução ou agentes de apoio) que atuam na Assistência Farmacêutica da SESA-PR.

A implantação do Incentivo Financeiro Estadual para a Organização da Assistência Farmacêutica, atendendo a todos os 399 municípios do estado, foi uma iniciativa inédita por parte da SESA e tem possibilitado ao gestor municipal a promoção de melhorias nas estruturas físicas e na aquisição de equipamentos, bem como no custeio das ações relacionadas à área.

No sentido de iniciar a implantação do Cuidado Farmacêutico, a SESA participou do projeto piloto do Ministério da Saúde para modelagem do serviço de Farmácia Clínica, tendo como ponto de atenção a farmácia da 2ª Regional de Saúde.

1.7.5 Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná – VigiaSUS

O Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde – VigiaSUS no Estado do Paraná foi instituído em 2013, com o objetivo de fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, com repasse de incentivos financeiros aos 399 municípios. Tais recursos são destinados para custeio e capital e devem ser utilizados no financiamento das ações de vigilância em saúde compostas por: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental, Vigilância Estratégica de Resposta a Emergências de Saúde e Laboratórios de saúde pública. A adesão dos municípios ao programa é voluntária e a transferência dos incentivos é realizada na modalidade Fundo a Fundo.

São componentes estratégicos do VigiaSUS: repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios para aplicação em capital (tais como veículos e equipamentos) e custeio (tais como manutenção das ações de Vigilância em Saúde); a educação permanente voltada para os municípios e regionais de saúde com cursos de atualização e pós-graduação em Vigilância em Saúde; e a estruturação dos serviços próprios de Vigilância em SESA.

O Programa estabelece algumas diretrizes, entre elas:

1. descentralização das ações de Vigilância em Saúde aos municípios por meio de pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – 101 ações a serem desenvolvidas;
2. investimento em construção, ampliação e reformas das estruturas próprias da SESA, em que podemos destacar a construção da 2ª Fase do Laboratório Central do Estado;
3. definição dos elencos das ações de Vigilância em Saúde em níveis de complexidade dos municípios e regionais de saúde, classificando as Ações de vigilância em Saúde em grau de complexidade em três elencos de ações, conforme pactuação em CIB (Deliberação nº 066/2015);
4. estabelecimento de Porte para os Municípios, levando em consideração o fator populacional e a pontuação do Fator de Redução de Desigualdades previstas na Resolução SESA nº 237/2012, classificando-os conforme os critérios do Quadro 7:

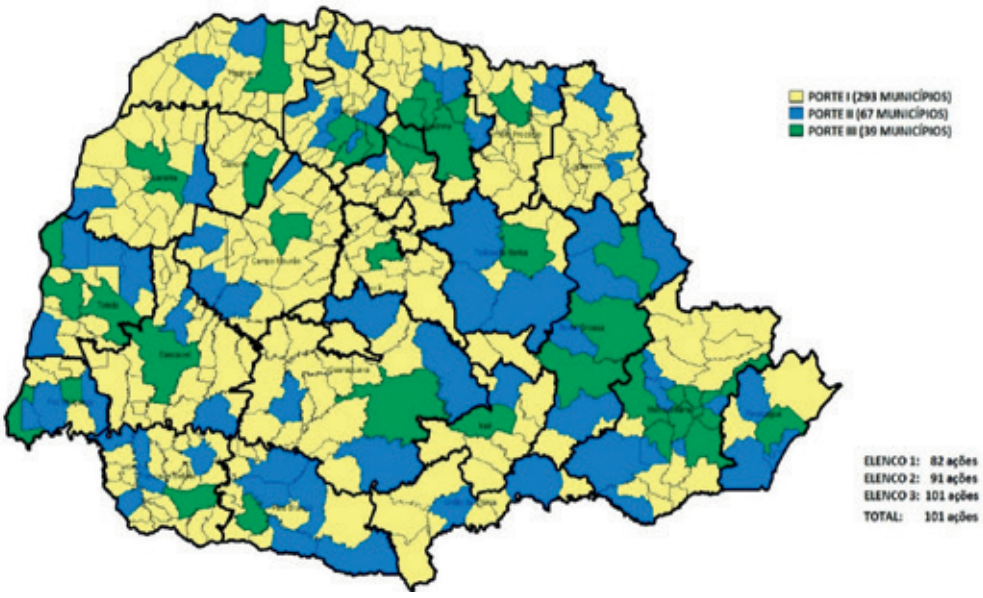
QUADRO 7 – CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR PORTE – VigiaSUS

PORTE	ELENCO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR PORTE, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O FATOR POPULACIONAL E A RESOLUÇÃO 237/2012_FATOR REDUÇÃO DESIGUALDADES
I	1	Municípios com população até 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) menor que 5.
II	1 e 2	Municípios com população entre 20.001 a 100.000 habitantes; Municípios com população maior que 15.000 e menor que 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 5.
III	1, 2 e 3	Municípios com população maior que 100.000 habitantes; Municípios com população maior que 30.000 e menor que 100.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 6; Municípios sede de Regional de Saúde independente de pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades).

Fonte: Deliberação CIB-PR nº 287/2013, ago. 2013.

Dos 399 municípios, 293 são classificados como porte I, 67 porte II e, 39 porte III, conforme evidenciado no Mapa 46.

MAPA 46 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR PORTE – VigiaSUS, PARANÁ – 2015



Fonte: SESA/SVS/DEST/DVIAS.

5. desenvolvimento de amplo processo de educação permanente para qualificação técnica e de gestão do setor;
6. criação do Grupo Gestor do VigiaSUS, para o desenvolvimento, acompanhamento e implementação, composto por representantes da SESA, COSEMS e Conselho Estadual de Saúde, podendo ser convidados representantes de outras instituições, a critério do grupo;
7. acompanhamento da execução das ações e da utilização dos Incentivos financeiros por meio de instrumento de gestão próprios, realizado pelas vigilâncias das regionais de saúde. Até dezembro de 2015, o Programa VIGIASUS repassou para os municípios o total de R$ 143.957.326,84.

Entre os resultados do Programa, destacam-se até maio de 2015: a aquisição pelos municípios de 397 veículos, além de outros materiais e equipamentos essenciais; o Curso de Especialização em Gestão da Vigilância em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado, com 193 profissionais formados; e o fortalecimento das ações pactuadas por meio da criação e aplicação de instrumentos de acompanhamento para a qualificação e implementação do Programa.

1.7.6 Programa Hospitais do Paraná

Hospitais do Paraná é um Programa de Incentivo à Qualificação dos Hospitais do Governo do Estado e foi instituído em 2012 com o objetivo de criar condições estruturais, operacionais e gerenciais para que os hospitais estaduais possam desempenhar plenamente suas funções com elevado padrão.

O Programa conta com 21 (vinte e um) hospitais, dos quais 17 (dezessete) são Hospitais Próprios, da SESA, sendo que o Hospital de Telêmaco Borba está em fase de conclusão da construção e o Hospital de Guarapuava encontra-se em fase de construção; e 4 (quatro) são hospitais universitários, mantidos e administrados pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em parceria com a SESA. O Quadro 8 apresenta os hospitais participantes do programa.

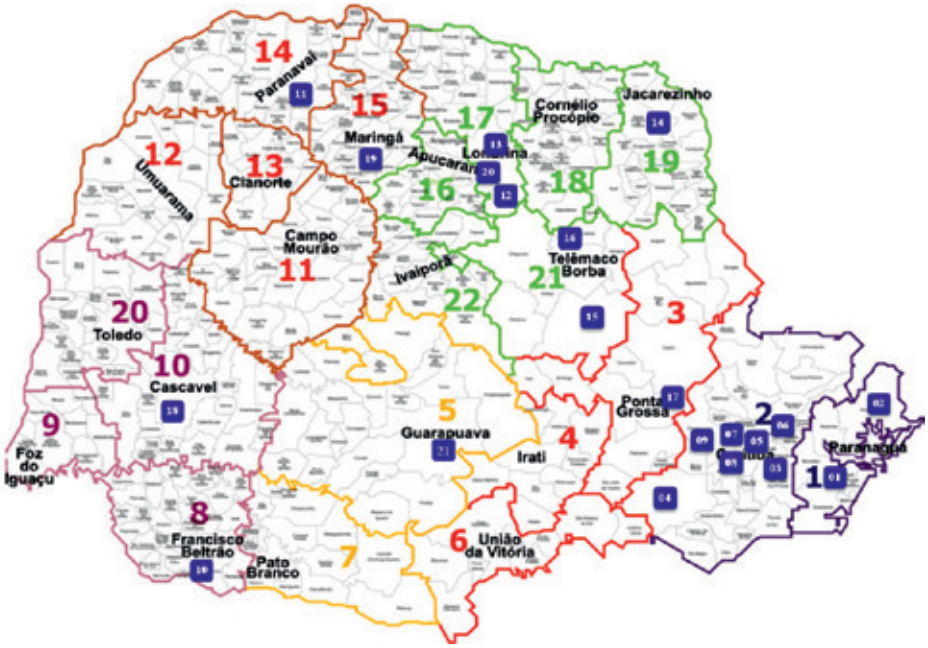
QUADRO 8 – UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS ESTADUAIS, PARANÁ - ABRIL 2016

1. Hospital Regional do Litoral	11. Hospital Regional do Noroeste
2. Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva	12. Hospital Eulalino Ignácio de Andrade HZS
3. Hospital de Dermatologia Sanitária do PR	13. Hospital Anísio Figueiredo HZN
4. Hospital Regional da Lapa São Sebastião	14. Hospital Regional do Norte Pioneiro
5. Hospital Oswaldo Cruz	15. Hospital Luiza Borba Carneiro
6. Hospital Colônia Adauto Botelho	16. Hospital Regional de Telêmaco Borba (construção)
7. Hospital do Trabalhador	17. Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais
8. Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier	18. Hospital Universitário do Oeste do Paraná
9. Hospital Infantil Waldemar Monastier	19. Hospital Universitário Regional de Maringá
10. Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits	20. Hospital Universitário do Norte do Paraná

Fonte: SESA/SUP.

Os hospitais integrantes do Programa estão distribuídos geograficamente de acordo com o Mapa 47 e contabilizam 2.084 leitos hospitalares (1.355 em hospitais próprios e 729 em hospitais universitários), dos quais 220 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva (136 em hospitais próprios e 84 em hospitais universitários).

MAPA 47 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS, PARANÁ – ABRIL/2016



Fonte: SESA/SUP.

O Programa Hospitais do Paraná propõe a modernização das unidades hospitalares do Estado integradas ao SUS, levando em conta a reestruturação das instalações, a aquisição de novos equipamentos e a capacitação do quadro de funcionários. Ademais, possui como objetivos principais: 1) melhorar os processos de gestão; 2) adequar estruturas físicas às reais necessidades; 3) recuperar e modernizar o parque tecnológico; 4) ampliar e capacitar o quadro de recursos humanos; 5) aprimorar as atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde; e 6) implantar a metodologia de certificação hospitalar.

Como destaque ao componente investimento, tem-se a renovação do parque tecnológico das unidades e a construção do Hospital de Guarapuava, que contará com uma área construída de 16.100 m^2 e 150 leitos, sendo 30 leitos de UTI Adulto e 10 leitos de UTI Infantil, e que será referência para o atendimento de urgência e emergência. Considerando a reestruturação das instalações e a recuperação/ modernização do parque tecnológico, foram investidos R$ 160.826.775,34, no período de 2011 a 2014, distribuídos entre os 20 hospitais do Programa, sendo que: R$ 121.300.592,38 foram investidos em obras e reformas; R$ 1.753.782,19, em veículos; e R$ 37.772.400,77, em equipamentos.

Com o objetivo de qualificação dos processos de gestão, foi implantado o Sistema de Informações Gerenciais (SIG), cobrindo uma lacuna de informações para o gerenciamento das unidades hospitalares; desenvolvido o projeto de pesquisa para estabelecimento do modelo de custeio no Hospital do Trabalhador e no Hospital Infantil Waldemar Monastier; e implantado o sistema informatizado GSUS em sete hospitais: Hospital Infantil Waldemar Monastier (Campo Largo), Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier (Curitiba), Hospital Regional do Litoral (Paranaguá), Hospital Regional de Ponta Grossa Wallace Thadeu de Mello e Silva (Ponta Grossa), Hospital Universitário de Maringá (Maringá), Hospital Regional São Sebastião da Lapa (Lapa) e Hospital Colônia Adauto Botelho (Pinhais), sendo que a implantação nas demais unidades encontra-se em estudo.

Como avanço nos processos de trabalho, foi estruturado o Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (SGQ), com o Manual da Qualidade como instrumento norteador; implantada a Pesquisa de Satisfação dos usuários; estruturado o Gerenciamento de Riscos e implantadas as Notificações de incidentes/eventos adversos; realizadas 14 capacitações com 2.589 participantes e organizados 04 Seminários da Qualidade em Hospitais Públicos com apresentação de 99 trabalhos com temas relacionados à Gestão da Qualidade e Segurança

do Paciente. Instituído também o Selo de Qualidade e Segurança do Paciente, como forma de reconhecimento aos hospitais próprios que implantaram o SGQ. Destaca-se ainda a Acreditação Hospitalar nível I pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) do Hospital Infantil Waldemar Monastier.

Como parte dos hospitais públicos estaduais, tem-se também o Hospital da Polícia Militar, situado em Curitiba, cujo atendimento voltado ao acesso universal ainda não se concretizou; justificado pela insuficiência de profissionais especializados na área da saúde, notadamente de enfermagem em nível médio e superior, e insumos hospitalares em quantidade insuficiente para ampliação do número de leitos hospitalares. Nesse sentido, para o cumprimento de todas as exigências legais, encontram-se em trâmite estudo de viabilidade técnica e econômica para modalidade de gestão e gerencial que permita essa estruturação.

1.8 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

As inovações tecnológicas influenciam diretamente a vida em sociedade, gerando transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos cidadãos e na vida social. O campo da saúde é altamente profícuo quanto a oportunidades para o desenvolvimento científico e tecnológico associadas à produção e utilização de bens e serviços, públicos e privados.

A Portaria Nº 2.510/GM/MS de 19 de dezembro de 2005, considera tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Nas últimas décadas, tem-se presenciado um processo de transformação e de inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde. Sua incorporação ao sistema de saúde tem produzido modificações importantes que vão desde mudanças significativas na prática médica cotidiana, nos processos de diagnóstico e de terapêutica utilizados, até alterações na forma de organização e reorganização dos serviços de saúde e, também, na organização industrial dos setores produtores dessas tecnologias médicas.

Nos últimos anos, o Paraná vem realizando muitos investimentos em ciência e inovação tecnológica, seja em procedimentos, sistemas organizacionais, programas e protocolos assistenciais, que possibilitam a mudança de modelo assistencial, assim como em pesquisa e produção de novos insumos. Esse movimento tem provocado mudanças profundas no campo da saúde, tornando os serviços mais ágeis, acessíveis e de melhor qualidade, com capacidade de dar respostas às diferentes situações, tanto às demandas de rotina, quanto às inusitadas.

Os investimentos acontecem em diversas áreas da saúde e estão presentes em diferentes cidades do estado, com destaque para o trabalho que está sendo desenvolvido sobre Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, Governança, sistemas de informação e suporte.

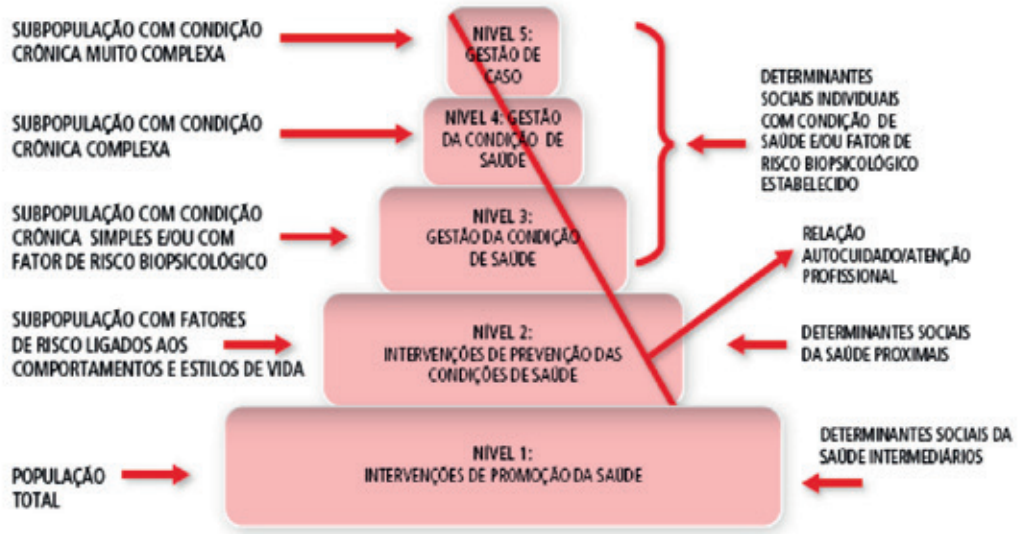
O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – MACC

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi desenvolvido por Mendes (2012) para ser aplicado no sistema de saúde público brasileiro. Baseia-se no Modelo de Condições Crônicas (CCM) dos Estados Unidos e foi expandido com a incorporação de mais dois modelos: o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde (MENDES, 2012, pg.169).

O MACC deve ser lido em três colunas: a coluna da esquerda, que se refere ao modelo da pirâmide de risco (descrito mais à frente); a coluna do meio (sob influência do CCM), que se refere aos cinco níveis de intervenção de saúde: promoção, prevenção, gestão da condição de saúde (em dois níveis) e gestão de caso; e, na terceira coluna (da direita), o modelo da determinação social da saúde com os determinantes intermediários, proximais e individuais.

A implantação de um novo modelo de atenção às condições crônicas exigiu a implantação de um novo processo de trabalho. O MACC foi implantado inicialmente em algumas Unidades de Atenção Primária à Saúde de alguns municípios de duas regiões do estado: 15ª Regional de Saúde e 20ª Regional de Saúde, nas Linhas de Cuidados da Hipertensão Arterial e Diabetes e da Gestante e Crianças de Risco.

FIGURA 3 – MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – MACC – PARA O SUS



As principais mudanças que estão sendo realizadas nos processos de trabalho, com a implantação do MACC, são:

- A estratificação de risco nas linhas de cuidado acima descritas, que é imprescindível para a implantação do novo modelo, sendo que o médio e o baixo risco permanecem no atendimento da Atenção Primária à Saúde e somente é encaminhado à atenção especializada o alto risco.
- A atenção à saúde é proativa e resolutiva, com valorização dos procedimentos promocionais e preventivos, ou seja, o usuário recebe orientações de prevenção e promoção à sua saúde, além de ser clinicamente compensado e, posteriormente, retornar à APS para dar continuidade ao acompanhamento.
- O atendimento é realizado pela equipe interdisciplinar no ambulatório de especialidades, sempre no mesmo período do dia, e não somente pelo médico; o usuário é vinculado à equipe de atendimento.
- Na atenção primária, o usuário também recebe atendimento de equipe interdisciplinar, que em geral é a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, a qual está integrada no novo modelo.
- As equipes da atenção secundária e primária estimulam e apoiam as pessoas usuárias e suas famílias no autocuidado.
- As equipes da APS e da atenção ambulatorial se conhecem e se relacionam para discussão de encaminhamentos e acompanhamento de usuários.
- A equipe da atenção ambulatorial tem realizado encontros de capacitação das equipes da APS.
- É elaborado o Plano de Cuidados para o usuário ter seu acompanhamento pela equipe da APS.

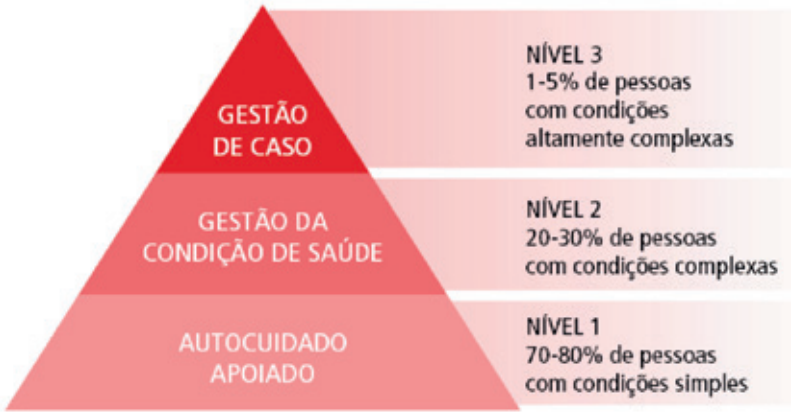
Os resultados relatados pelas equipes são de satisfação do usuário pela resolução do seu problema de saúde, mudanças no estilo de vida das pessoas e das famílias, atendimento qualificado da equipe, rápida compensação nos níveis de pressão arterial e glicêmicos. Houve redução da ocorrência de partos prematuros no atendimento às gestantes de alto risco, em uma das experiências.

A Estratificação de Risco

A estratificação de risco, que está presente na construção do modelo de atenção às condições crônicas, tem origem no Modelo da Pirâmide de Riscos, utilizado por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e implantou em sua rotina assistencial, e é usado em vários países do mundo.

Segundo Mendes, o Modelo da Pirâmide de Risco está em consonância com os achados de Leutz. Para esse autor, as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo, por portadores de condição moderada, o terceiro grupo, por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

FIGURA 4 – O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO



A pirâmide de risco mostra que, no nível 1, encontram-se de 70 a 80% de pessoas com condições simples; no nível 2, de 20 a 30% de pessoas com condições complexas; e, no nível 3, de 1 a 5% de pessoas com condições altamente complexas. A pirâmide de riscos divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco, definidos por graus de necessidades.

No nível 1, está a maioria da população total com condição crônica que comumente é denominada de baixo risco. Essas pessoas têm uma grande capacidade para se autocuidarem. A parcela da população que se encontra no nível 2, apresenta risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde. Finalmente, no nível 3, está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

A estratificação de risco diferencia as pessoas por risco e assim define-se uma forma de atenção, com base nas linhas de cuidado. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na Estratégia de Saúde da Família, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada.

GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

Desde 2011, a SESA vem implantando as Redes de Atenção à Saúde. A primeira Rede a ser implantada foi a Rede Mãe Paranaense, que é a rede de cuidados maternos e infantis. A Rede Mãe Paranaense constitui-se de um conjunto de ações com dois objetivos principais: a redução da mortalidade materna e infantil e a redução das desigualdades na oferta de serviços de saúde nas regiões do estado.

A Rede de Atenção à Saúde é uma forma de organizar a atenção à saúde de determinado agravo ou condição de saúde, e pressupõe a estruturação dos pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos em um determinado território de forma a atender aos princípios de acesso e da escala. Assim, a integralidade da atenção nos três níveis: primária, secundária e terciária, só se completa na macrorregião de saúde, o que justifica a criação de uma instância de monitoramento e gestão que abrange o território sanitário macrorregional.

Nas Redes, a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização das funções dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade.

A Governança das Redes de Atenção à Saúde é o arranjo organizacional único, de composição pluri-institucional, que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras do jogo e os valores e princípios, de forma a gerar um excedente cooperativo, a aumentar a interdependência e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

As diferenças entre a governança das redes de atenção à saúde e a gerência de unidades de saúde são que: a governança é a gestão das relações entre a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos; a gerência é a gestão de uma estrutura isolada: da atenção primária à saúde, de cada ponto de atenção secundário e terciário à saúde, de cada sistema de apoio e de cada sistema logístico.

No Paraná, desde 2014, foi implantado um Laboratório de Inovação em Governança da Rede Mãe Paranaense em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, Fundação Dom Cabral, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Essa experiência acontece na Macrorregião Noroeste onde se concentram cinco regionais de saúde do estado (11ª–Campo Mourão, 12ª-Umuarama, 13ª-Cianorte, 14ª-Paranavaí e 15ª-Maringá).

Para isso, foi instituído um Comitê Executivo Macrorregional que é vinculado à Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-PR 042/2014). Esse Comitê é composto por representantes da SESA (nível gerencial e regional); dos principais serviços de saúde: hospitais de referência regional e ambulatórios especializados de referência regional; do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS, que ao mesmo tempo representam municípios da macrorregião; e do Conselho Municipal de Saúde, segmento de usuários e que tenha vínculo com a macrorregião. As reuniões são mensais e nelas são debatidos os problemas da macrorregião relativos à Rede Mãe Paranaense, como: definir novos arranjos e fluxos da Rede, recomendar capacitações para as equipes de saúde, monitorar objetivos e metas que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazo, e, principalmente, monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da Rede Mãe Paranaense, na macrorregião.

Essa experiência possibilita um melhor arranjo interinstitucional da Rede, dando encaminhamento aos problemas identificados na macrorregião para o bom funcionamento da mesma. A experiência é tão exitosa que há probabilidade de ser estendida para outras macrorregiões e para outras Redes, como, por exemplo, a Rede de Atenção às Urgências.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SUPORTE

Sala de Situação

Tem como objetivo geral disponibilizar informações que subsidiem a tomada de decisão oportuna dos gestores, por meio da geração de conhecimento e disseminação de informações

em saúde de forma constante, mediante análises dos indicadores dos programas prioritários, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população do estado do Paraná.

A Sala de Situação da SESA tem trabalhado intensamente, principalmente durante as epidemias de Dengue e Influenza e em várias outras situações, como no caso da possível entrada do Ebola no Brasil.

Sistemas de Informação

A utilização de sistemas de informação possibilita melhor gestão das ações de vigilância sanitária relativas ao monitoramento e controle sanitário dos riscos inerentes à oferta de produtos e serviços que interferem direta ou indiretamente na saúde individual e coletiva da população, proporcionando a melhoria das ações de prevenção, eliminação ou diminuição dos riscos sanitários existentes.

O **Sistema de Informação em Vigilância Sanitária** (SIEVISA) é destinado ao registro das ações de Vigilância Sanitária, de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental, tanto na Secretaria de Estado da Saúde, quanto nos municípios. Permite coletar informações qualitativas e quantitativas referentes às inspeções nos estabelecimentos de interesse à saúde, incluindo: número de estabelecimentos inspecionados, número de estabelecimentos licenciados, número de infrações emitidas e processos administrativos instaurados, em trâmites e concluídos, a fiscalização das condições dos ambientes de trabalho e das condições ambientais que interferem direta ou indiretamente na saúde da população.

Outra característica extremamente importante do SIEVISA é a integração com a Rede Nacional para Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM, que possibilita que os municípios e as Regionais de Saúde atendam às demandas de abertura de novas empresas de forma ágil, simplificada e em menor tempo, de acordo com a classificação de risco estabelecida, conforme prevê o Programa Empresa Fácil Paraná, do Governo do Estado.

O **Sistema Online de Notificação de Infecção Hospitalar** (SONIH), é uma ferramenta que permite que os hospitais do estado notifiquem as taxas e densidades de infecção hospitalar de forma ágil e em tempo real, gerando indicadores para o monitoramento das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS).

O **Sistema Estadual de Informação e Controle Hemoterápico** (SHT), possibilita o acompanhamento/ controle das doações e transfusões realizadas nos Serviços de Hemoterapia do estado e Serviços de Saúde, com o objetivo de manter a vigilância da qualidade de sangue e hemocomponentes, contribuindo com a definição da Política de Sangue do Estado.

O SHT tem como finalidade evitar a utilização do sangue clandestino no estado; efetuar o controle sobre os Serviços de Hemoterapia a fim de evitar que doadores inaptos doem sangue; gerar relatórios gerenciais a partir do cruzamento de dados de doações e transfusões de sangue e efetuar a fiscalização; controlar o destino das bolsas permitindo a rastreabilidade, desde a doação até o destino final do sangue; efetuar análises estatísticas qualitativas e quantitativas do sangue coletado e transfundido; permitir a investigação epidemiológica dos casos de doenças transmissíveis pelo sangue, entre outras.

Além dos desafios postos para toda a Rede de Atenção no Paraná, com a implantação de novas práticas de assistência à saúde da população e sua ampliação em todos os níveis, também estão em desenvolvimento processos de pesquisa e produção de insumos nas unidades de serviços e ensino. A seguir, estão em destaque as principais inovações.

Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS

O Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) é uma iniciativa de descentralização do fomento à pesquisa em saúde do Ministério da Saúde, que tem como objetivo apoiar financeiramente o desenvolvimento de estudos que visem contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população brasileira e para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde, além de promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde por meio de parceria entre instâncias federais e estaduais de saúde e de ciência e tecnologia. No Paraná, a parceria

para desenvolvimento do PPSUS se dá por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde – DECIT, Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, executora do projeto, e SESA/ESPP-CFRH.

Como parceira do PPSUS, a ESPP-CFRH participa de todas as suas etapas operacionais, desde a definição das linhas prioritárias de pesquisa que comporão os editais até a organização dos seminários estaduais de acompanhamento e avaliação dos projetos, de modo a promover e a garantir a aproximação entre os campos da ciência e tecnologia e da atenção à saúde.

Em 2015, foram realizadas 4 oficinas descentralizadas nas macrorregiões de saúde para definição de prioridades de pesquisa, a serem financiadas pelo Edital 2016 do PPSUS. Participaram das Oficinas membros da comunidade científica, gestores das regionais de saúde e das Secretarias Municipais, dos Consórcios intermunicipais, profissionais dos serviços de saúde e membros do controle social. As oficinas tiveram como principal objetivo ouvir e reunir as demandas dos gestores da rede assistencial no Paraná, possibilitando maior vínculo e intercâmbio com as áreas de ensino e pesquisa e os pesquisadores, visando maior sintonia e foco na definição de linhas de pesquisa para o SUS no Paraná.

O produto dessas oficinas foi apresentado à Fundação Araucária como subsídio para Oficina de Definição de Prioridades de Pesquisa realizada no dia 09 de outubro de 2015. No dia 25 de novembro de 2015, foi realizado pela Fundação Araucária em parceria com o Ministério da Saúde a ESPP-CFRH, o Seminário de Avaliação e Acompanhamento das Pesquisas Apoiadas pelo PPSUS, com o objetivo de avaliar, monitorar e acompanhar o andamento nos editais de 2011 e 2013.

Laboratório Central do Estado do Paraná – LACEN/PR

O Laboratório Central do Estado – LACEN busca permanentemente implantar novas tecnologias a fim de facilitar, agilizar e aumentar a capacidade de execução de análises e exames de materiais e amostras de interesse em saúde pública. Isso tem resultado na ampliação dos diagnósticos moleculares para diversas doenças, como: Hepatites, HIV/AIDS, Leptospirose, Coqueluche, Meningites, Identificação Bacteriana, entre outras. Em 2009, implantou a técnica para a pesquisa do Vírus Influenza H1N1, sendo o primeiro Laboratório Central – LACEN no país a realizar esse diagnóstico. Em 2012, foi pioneiro no país para a pesquisa de Vírus Respiratórios de forma ampliada e para a pesquisa de outros vírus, além do Influenza. Em 2015, implantou o diagnóstico molecular para Brucelose e desenvolveu a tecnologia de detecção simultânea dos Arbovírus – Dengue, com tipificação, Chicungunya e Zika, a qual foi possível ser implantada no início de 2016, de forma inédita no país.

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR

No HEMEPAR, a fenotipagem de hemácias é realizada de forma diferenciada, sendo pesquisados a presença ou ausência de 22 antígenos. Essa atividade é realizada por poucos serviços de hemoterapia e o objetivo é aumentar a segurança transfusional de pacientes politransfundidos que recebem sangue com maior frequência. Após a fenotipagem, o doador é cadastrado no programa de Doadores Fenotipados que foi implantado no Hemocentro Coordenador em 1996. Estão cadastrados hoje aproximadamente 30.000 doadores fenotipados para 22 antígenos eritrocitários e esse serviço é de referência nacional.

Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos – CPPI

Dentro das atividades do CPPI, destacam-se: produção de soros antivenenos, antígenos para diagnóstico, insumos de laboratório, educação em saúde e pesquisa e desenvolvimento na área de biotecnologia. O CPPI é um dos quatro laboratórios oficiais brasileiros produtores de soros antivenenos, produzindo o Soro Antibotrópico Pentavalente. É o único produtor do País do Soro Antiloxoscélico Trivalente, essencial no tratamento dos acidentes com aranha-marrom, que têm maior incidência na Região Sul do Brasil, especialmente no Estado do Paraná.

Instituto de Tecnologia do Paraná – TECPAR

O TECPAR tem como missão realizar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação, especialmente soluções em saúde. Nesse contexto, o Instituto realiza parcerias com empresas privadas detentoras da tecnologia de fabricação de medicamentos estratégicos para o SUS; produz medicamentos de base biotecnológica, por cultivo de células de mamíferos para produção de medicamentos de alto valor agregado para tratamento de câncer e doenças crônicas.

Em busca de uma metodologia que pudesse atender às exigências de mercado e o quantitativo da campanha nacional demandado pelo Ministério da saúde, o TECPAR investiu na tecnologia de produção de células e desenvolveu uma metodologia própria de produção de vacina antirrábica, tendo como rota tecnológica o cultivo de células livres em suspensão utilizando biorreatores com sistema de perfusão. A perfusão tem como principal atrativo a possibilidade de obter altas concentrações celulares e, consequentemente, alto rendimento de antígeno e, assim, agregar ao seu produto valor tecnológico.

A partir do ano de 2013, o TECPAR iniciou o processo de produção em escala industrial, sendo produzidos 3.000 litros de antígeno (equivalente a 3 milhões de doses de vacina), que foram fornecidos para empresa particular. No ano de 2014, foram produzidas e fornecidas ao Ministério da Saúde para a Campanha Nacional de Profilaxia da Raiva, o quantitativo de 10.000.000 de doses; e, em 2015, 15.000.000 de doses, um aumento de 50% do volume de produção em relação a 2014. A estimativa de fornecimento para 2016 é de 31,5 milhões de doses.

Universidade Estadual de Londrina – UEL e Hospital Universitário – HU

A UEL e o HU são pioneiros na unidade de tratamento de medula óssea e de queimados no interior do Paraná. Possuem tecnologia de ponta aplicada aos Serviços no Laboratório de eletrofisiologia, sendo o único equipamento para Mapeamento Eletroanatômico Cardíaco para pacientes SUS no Sul do País. A UEL possui uma Central Multiusuária de Laboratórios de Pesquisa composta por 5 laboratórios, sendo que cada um desses acolhe diversos equipamentos de médio e grande portes com tecnologia utilizada para projetos que envolvem a saúde.

A tecnologia de ponta também está presente no Laboratório de Análises Clínicas, considerado de referência para o segmento e na central de esterilização para materiais, tanto pelo calor quanto a frio. Apresentam projetos de tecnologia em fase de implantação do prontuário eletrônico integrando a documentação entre HU e Ambulatório de Especialidades; do laboratório de análise de pletismografia corporal e da unidade de esterilização e trituração de lixo hospitalar, única no sul do Brasil e em hospital público, o que possibilita a diminuição do impacto ambiental do lixo hospitalar.

A UEL foi escolhida como uma das 100 mais atrativas Startup incubadoras do país: O movimento "100 Open Startups" divulgou a lista das *startups* que mais se destacam no mercado brasileiro e que têm mais chances de atrair investimento de grandes empresas. Dentre as selecionadas está a Agropixel, empresa ligada à Incubadora Internacional de Empresas de Base Tecnológica da Agência de Inovação Tecnológica da Universidade Estadual de Londrina (INTUEL/AINTEC).

Universidade Estadual de Maringá – UEM e Hospital Universitário – HU

O Laboratório de Análises Clínicas (LAC) do Hospital Universitário de Maringá (HUM) apresenta um parque tecnológico em constante atualização. Com a utilização das mais modernas

e reconhecidas tecnologias, os resultados proporcionam credibilidade aos profissionais, segurança no diagnóstico e efetiva intervenção terapêutica.

O setor de imagem conta com o Sistema PACS de gerenciamento de imagens e o serviço de farmácia hospitalar (FHO) utiliza um sistema informatizado de controle de estoques desenvolvido pela CELEPAR (GSUS).

Os Projetos de tecnologia de investimentos em curso são: o Projeto de prescrição eletrônica em desenvolvimento pela CELEPAR, GSUS e a Informatização dos Consultórios Médicos.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE e Hospital Universitário – HU

A UNIOESTE e o HU realizam Vídeoconferências onde são discutidos casos clínicos de alta complexidade entre os serviços de medicina, enfermagem, farmácia e odontologia.

Tem o Projeto "Implantação e Reformulação do Núcleo de Telemedicina" em andamento junto à Fundação Araucária para a aquisição de uma impressora 3D. Esse equipamento possibilitará aos cursos da saúde uma investigação mais detalhada sobre os casos.

Decorrente das tecnologias desenvolvidas no âmbito das pesquisas, a UNIOESTE apresenta 24 pedidos de proteção Intelectual junto ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial – INPI. Alguns deles são de uso direto na área da Medicina e os outros de uso indireto devido aos métodos preventivos resultantes das tecnologias para tratamento de resíduos sólidos, líquidos e gasosos de estabelecimentos da saúde.

Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e Hospital Universitário – HU

Além das tecnologias e recursos disponíveis pertinentes a um Hospital Universitário, a UEPG possui equipamento de videoconferência junto com a rede de internet da instituição. Entre os projetos de tecnologia, há investimentos previstos para a Clínica Odontológica da UEPG e adequação para leitos psiquiátricos. Com os equipamentos de ressonância magnética e do Laboratório de Análises Clínicas, o Hospital Universitário sobe de patamar, de qualidade e de complexidade, consolidando-se como referência no atendimento aos pacientes SUS no Estado.

1.9 OUVIDORIA

A SESA tem investido no processo de ampliação dos espaços de escuta dos usuários do SUS, fortalecendo as ouvidorias como mecanismos de comunicação e mediação entre a instituição e os cidadãos e instrumento de gestão. O trabalho é realizado no sentido de consolidar as ouvidorias regionais e das unidades próprias, como ferramentas estratégicas de promoção da cidadania, incentivando a participação popular e a inclusão dos paranaenses no controle social do sistema público de saúde.

No ano de 2011, com o objetivo de garantir ao cidadão a oportunidade de participar da gestão pública em saúde, apoiando-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, efetivamos a criação da Ouvidoria Geral da Saúde – OGS/SESA/PR, como um canal democrático de informação e de escuta dos usuários do SUS e trabalhadores de saúde, sendo um espaço de recepção das manifestações, com o objetivo de qualificar a gestão do SUS no seu âmbito estadual.

Foi constituída uma rede interna de ouvidorias por meio de instrumento normativo de regulamentação formada pelas sub-redes (Superintendências da estrutura organizacional da SESA); Ouvidorias Regionais de Saúde, Ouvidorias de Hospitais Próprios e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que trabalham de forma articulada, estabelecendo vínculo técnico com a Ouvidoria Geral da SESA. O processo de trabalho é definido pelo fluxo abaixo apresentado de forma a garantir a satisfação do demandante.

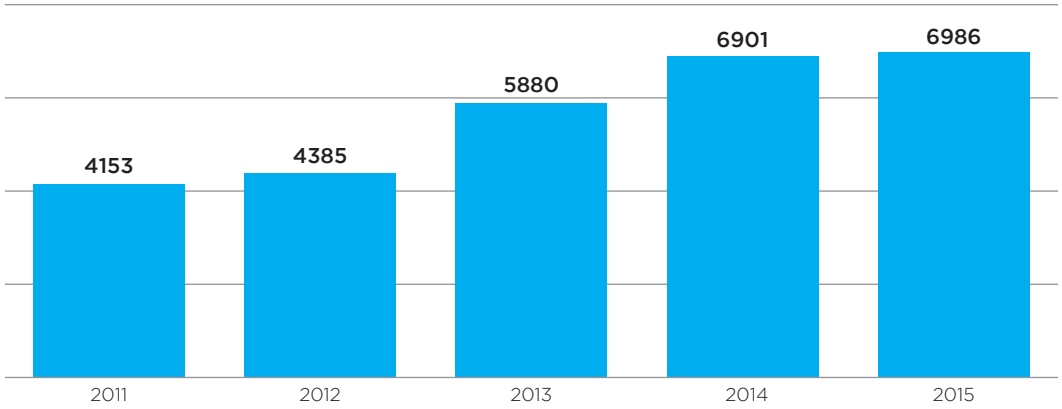
Em janeiro de 2011, a Ouvidoria Geral da Saúde com a estruturação de sua rede descentralizou as ligações por meio do número 0800 644 44 14, as quais são reconhecidas por um sistema de telefonia inteligente, com encaminhamento à Ouvidoria Regional à qual o município de origem da ligação pertence. Esse sistema proporciona um canal de comunicação, uma vez que as Ouvidorias de Saúde ainda não estão implantadas em todos os municípios.

A principal ferramenta de trabalho utilizada para registro de manifestações é o Sistema Integrado de Ouvidorias – SIGO, implantada em 2011 nas Ouvidorias Regionais de Saúde; em 2013, nos hospitais próprios e Consórcios Intermunicipais de Saúde; e, em 2015, em 23 municípios, permitindo à Ouvidoria Geral ligação direta com suas sub-redes. A OGS também recebe demandas do Sistema Ouvidor SUS/DOGES/MS.

Além da web, o acolhimento das manifestações pode se dar por telefone, carta e pessoalmente. Elas traduzem, em toda sua inteireza, o direito, a vontade explícita e determinada de uma parcela da sociedade, inclusive dos trabalhadores da SESA/PR, que quer, acima de tudo, e utilizando-se dos meios ao seu alcance, contribuir para a eficiência dos serviços prestados, o aprimoramento institucional e a consolidação da gestão participativa.

A seguir, no Gráfico 38, apresenta-se o demonstrativo do número de manifestações recebidas na Ouvidoria Geral da Saúde/ SESA e sub-redes nos anos de 2011 a 2015 segundo sub-rede. A tendência desse número é diminuir conforme se descentralizar o acolhimento das demandas segundo a esfera de responsabilidade.

GRÁFICO 38 – NÚMERO DE MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS NA OUVIDORIA GERAL DA SAÚDE E SUB-REDES, SESA/PARANÁ – 2011-2015



Fonte: SESA/OGS – SIGO/PR.

Quando se analisa os assuntos mais demandados na Ouvidoria de Saúde (Tabela 29), não é possível identificar algum deles como predominante, uma vez que os assuntos demandados caracterizam pontualmente a situação de saúde tanto de nível estadual quanto municipal. Por exemplo, nos anos de 2013 e 2014 o assunto mais demandado foi "*Gestão*" tendo em vista que foi o ano que mais ouvidorias foram implantadas, instigando assim os cidadãos a se manifestarem sobre a gestão. Já a "*Assistência Farmacêutica"* se destacou no ano de 2015 devido a um número maior de solicitações de medicamentos especializados/estratégicos que buscam na ouvidoria orientações sobre o procedimento junto às Regionais de Saúde para o acesso aos mesmos. Outro fator deve-se à falta dos produtos nas Regionais de Saúde e Municípios devido ao atraso na entrega pelos fornecedores e atraso na abertura do orçamento, o que impactou o início das compras. Em relação às demandas das Farmácias do Paraná, que hoje contam com 140 mil usuários cadastrados, apesar do atraso, os demandantes foram contemplados com a dispensação dos medicamentos solicitados.

TABELA 29 – NÚMERO DE MANIFESTAÇÕES ACOLHIDAS NAS OUVIDORIAS DE SAÚDE, SEGUNDO ASSUNTO, PARANÁ – 2011-2015

ASSUNTO	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Gestão	1477	1501	2336	2296	1466	9076
Assistência Farmacêutica	1142	953	1193	1673	2326	7287
Assistência à Saúde	813	1066	764	1320	1398	5361
Recursos Humanos	30	245	662	932	1171	3040
Vigilância Sanitária	435	293	261	335	359	1683
Vigilância à Saúde	203	181	249	167	132	932
Assuntos não Pertinentes	53	146	415	178	134	926
TOTAL	4153	4385	5880	6901	6986	28305

Fonte: SESA/OGS – SIGO/PR.

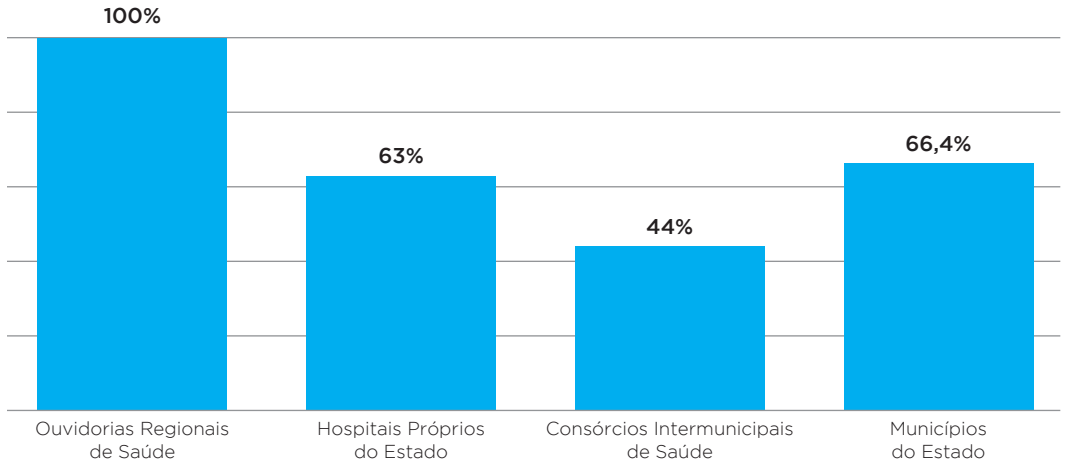
Cabe ressaltar que a resolutividade das manifestações acolhidas, ou seja, demandas concluídas junto ao usuário do SUS é em média 80%, sendo no ano de 2015 o percentual de 90%.

Com vistas a aproximar as ouvidorias dos usuários e ampliar a participação dos cidadãos na estruturação do SUS, a Ouvidoria Geral da SESA tem atuado no apoio ao processo de descentralização das Ouvidorias do SUS junto aos municípios. Esse trabalho envolve o apoio, monitoramento e a avaliação do processo de implantação e implementação das mesmas nos municípios, contando com a participação ativa de suas ouvidorias regionais de saúde junto aos municípios. É preciso ter claro que a implantação de ouvidorias de saúde é um processo lento que está intrinsecamente ligado às especificidades político-sócio-econômicas locais e regionais.

A Ouvidoria do Paraná compõe também o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS – SNO, do Departamento Nacional de Ouvidorias – DOGES/SGEP/MS.

No Gráfico 39, demonstramos o percentual atual de ouvidorias implantadas no Paraná segundo as instâncias públicas de saúde.

GRÁFICO 39 – PERCENTUAL DE OUVIDORIAS DO SUS IMPLANTADAS NO ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS INSTÂNCIAS PÚBLICAS – 2011-2015



Fonte: SESA/OGS.

A implantação das ouvidorias municipais de saúde se efetivou a partir de 2011, até então o Estado do Paraná tinha 32 ouvidorias de saúde sem processo de trabalho estabelecido. É importante destacar que em 2012, o Paraná foi um dos primeiros estados do Brasil a aprovar,

na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, uma deliberação que define critérios mínimos para a implantação de uma ouvidoria do SUS. Os critérios, quando cumpridos, contemplam e garantem o devido acesso dos usuários aos serviços da ouvidoria, sem ter que percorrer as instituições a fim de resolver suas necessidades, por vezes sem obter resultado.

Constatou-se que os municípios que implantaram a ouvidoria de saúde no Paraná foram os municípios com até 100 mil habitantes, contrariando a ideia de que os municípios maiores e com mais recursos teriam maior facilidade (Tabela 30).

TABELA 30 – NÚMERO DE OUVIDORIAS DE SAÚDE IMPLANTADAS NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ, SEGUNDO A POPULAÇÃO – 2011-2015

POPULAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE OUVIDORIAS IMPLANTADAS
Até 100 mil habitantes	381	250
De 100 mil a 500 mil habitantes	16	13
Acima de 500 mil habitantes	2	2

Fonte: SESA/OGS.

No ano de 2012, a Ouvidoria Geral da Saúde passou a compor as ações da Operação Verão, com o Projeto de Ouvidoria Itinerante cumprindo seu papel de intermediação entre a administração pública e o cidadão, divulgando a Ouvidoria do SUS, acolhendo manifestações, e realizou uma pesquisa com os veranistas sobre o acesso à ouvidoria de saúde.

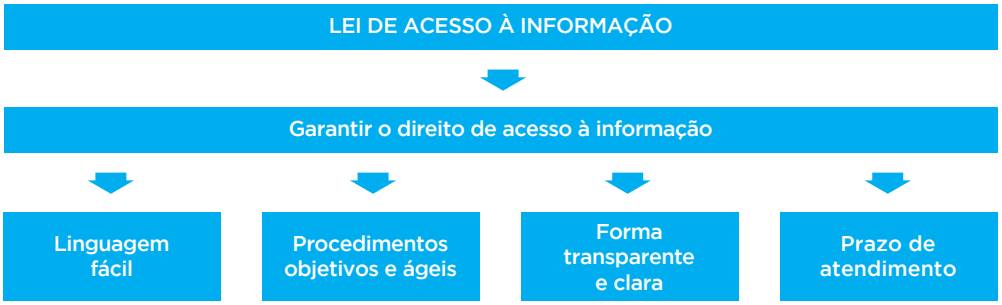
A partir da Operação Verão 2015/16, a ouvidoria itinerante não acolheu manifestações, tendo uma ação de conscientização e educativa sobre como acessar a ouvidoria de saúde. Em parceria com a Divisão de DST/AIDS, a ouvidoria também ajudou no chamamento dos veranistas para a realização dos exames/ testes rápidos de Hepatite C, Sífilis e HIV. A pesquisa foi ampliada inserindo questões sobre a satisfação da prestação de serviços do SUS.

Em 2014, a Ouvidoria Geral de Saúde do Paraná ficou como 2ª colocada entre 24 trabalhos escolhidos em nível de Brasil, do "*Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidorias do SUS*", na categoria narrativas/ relatos, apresentando a experiência da "*Ouvidoria Itinerante do SUS na Operação Verão 2012-13*".

LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

No ano de 2011, por meio da Lei Federal nº 12.527 e Decreto Federal 7.724, em 2012, foi instituída a Lei de Acesso à Informação. No Paraná, pelo Decreto Estadual nº 4.135, em maio de 2012, foi definido que a responsabilidade pela divulgação, implantação e acompanhamento do acesso à informação seria de competência das Secretarias do Controle Interno, Corregedoria e Ouvidoria e de Comunicação Social. Por meio do Decreto nº 8.020/2013, foi regulamentado o acesso à informação nos órgãos vinculados ao Poder Executivo do Paraná.

Na SESA/PR, o Serviço de Informação ao Cidadão-SIC/SESA é coordenado pela Ouvidoria Geral da Saúde e executado por um agente de informação que acolhe as solicitações no SIGO.



Desde sua implantação em 2012, foram registradas 122 solicitações pelo portal da Ouvidoria, e outras 39 solicitações pela Corregedoria do Estado, encaminhadas ao SIC-SESA.

1.10 CONTROLE SOCIAL

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, trouxeram a lume o terreno propício para que o controle social pudesse exercer seu papel de deliberação e fiscalização das ações e dos serviços de saúde, sejam eles municipais, estaduais ou nacionais.

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, com regulamentação pela Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, é composto paritariamente por 50% de representantes dos usuários de saúde, 25% de representantes de profissionais de saúde e 25% de representantes de saúde, gestores e prestadores de saúde. No total, são 72 conselheiros, sendo 36 titulares e 36 suplentes. O mesmo é coordenado por uma Mesa Diretiva composta por 8 membros com a mesma composição paritária.

Em relação à estrutura, destaca-se que o CES/PR possui uma Secretaria Executiva, instalada na sede da SESA e mantida por esta. Além disso, o Conselho conta com 1 (um) assessor por regional de saúde que atua como facilitador junto aos Conselhos Municipais, assessorando-os, sanando dúvidas e encaminhando solicitações e demandas ao Conselho Estadual, facilitando assim o fluxo de trabalho e a presença do Conselho Estadual junto aos municípios.

Atualmente, o Conselho Estadual de Saúde conta com 9 (nove) Comissões Permanentes, que discutem temas específicos e ações de saúde para servir de subsídios às Plenárias do Conselho. Segue abaixo quadro demonstrativo das Comissões e o número de participantes:

QUADRO 9 – COMISSÕES PERMANENTES DO CES-PR E NÚMERO DE INTEGRANTES – DEZEMBRO 2015

COMISSÃO	Nº DE INTEGRANTES
Comissão de Assistência e Acesso ao SUS	25
Comissão de DST/AIDS	12
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos	12
Comissão de Orçamento	21
Comissão de Saúde da Mulher	22
Comissão de Saúde do Trabalhador	14
Comissão de Saúde Mental	19
Comissão de Vigilância em Saúde	15
Comissão de Comunicação e Educação Permanente do Controle Social	20

Fonte: Conselho Estadual de Saúde-PR, dez. 2015.

Além dessas, outras Comissões Temporárias para discutir assuntos específicos podem ser criadas conforme a necessidade. Assim, o Conselho Estadual de Saúde encontra-se apto a exercer o seu papel de órgão colegiado, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde, tanto em relação às Políticas de Saúde, quanto à Gestão do SUS. Trata-se, portanto, da instância máxima na formulação e controle da Gestão do SUS no Paraná.

O Conselho Estadual de Saúde reúne-se mensalmente em reunião ordinária ou extraordinária conforme demanda apresentada .

Na relação a seguir, pode-se verificar de maneira global as ações realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde no período de 2012 a 2015, com destaque para a **11ª Conferência Estadual**

de Saúde e para o **Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais, Municipais e Secretarias Executivas de Saúde**.

- 11ª Conferência Estadual de Saúde (1200 delegados, tendo 398 propostas aprovadas e 140 delegados eleitos para a 15ª Conferência Nacional de Saúde);
- 45 Reuniões Ordinárias e 16 Reuniões Extraordinárias, com uma média de 76% de participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde;
- V Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (232 delegados, tendo 12 propostas nacionais aprovadas e 48 delegados eleitos para participar da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador);
- I Conferência Temática de Saúde da População Negra do Paraná (227 participantes);
- I Conferência Temática de Saúde da População Idosa no Paraná (243 participantes);
- I Conferência Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência no Paraná (102 participantes);
- 1º Encontro de Presidentes de Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil (38 participantes);
- III Seminário de Controle Social para o Fortalecimento da Política do SUS (234 participantes);
- Capacitação para Apoiadores do Controle Social realizado nas 4 Macrorregiões do Paraná;
- Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais, Municipais e Secretarias Executivas, realizado até o momento, em 10 (dez) Regionais de Saúde, a saber: 1ª RS – Paranaguá, 2ª RS – Metropolitana, 3ª RS – Ponta Grossa, 9ª RS – Foz do Iguaçu, 10ª RS – Cascavel, 12ª RS – Umuarama, 15ª RS – Maringá, 16ª RS – Apucarana, 17ª RS – Londrina e 22ª RS – Ivaiporã.
- 379 conferências municipais de saúde realizadas;
- 387 municípios devidamente cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde.

Anualmente, o Conselho Estadual de Saúde estabelece uma agenda mínima de pauta para as reuniões ordinárias e extraordinárias, tendo como principais temas os instrumentos de gestão orçamentários e do SUS. Há também um calendário específico para as reuniões da Mesa Diretora, MENP-SUS, Comissões Temáticas e Pleno.

O CES/PR mantém importante e imprescindível relacionamento de articulação entre os diversos setores da saúde, em que os assuntos debatidos nos eventos propostos pelo Conselho Estadual de Saúde atingem os níveis municipal, estadual, interestadual e nacional, tornando-se o CES/PR referência de consulta para esses assuntos.

Os Conselhos Municipais de Saúde ainda carecem de autonomia e infraestrutura em suas bases. Em 30 de outubro de 2015, a Secretaria de Estado da Saúde – SESA, por meio da Resolução SESA nº 463/2015, instituiu o Programa Estadual de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde – PQCMS. Essa ação, **inédita no país, teve 98% de adesão por parte dos municípios**. O componente do Programa inclui investimento de custeio no valor total de R$ 3.500.000,00 (três milhões e meio de reais), recurso esse do Tesouro Estadual. Esse capital deve ser utilizado exclusivamente para a aquisição de equipamentos multimídia e materiais de expediente, além de locações de espaços para reuniões e capacitações de conselheiros.

2

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 01	Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense
DIRETRIZ 02	Fortalecimento da Rede Paraná Urgência
DIRETRIZ 03	Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental
DIRETRIZ 04	Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal
DIRETRIZ 05	Implantação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD)
DIRETRIZ 06	Implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso
DIRETRIZ 07	Qualificação da Atenção Primária à Saúde
DIRETRIZ 08	Melhoria do Acesso e do Cuidado às Áreas de Atenção Inclusivas
DIRETRIZ 09	Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde
DIRETRIZ 10	Fortalecimento da Regulação do Acesso aos Serviços do SUS
DIRETRIZ 11	Fortalecimento do Desenvolvimento Regional da Atenção à Saúde
DIRETRIZ 12	Fortalecimento da Governança Regional e Macrorregional
DIRETRIZ 13	Fortalecimento da Gestão dos Serviços Próprios
DIRETRIZ 14	Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica
DIRETRIZ 15	Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde
DIRETRIZ 16	Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde
DIRETRIZ 17	Ouvidoria como instrumento de Gestão e Cidadania
DIRETRIZ 18	Fortalecimento do Controle Social no SUS
DIRETRIZ 19	Qualificação da Gestão do Financiamento em Saúde

Este capítulo foi definido a partir da Análise de Situação de Saúde – ASIS que apontou para as prioridades e compromissos de maior relevância a serem assumidos pela gestão estadual do SUS. Como subsídio a esse Momento Estratégico, utilizou-se uma Matriz para o processo de discussão e definição, à qual foram acrescentadas as Ações previstas para o período do Plano.

Outros documentos também serviram de referência: o Relatório da 11ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, o Plano de Governo 2015-2018, o Plano Plurianual de Governo 2016-2019 e a Lei Orçamentária Anual – 2016, suas respectivas ações e recursos.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

- As **Diretrizes** expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. As diretrizes indicam as **linhas de ação a serem seguidas**, num enunciado-síntese.
- O(s) **Objetivo**(s) de cada Diretriz representa(m) os resultados desejados com a Diretriz, "**o que se quer**", "**o que se pretende**" a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados. Isso em coerência com as políticas de governo e com a viabilidade política, econômica, técnica e institucional.
- A(s) **Meta**(s) especifica(m) a magnitude da mudança desejada ou o(s) resultado(s) visado(s) com o Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta, em função da relevância destas para o seu alcance. Ao estabelecer uma Meta, deve-se considerar o estágio de referência inicial ou a situação atual que se deseja modificar, o ponto de partida – de onde se está para onde se quer chegar. Isso constitui a **Linha de Base**.
- O **Indicador** é uma variável que representa uma meta, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, coeficiente, razão). Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance das mesmas.
- As **Ações** são iniciativas de caráter estratégico a serem desenvolvidas, por meio das quais se pretende alcançar os objetivos e metas.

Assim, obteve-se num processo de discussão interna na SESA e junto à sociedade, representada pelo Conselho Estadual de Saúde, a definição de 19 Diretrizes cujo detalhamento é apresentado a seguir.

DIRETRIZ 01: Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense

OBJETIVO: Organizar e qualificar a atenção materno-infantil.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
1.1.1	Ampliar para 90% das gestantes SUS com 7 ou mais consultas no pré-natal	2014 (80,78%)	Proporção de gestantes SUS com 7 ou mais consultas de pré-natal	• Apoio técnico e financeiro para os municípios para a melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária em Saúde, investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades de Saúde da Família (USF). • Repasse de incentivo financeiro para os municípios, fundo a fundo, para custeio das ações na atenção primária, com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social, conforme Fator de Redução das Desigualdades Regionais. • Continuidade do processo de padronização da utilização da Carteira da Gestante, da Criança e Linha Guia.
1.1.2	Vincular 80% das gestantes SUS ao hospital para a realização do parto, conforme estratificação de risco	2014 (83,79%)	Proporção de gestantes SUS vinculadas ao hospital para realização do parto	• Monitoramento das referências para a estratificação de risco às gestantes e crianças com garantia da referência pré-natal, parto, puerpério. • Manutenção das referências para o atendimento hospitalar e ambulatorial para as gestantes e crianças de risco habitual, intermediário e alto risco e promoção da interação com as UBS. • Manutenção do Incentivo Financeiro de Qualidade do Parto (EQP) – para os hospitais que atenderem com qualidade aos requisitos definidos para atendimento à gestante e à criança.
1.1.3	Reduzir em 5% ao ano o Coeficiente de Mortalidade Materna, em relação ao ano anterior	2014 (41,27/ 100.000 n.v.)	Coeficiente da Mortalidade Materna/100.000 nascidos vivos	• Investimento nas unidades hospitalares, ampliando o número de leitos de UTI adulto e neonatal, nas regiões que se fizerem necessárias. • Promoção do atendimento humanizado no atendimento à gestante no pré-parto, parto e puerpério. • Acompanhamento das gestantes que apresentam risco por meio da gestão de caso.
1.1.4	Reduzir em 15% ao ano o Coeficiente de Mortalidade Infantil, em relação ao ano anterior	2014 (11,20/1.000 n.v.)	Coeficiente da Mortalidade Infantil/1.000 nascidos vivos	• Implantação da estratificação de risco das crianças de até um ano. • Ampliação dos serviços de banco de leite humano, garantindo a oferta para todas as regiões de saúde. • Acompanhamento das crianças estratificadas como alto risco por meio da gestão de caso.
1.1.5	Realizar 3 testes de sífilis nas gestantes	2014 (0,11)	Nº de testes de sífilis por gestante.	• Implementação da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde no atendimento às gestantes e crianças. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Monitoramento e avaliação.
1.1.6	Aumentar em 2% ao ano o parto normal (gestantes SUS) no Estado, em relação ao ano anterior	2014 (36,42%)	Proporção de parto normal – gestantes SUS	• Elaboração de estudos para a implantação do serviço de planejamento familiar. • Estímulo ao estabelecimento de parceria para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de caráter intersetorial e interinstitucional, com vista à redução da taxa de cesariana. • Ampliação e melhoria do encaminhamento para a realização de laqueadura pós- parto normal.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Implementação da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde no atendimento às gestantes e crianças. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade.		

DIRETRIZ 02: Fortalecimento da Rede Paraná Urgência

OBJETIVO: Garantir acesso qualificado dos pacientes em situação de urgência e emergência a um dos pontos de atenção resolutivos da Rede.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
2.1.1	Reduzir em 5 % a taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências, em relação a 2014	2014 (41,90/ 100.000 hab.)	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências/ 100.000 hab.	• Qualificação das equipes da APS para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgência e emergência e encaminhamento adequado para continuidade de tratamento dentro da rede de serviços. • Realização de educação permanente das equipes assistenciais de toda a Rede de Urgência e Emergência. • Ampliação e qualificação do componente hospitalar do SUS na área de Urgência e Emergência HOSPSUS. • Promoção da implantação da Classificação de Risco em todos os níveis de atenção da urgência. • Implantação e implementação da linha de cuidado, com prioridade para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatismos. • Implementação de grades de referências secundárias e terciárias, regionalizadas e articuladas. • Desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais na urgência e emergência em todos os pontos de atenção da Rede. • Implementação de estratégias de prevenção de agravos e eventos adversos, com foco nas maiores causas de morbimortalidade. • Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços. • Implementação do Núcleo de Educação em Urgências. • Desenvolvimento da Operação Verão anual. • Implementação do atendimento e resgate aeromédico. • Implementação do serviço de trauma/ resgate – SIATE vinculado aos SAMUs Regionais. • Implementação e consolidação da Câmara de Desastres. • Implantação e implementação de núcleos de manejo de desastres e emergências em saúde pública nas macrorregiões do Estado. • Implementação e consolidação dos SAMUs Regionais. • Implementação do serviço de transporte inter-hospitalar, qualificando o serviço e vinculando-o aos SAMUs Regionais. • Promoção e implementação de sistema de telecomunicação digital entre as Centrais de Regulação de Urgência e as Unidades Móveis de Urgência – SAMU e SIATE.
2.1.2	Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares em 2,5%, em relação ao ano de 2014, na faixa etária de 0 a 69 anos	2014 (75,52/ 100.000 hab.)	Taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos/100.000 hab. nessa faixa etária	

DIRETRIZ 03: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental

OBJETIVO: Efetivar o cuidado à saúde mental nos três níveis de atenção da Rede.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
3.1.1	Ampliar a cobertura populacional atendida, dos CAPS, para 1/100 mil habitantes	2015 (0,95)	Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por 100 mil habitantes	• Implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades, incentivando os arranjos microrregionais.
3.1.2	Ampliar até 76% o percentual de municipios do Estado com acesso ao SIMPR	2015 (111 municípios)	Percentual de municípios com acesso ao SIM-PR	• Implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial AD III e Unidades de Acolhimento. • Manutenção do repasse estadual de incentivo de custeio para o SIMPR.
3.1.3	Ampliar para até 40 leitos de saúde mental em hospital geral (Portaria GM/MS nº 148/2012)	2015 (10 leitos)	Número de leitos de saúde mental implantados	• Promoção de visitas aos hospitais com potencial para implantação dos leitos, realizando orientações, bem como sensibilização quanto a essa necessidade.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Implementação da Educação Permanente e materiais técnicos para os profissionais de saúde, com vistas à qualificação dos serviços. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Expansão do número de municípios que utilizam os instrumentos da Oficina APSUS-Saúde Mental. • Utilização de ferramenta da Gestão de Caso em Saúde Mental coordenada pela APS. • Monitoramento e avaliação da Rede de Saúde Mental. • Promoção da intersetorialidade, garantindo proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis aos transtornos mentais. • Estímulo à realização de atividades educativas com enfoque sobre o uso abusivo de álcool. • Manutenção do Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Atenção à Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. • Manutenção do repasse de recursos financeiros estaduais para a complementação de diárias de internação em Hospital Especializado. • Implantação da supervisão clínico-institucional em todos os Centros de Atenção Psicossociais, com recursos estaduais.		

DIRETRIZ 04: Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal

OBJETIVO: Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças bucais.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
4.1.1	Manter em 65% a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	2015 (64,15%)	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	• Implementação das ações de Saúde Bucal na APS e na Promoção da Saúde. • Mudança de processo de trabalho na APS, objeto da tutoria. • Aplicação do instrumento de estratificação de risco em Saúde Bucal para os grupos prioritários e classificação de risco das urgências. • Expansão do Programa de Detecção Precoce do Câncer Bucal. • Distribuição de Azul de Toluidina e Ácido Acético para as UBS. • Monitoramento dos recursos do APSUS nos Municípios que recebem incentivo financeiro, por meio do instrumento de avaliação. • Promoção de atendimento à pessoa com deficiência de forma prioritária. • Monitoramento das ações de fluoretação das águas de abastecimnto em conjunto com a Vigilância Ambiental.
4.1.2	Reduzir em 10% o percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores	2015 (3,5%)	Proporção de exodontias sobre procedimentos restauradores	• Distribuição de cimento de ionômero de vidro aos Municípios selecionados. • Mudança de processo de trabalho na APS – Tutoria APSUS.
4.1.3	Implantar 4 (quatro) referências para atendimento hospitalar nas Macrorregiões	2015 (0)	Nº de Macrorregiões com referência Hospitalar implantada	• Implementação das ações da Saúde Bucal na Atenção Secundária e Terciária. • Promoção do atendimento à pessoa com deficiência em nível hospitalar. • Prestação de atendimento às Emergências Odontológicas.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Implantação do processo regulador de monitoramento e avaliação dos CEOs Estaduais.		

DIRETRIZ 05: Implantação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD)

OBJETIVO: Articular, nos pontos de atenção à saúde, a promoção, prevenção, assistência, adaptação e reabilitação para pessoas com deficiência.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
5.1.1	Realizar Teste do Pezinho em 100% dos nascidos vivos no Estado	2015 (100%)	Percentual de nascidos vivos que realizaram o teste do pezinho	• Implementação de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências vinculadas ao teste do pezinho. • Implantação do SIDORA – tornando obrigatório o cadastro de pessoas com síndromes e doenças raras no Paraná, para identificar e desenvolver ações de atendimento imediato a essa demanda.
5.1.2	Realizar o exame de Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos em Hospitais e maternidades (Lei 12.303/2010 – obrigatória a realização gratuita em todos os Hospitais e maternidades)	2015 (0)	Percentual de nascidos vivos que realizaram o Teste de Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva, nos hospitais da Rede Mãe Paranaense	• Implantação de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências vinculadas à triagem auditiva.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Implementação da Educação Permanente para melhoria do atendimento à Pessoa com Deficiência, de forma descentralizada, de modo que todas as regiões do Estado tenham fácil acesso. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, preventivos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Acompanhamento da produção referente aos procedimentos dos estabelecimentos habilitados SUS para atendimento da Pessoa com Deficiência, inclusive das ações e serviços prestados pelo CRAID e CAIF. • Investimentos em estrutura e equipamentos em Unidades de Saúde do SUS, observada a acessibilidade do usuário. • Repasse de incentivo financeiro aos municípios, para aquisição de um conjunto de equipamentos de fisioterapia para as unidades de saúde ou NASF que disponham de fisioterapeuta. • Desenvolvimento de metodologia para registro de dados referentes ao Teste do Olhinho, Teste do Coraçãozinho e Teste da Orelhinha. • Monitoramento da realização do Teste do Olhinho em nascidos vivos pelo SUS.		

DIRETRIZ 06: Implantação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso

<table>
<tr><th colspan="4">OBJETIVO: Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.</th></tr>
<tr><th colspan="2">Meta 2016-2019</th><th>Linha de Base</th><th>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</th><th>Ações 2016-2019</th></tr>
<tr><td>6.1.1</td><td>Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) em relação a 2015</td><td>2015 (353,15/ 100.00 hab.)</td><td>Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas) por 100 mil habitantes nessa faixa etária</td><td rowspan="2">• Implantação e implementação da RAISI, com todos os seus pontos de atenção.
• Desenvolvimento de estratégias para prevenção das doenças e condições prevalentes na população idosa.
• Estímulo à implantação da atenção domiciliar para atendimento da população idosa.
• Implantação do Programa para Cuidados Continuados Integrados.
• Incorporação de medicamentos, procedimentos e insumos apropriados à população idosa.
• Desenvolvimento de estratégias de educação em saúde dirigidas à comunidade.
• Estímulo à vacinação de idosos conforme recomendações específicas para a faixa etária.
• Promoção da articulação intersetorial, visando oferecer segurança à população idosa e oportunidade de participação social.</td></tr>
<tr><td>6.1.2</td><td>Manter em até 32% as internações por condições sensíveis a APS, na faixa etária acima de 60 anos</td><td>2015 (32,49%)</td><td>Proporção de internações por causas evitáveis, na faixa etária acima de 60 anos</td></tr>
<tr><td>6.1.3</td><td>Ampliar a implantação e implementação da estratificação de risco para Fragilidade de idosos para 80% dos municípios do Estado</td><td>2015 (40%)</td><td>Percentual de municípios do Estado com estratificação de risco para Fragilidade de idosos implantada e implementada</td><td>• Sensibilização dos gestores para adesão à estratégia de estratificação de risco para Fragilidade do idoso.
• Monitoramento do processo de estratificação, envolvendo a SESA (nível central, Regionais de Saúde) e municípios.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ações que contemplam todas as metas da Rede:</td><td colspan="3">• Promoção da educação permanente e/ou continuada em Saúde do Idoso.
• Elaboração e distribuição de materiais técnicos e preventivos para os profissionais de saúde e sociedade com vistas à saúde do idoso.
• Sensibilização dos gestores para adesão à Avaliação Multidimensional do Idoso na APS.
• Monitoramento do processo de implantação da Avaliação Multidimensional do Idoso na APS.</td></tr>
</table>

DIRETRIZ 07: Qualificação da Atenção Primária à Saúde

OBJETIVO: Qualificar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
7.1.1	Ampliar para 87% a cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	2015 (86,71%)	Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	• Monitoramento, planejamento e implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS como estratégia de diagnóstico, planejamento e implementação de ações de saúde nos 399 municípios do Paraná.
7.1.2	Reduzir para 28% as internações por causas sensíveis da Atenção Primária	2014 (29%)	Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Primária	• Implantação e implementação de protocolos e fluxos de atendimento. • Monitoramento e avaliação do cuidado às doenças sensíveis à Atenção Primária.
7.1.3	Atingir a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,65 ao ano, na população-alvo	2015 (0,54)	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	• Monitoramento e avaliação dos prestadores do SUS na realização da citologia de colo do útero. • Monitoramento do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN. • Monitoramento e intensificação da coleta de citologia do colo do útero na população feminina, prioritariamente na faixa de 25 a 64 anos. • Aquisição e distribuição dos Kits de exames citopatológicos de colo de útero. • Rastreamento de mulheres para as ações de controle do câncer do colo do útero na APS.
7.1.4	Manter a razão de mamografias realizadas na população-alvo em 0,40 ao ano	2015 (0,39)	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária	• Monitoramento e intensificação da realização de mamografias na população feminina, prioritariamente na faixa de 50 a 69 anos. • Rastreamento de mulheres para as ações de controle do câncer de mama na APS.
7.1.5	Obter 80% de adesão das Unidades de Saúde/ Centro de Saúde no processo de Tutoria	2015 (1%)	Percentual de adesão das UBS/ Centro de Saúde no processo de Tutoria	• Sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para adesão no Processo de Tutoria. • Monitoramento do processo de Tutoria, visando à certificação.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais da APS. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Estímulo e estabelecimento de parcerias para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de caráter intersetorial e interinstitucional. • Manutenção do fornecimento de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP e de Ventilação Não Invasiva Domiciliar. • Manutenção do Incentivo ao Transporte Sanitário. • Implementação da estratégia da Segunda Opinião Formativa.		

DIRETRIZ 08: Melhoria do Acesso e do Cuidado às Áreas de Atenção Inclusivas

OBJETIVO: Possibilitar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços às áreas inclusivas no âmbito do SUS (população negra, indígena, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, migrante, acampados e assentados e outros).				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
8.1.1	Acompanhar até 100% das gestantes indígenas com a Gestão de Caso implantada	2015 (100%)	Percentual de Gestantes e crianças de até 1 ano de vida com acompanhamento	• Implementação da metodologia de gestão de caso para acompanhamento das gestantes e crianças de até 1 ano de vida.
8.1.2	Implantar o Programa Nacional de Anemia Falciforme nas 22 Regionais de Saúde	2015 (0)	Número de Regionais de Saúde com o programa implantado	• Divulgação da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias nas Regionais de Saúde. • Levantamento dos serviços já existentes para atendimento das pessoas com Doença Falciforme no Estado.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		• Implementação da Educação Permanente por meio de ações de capacitação para os profissionais para o acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade no âmbito do SUS. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Promoção da articulação intra e intersetorial, com vistas a ampliar o acesso das populações vulneráveis às polícias públicas. • Manutenção do Incentivo Estadual para Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) aos municípios que fizeram a adesão ao incentivo. • Manutenção do Incentivo para os municípios sede de CENSE para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde, conforme previsto no POE. • Manutenção de parcerias e estabelecimento de novas, conforme necessidade, com instituições governamentais e não governamentais para ações de saúde voltadas à população privada de liberdade, grupos de risco social, e outros.		

DIRETRIZ 09: Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde

OBJETIVO: Promover a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
9.1.1	Estruturar serviços em hospitais de referência para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual, nas 22 Regiões de Saúde	2015 (01 Região de Saúde)	Número de Regiões de Saúde com serviços estruturados em hospitais de referência, vinculados ao cadastro no CNES/serviço especializado 165/ classificação 001	• Sensibilização dos gestores e profissionais de saúde sobre a legislação e normas do serviço especializado 165 no CNES. • Divulgação e disponibilização do Protocolo para Atendimento Integral às pessoas em situação de violência sexual, aos serviços de saúde.
9.1.2	Manter em 80% o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	2014 (78,91%)	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde	• Implementação e monitoramento das ações da área de Alimentação e Nutrição. • Monitoramento da situação alimentar e nutricional dos beneficiários do PLC. • Implementação do trabalho das Comissões Intersetoriais do Programa Bolsa Família. • Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde. • Promoção de ações de educação em saúde para os usuários do SUS. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Qualificação de pedagogos e professores no Programa Saber Saúde, por meio da modalidade EAD, nas seguintes temáticas: Tabagismo; Uso Abusivo do Álcool; Alimentação Saudável; Atividade Física; Exposição Solar. • Incentivo à utilização da tecnologia do Cuidado Compartilhado nas equipes de Atenção Primária à Saúde e com a elaboração dos planos de autocuidado apoiado junto aos usuários. • Estruturação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Atenção à Saúde às Pessoas em Condição Crônica. • Promoção da intersetorialidade no desenvolvimento das Ações.
9.1.3	Ampliar para 70% o acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias do Programa Leite das Crianças	2015 (20%)	Percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo PLC	
9.1.4	Realizar 15 iniciativas anuais voltadas à Promoção da Saúde para usuários, gestores e profissionais da saúde	2015 (10)	Número de iniciativas realizadas	

DIRETRIZ 10: Fortalecimento da Regulação do Acesso aos Serviços do SUS

OBJETIVO: Propiciar o acesso qualificado do paciente ao serviço médico adequado, no tempo oportuno.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
10.1.1	Ampliar para 100% o acesso de toda a população SUS à regulação de urgência	2015 (80%)	Proporção da população vinculada à Regulação de Urgência	• Implantação efetiva da Norma Operacional de Regulação (Deliberação CIB PR nº 363/2013, ou a que vier a substituí-la) como referência técnica operacional para organização do Complexo Regulador do Estado do Paraná. • Estruturação e organização do Complexo Regulador do Estado do Paraná, mediante disponibilização de estrutura física compatível nas sedes de macrorregião de saúde. • Adoção de sistema operacional de regulação específico para atendimento da demanda de acesso dos pacientes nas diferentes modalidades: atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar/ internação e atendimento eletivo – consultas e procedimentos. • Instituição de protocolos de regulação baseados em evidências científicas para qualificação da demanda, priorização de atendimento e elegibilidade para acesso eletivo. • Implantação de modelo de gestão do Complexo Regulador do Estado do Paraná com mediação da SESA, a fim de garantir a integralidade da assistência. • Instituição de protocolo de interface entre a regulação de urgência e de leito especializado. • Implementação da integração do registro de informações de regulação da urgência com os diversos componentes da Rede, por meio de sistema de informação unificado. • Análise e compatibilização da oferta de serviços com a demanda assistencial, baseada nos indicadores epidemiológicos. • Realização da gestão de contratos de prestadores, vinculando-os às Redes de Atenção e Linhas de Cuidado. • Implementação da regulação médica do acesso dos pacientes aos diferentes pontos da Rede.
10.1.2	Manter em 100% a regulação das internações em Leitos SUS	2015 (100%)	Proporção de Leitos Regulados	

DIRETRIZ 11: Fortalecimento do Desenvolvimento Regional da Atenção à Saúde

OBJETIVO: Qualificar a atenção ambulatorial secundária gerenciada pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, contribuindo para a estruturação dos Centros de Especialidades e a organização das Redes de Atenção à Saúde prioritárias para a SESA destinadas a atender à saúde da população usuária do SUS.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
11.1.1	Repassar recursos financeiros para construir, ampliar ou reformar 8 Centros de Especialidades do Paraná – CEPs	2015: 11 CEPs em funcionamento ou em obras	Número de CEPs que receberão repasse de recursos financeiros para construção, ampliação ou reforma	• Realização de convênios ou outro tipo de transferência para construção, ampliação e reforma de Centros de Especialidades, em parceria com os CIS ou Prefeituras Municipais, visando melhorar a qualidade do atendimento e o acesso da população usuária do SUS. • Monitoramento e avaliação dos convênios.
11.1.2	Repassar recursos financeiros para aquisição de equipamentos para 11 CEPs	2015: 09 CEPs com equipamentos	Número CEPs que receberão repasse financeiro para aquisição de equipamentos	• Realização de convênios para repasse de recursos financeiros, visando à aquisição de equipamentos para os CEPs. • Monitoramento e avaliação dos convênios.
11.1.3	Manter 20 Convênios do Programa COMSUS	2015: 20 Convênios existentes	Número de Convênios realizados entre a SESA e os CIS	• Manutenção do Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – COMSUS, mediante o repasse de recursos financeiros. • Monitoramento e avaliação do Programa.
11.1.4	Realizar 01 curso de especialização em gerenciamento de CIS	2014: 1 curso de aperfeiçoamento	Número de cursos de especialização em CIS realizados	• Participação na elaboração e no desenvolvimento de curso de qualificação gerencial para os CIS, em parceria SESA e CIS.
11.1.5	Implantar o modelo de atenção às condições crônicas por meio das seguintes Linhas de Cuidado – LC: hipertensão arterial e diabetes, gestação de alto risco, atenção aos idosos	2015: 02 CEPs com Linhas de Cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Maringá e Toledo)	Número de CEPs com Linhas de Cuidado implantadas	• Pactuação da adesão das equipes da AAE e da APS ao novo modelo. • Identificação das UAPS que estão em processo de tutoria da APS e das que iniciarão o processo. • Definição, com as equipes, do fluxograma de atendimento. • Definição, com as equipes da AAE e da APS, de como será o agendamento, de modo que o usuário seja vinculado à equipe da AAE. • Definição dos papéis da equipe multiprofissional. • Acompanhamento e avaliação do processo.

DIRETRIZ 12: Fortalecimento da Governança Regional e Macrorregional

OBJETIVO 1: Fortalecer a CIB Estadual e as CIBs Regionais.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
12.1.1	Manter a realização das reuniões da CIB Estadual, Grupos Técnicos e das CIBs Regionais	2015: 06 reunões da CIB Estadual 10 reuniões por CIB Regional	Número de reuniões realizadas	• Elaboração das pautas para as reuniões da CIB Estadual e para os Grupos técnicos em conjunto SESA e COSEMS. • Provimento das condições de infraestrutura para a realização das reuniões, tanto da CIB Estadual, quanto de Grupos Técnicos e CIBs Regionais. • Atualização, após as reuniões, do link da CIB/PR no site da SESA. • Manutenção do convênio SESA/COSEMS, visando ao aprimoramento das instâncias de governança regional e estadual do SUS.
12.1.2	Transmitir 10 reuniões da CIB Estadual via Web	0	Número de transmissões realizadas	• Estruturação, via WEB, das transmissões das reuniões da CIB Estadual. • Orientação dos apoiadores regionais para as CIBs sobre a dinâmica de funcionamento para a transmissão. • Divulgação via site da SESA, no link da CIB, do endereço de acesso.
12.1.3	Realizar encontros por macrorregião para as 22 CIBs Regionais	0	Número de encontros realizados	• Provimento, em conjunto com as regionais que sediarão o encontro, da infraestrutura necessária. • Definição, em conjunto com a Regional de Sáude e CRESEMS/COSEMS, da pauta a cada encontro. • Elaboração de relatórios por encontro para subsidiar a CIB Estadual.
12.1.4	Acolher os novos gestores municipais do SUS que tomarão posse em janeiro de 2017	01 encontro realizado em 2013	Número de encontros realizados	• Elaboração, em conjunto SESA/COSEMS, da pauta de discussão definindo a programação do evento: seminários, oficinas, mesas-redondas, etc. • Provimento da infraestura necessária para a realização do evento, como: espaço físicio de acordo com o número estimado de participantes, contratação de empresa para serviços de multimídia, espaço de divulgação de trabalhos, divulgação do evento na página da SESA e COSEMS.
OBJETIVO 2: Implantar sistema de governança macrorregional das Redes de Atenção à Saúde.				
Meta 2016–2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
12.2.1	Implantar 08 comitês macrorregionais para governança da Rede Mãe Paranaense e Rede Paraná Urgência	0	Número de Comitês implantados	• Instituição do Comitê Executivo macrorregional na CIB Estadual. • Realização de encontros mensais macrorregionais dos Comitês Executivos. • Monitoramento trimestral do Painel de Bordo de cada Rede de Atenção à Saúde. • Apresentação semestral, na CIB Estadual, do Relatório das Atividades dos Comitês Executivos Macrorregionais.

DIRETRIZ 13: Fortalecimento da Gestão dos Serviços Próprios

OBJETIVO 1: Investir em infraestrutura das Unidades Próprias.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
13.1.1	Construir 2 novas Unidades Hospitalares (Hospital Zona Oeste de Londrina e Hospital de Ivaiporã)	2015: Zona Oeste de Londrina – em fase de tratativa de doação do terreno; Ivaiporã – projetos arquitetônico, executivo e complementar, segundo Relatório de Vistoria de Obra de 04/12/2015, com 20% concluído	Nº de Unidades construídas	• Monitoramento e avaliação do processo de regularização de terreno; • Monitoramento e avaliação do processo de elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares; • Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
13.1.2	Concluir 2 Unidades Hospitalares (Hospital de Guarapuava e Hospital de Telêmaco Borba)	2015: Guarapuava – 1,93% de serviços executados Telêmaco – 5,76% de serviços executados	Nº de Unidades concluídas	• Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
13.1.3	Construir as sedes de 05 Regionais de Saúde	2015: Fase de implantação dos projetos complementares	Nº de sedes de Regionais de Saúde Construídas: Foz do Iguaçu e Umuarama em 2016, Francisco Beltrão e Toledo em 2017 e Maringá em 2019	• Contratação dos Projetos. • Implantação dos Projetos nas Regionais de Saúde. • Instrução de processo licitatório para contratação da obra • Assinatura de Contrato. • Acompanhamento das medições concluídas por fase da obra. • Entrega da obra. • Contratação de Projeto de Ambiência "layout" padrão da estrutura administrativa das Unidades.
13.1.4	Ampliar e/ou reformar as sedes de 05 Regionais de Saúde	2015: Projeto em licitação pela Paraná Edificações (PRED)	Nº de sedes de Regionais de Saúde Ampliadas: Campo Mourão e Cornélio Procópio em 2016, Ponta Grossa, Guarapuava e Londrina em 2017	• Contratação dos Projetos. • Implantação dos Projetos nas Regionais de Saúde. • Instrução de processo licitatório para contratação da obra. • Assinatura de Contrato. • Acompanhamento das medições concluídas por fase da obra. • Entrega da obra. • Contratação de Projeto de Ambiência "layout" padrão da estrutura administrativa das Unidades.
13.1.5	Construir, ampliar e/ou reformar unidades técnico-administrativas da SESA (Anexo prédio sede)	Aguardando Unificação dos terrenos – abril/2016	Anexo ao prédio sede da SESA construído	• Instrução de processo licitatório para contratação da obra. • Assinatura de Contrato. • Acompanhamento das medições concluídas por fase da obra. • Entrega da obra. • Contratação de Projeto de Ambiência "layout" padrão da estrutura administrativa das Unidades.
13.1.6	Construir, ampliar e/ou reformar unidades técnico-administrativas da SESA (Complexo Regulador, Escola de Saúde Pública do Paraná)	Aguardando regularização do terreno	Nº de obras de unidades técnico-administrativas localizadas na capital, construídas, ampliadas e/ou reformadas	• Instrução de processo licitatório para contratação da obra. • Assinatura de Contrato. • Acompanhamento das medições concluídas por fase da obra. • Entrega da obra. • Contratação de Projeto de Ambiência "layout" padrão da estrutura administrativa das Unidades.
13.1.7	Estruturar e reestruturar 100% das unidades técnico-administrativas da SESA com equipamentos e materiais permanentes	Processo de Aquisição em fase inicial de instrução (Abril/2016)	Percentual das unidades administrativas equipadas	• Aquisição e distribuição de equipamentos e materiais permanentes às unidades da SESA.
13.1.8	Adquirir 300 veiculos para reposição da frota da rede	Processo de Aquisição em fase inicial de instrução (Abril/2016)	Nº de veículos adquiridos e distribuídos às Unidades Administrativas da SESA	• Aquisição e distribuição de veículos às unidades da SESA.

OBJETIVO 2: Aprimorar os processos de trabalho nos serviços próprios.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
13.2.1	Atingir no mínimo 70 % na taxa de ocupação hospitalar	2015 (61%)	Taxa de Ocupação Hospitalar	• Promoção da regulação dos leitos ativos. • Realização da gestão dos leitos. • Otimização das cirurgias e salas cirúrgicas. • Implementação da alta programada. • Aquisição de Equipamentos. • Monitoramento do cumprimento do objeto de parcerias para gerência das unidades assistenciais próprias. • Realização de estudo para reavaliação do perfil assistencial de hospitais próprios com menos de 50 leitos e especializados. • Aperfeiçoamento do processo de gestão de hospitais públicos estaduais selecionados, por meio da assinatura de Contrato de Gestão entre a SESA e a FUNEAS, do acompanhamento de sua execução, e de sua avaliação.
13.2.2	Atingir no mínimo 68% de produtividade hospitalar	2015 (66%)	Taxa de Produtividade Hospitalar	
13.2.3	Implementar 90% do Programa de Segurança do Paciente até 2019	2015 (42%)	Percentual de implementação do Programa	• Educação permanente dos profissionais. • Implementação das ações do Programa de Segurança do Paciente.
13.2.4	Aumentar para 96 por milhão de habitantes o índice de notificação de morte encefálica (ME)	IBGE 2015: 75 por milhão de habitantes	Índice de notificação por morte encefálica (ME)	• Destinação de fonte de financiamento para CIHDOTTs. • Alinhamento dos serviços e políticas de transplantes de órgãos. • Realização de busca ativa de potenciais doadores nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). • Sensibilização da população sobre a importância da doação. • Implementação de ações relacionadas ao desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) no âmbito da Educação Permanente em Saúde e nos processos relativos à mesma.
13.2.5	Aumentar para 28 por milhão de habitantes o índice de doação de órgãos por morte encefálica (ME)	2015: 22 por milhão de habitantes	Índice de doação por morte encefálica (ME)	
13.2.6	Aumentar para 90% a cobertura transfusional do SUS pela Rede HEMEPAR	2015 (84%)	Percentual de cobertura transfusional do SUS pela Rede HEMEPAR	• Mapeamento das necessidades e prioridades de cada unidade da Hemorrede. • Manutenção das parcerias com os consórcios para gestão de sete unidades da Hemorrede. • Manutenção de convênios com as universidades (Universidade Estadual de Maringá-UEM e Universidade Estadual de Londrina-UEL) e a Fundação Itaiguapi de Foz do Iguaçu. • Investimentos em infraestrutura física e de equipamentos, com base nas necessidades e demandas. • Implantação do sistema WEB do ciclo do sangue. • Capacitação de profissionais da Hemorrede.
OBJETIVO 3: Aprimorar a gestão dos hospitais universitários públicos estaduais.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
13.3.1	Atingir no mínimo as seguintes taxas de ocupação: HU – UEL – 87,70%, HU – UEM – 79,54%, HU – UNIOESTE – 83,65%, HU – UEPG – 87,70%. Fonte: PPA 2016-2019, com base nas metas das Iniciativas relativas aos HU.	2015: (Taxas de Ocupação alcançadas) HU – UEL – 84,11%, HU – UEM – 84,06%, HU – UNIOESTE – 89,16%, HU – UEPG – 54,76%.	Taxa de Ocupação Hospitalar	• Investimentos em Infraestrutura física. • Aquisição de Equipamentos. • Implantação de novas tecnologias. • Realização de concurso e nomeação de novos servidores.

DIRETRIZ 14: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica

OBJETIVO 1: Promover o acesso da população paranaense aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
14.1.1	Ampliar em 4% ao ano a distribuição de medicamentos, soros, vacinas e insumos padronizados nas políticas públicas e sob responsabilidade de gerenciamento estadual	Distribuição de 2015 = 163 milhões de unidades	Nº de unidades distribuídas	• Aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos, soros, vacinas e insumos padronizados nas políticas públicas e sob responsabilidade de gerenciamento estadual.
14.1.2	Manter o repasse de recursos financeiros ao Consórcio Intergestores Paraná Saúde para a execução das contrapartidas estadual e federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF, para aquisição centralizada de medicamentos	2015 (02 convênios)	Nº de Convênios em execução	• Elaboração dos processos administrativos para a transferência dos recursos financeiros, do Fundo Estadual de Saúde/ SESA ao Consórcio Intergestores Paraná Saúde. • Monitoramento e avaliação da execução dos convênios.
14.1.3	Repassar os recursos financeiros referentes à contrapartida estadual do CBAF a 100% dos municípios não consorciados	2015 (5 municípios)	Nº de municípios não consorciados com o repasse do recurso efetuado	• Elaboração do processo administrativo para a transferência dos recursos financeiros, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. • Monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos.
14.1.4	Implantar a consulta farmacêutica nas farmácias das 22 Regionais de Saúde	0	Nº de farmácias das Regionais de Saúde com Consulta Farmacêutica implantada	• Definição do modelo de consulta farmacêutica a ser implantado. • Capacitação dos farmacêuticos e equipes de apoio para a implantação das consultas farmacêuticas em todas as farmácias das Regionais de Saúde.
OBJETIVO 2: Estruturar as farmácias e as centrais de abastecimento farmacêutico das regionais de saúde da SESA e o CEMEPAR.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
14.2.1	Estruturar 10 farmácias e 12 centrais de abastecimento farmacêutico das Regionais de Saúde e o CEMEPAR	Estruturadas 12 farmácias e 10 Centrais de Abastecimento Farmacêutico - CAF (2011-2015)	Nº de unidades estruturadas	• Adequação (reforma, ampliação ou construção) das farmácias, das centrais de abastecimento farmacêutico das Regionais de Saúde e do Centro de Medicamentos da SESA, em conformidade com as diretrizes do Programa Farmácia do Paraná.
OBJETIVO 3: Qualificar a Assistência Farmacêutica.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
14.3.1	Capacitar os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica no Estado do Paraná, por meio de 30 eventos	Realização de 30 eventos de capacitação (2012-2015)	Nº de capacitações realizadas	• Elaboração do plano de educação permanente para a Assistência Farmacêutica. • Planejamento dos eventos de capacitação a serem ofertados, com fomento das estratégias de ensino à distância, capacitações por videoconferências e valorização das estratégias de capacitação descentralizadas. • Realização dos eventos de capacitação.
14.3.2	Manter o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica - IOAF aos 399 municípios paranaenses	2015 (399 municípios)	Nº de municípios que aderiram ao IOAF	• Repasse dos recursos aos municípios contemplados e que aderiram ao IOAF. • Monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos.

DIRETRIZ 15: Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde

OBJETIVO 1: Analisar a situação de saúde, identificar e controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à prevencão e promoção da saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância laboratorial.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
15.1.1	Investigar 93% dos óbitos infantis e 95% fetais	2015: Infantis = 90,48% Fetais = 93%"	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	• Criação do GTARO (Grupo de Trabalho de Agilização da Investigação de Óbito) em todas as Regionais de Saúde. • Validação amostral das investigações das esferas municipais. • Monitoramento mensal das investigações dos óbitos por meio de relatório. • Fortalecimento do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação.
15.1.2	Investigar 100% dos óbitos maternos	2015 (97%)	Proporção de óbitos maternos investigados	• Criação do GTARO (Grupo de Trabalho de Agilização da Investigação de Óbito) em todas as Regionais de Saúde. • Validação amostral das investigações das esferas municipais. • Monitoramento mensal das investigações dos óbitos por meio de relatório. • Fortalecimento do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação.
15.1.3	Investigar 97% dos óbitos em mulheres em idade fértil - MIF	2015 (96,8%)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	• Criação do GTARO em todas Regionais de Saúde. • Validação amostral das investigações das esferas municipais. • Monitoramento mensal das investigações dos óbitos por meio de relatório. • Fortalecimento do processo de investigação, cumprindo o tempo máximo determinado.
15.1.4	Monitorar 80% dos casos novos notificados no SINAN, de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade	2015 (583 casos novos notificados – 45% Monitorados)	Proporção de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade notificados e avaliados com tratamento adequado ao nascer	• Realização de 01 seminario anual para profissionais das referências e APS, atualizando as informações, tratamento e fluxos de acordo com os protocolos vigentes, conforme planejamento. • Capacitações técnicas, integradas com a APS e Controle Social. • Monitoramento mensal dos sistemas de informação. • Realização de testes rápidos na rotina e campanhas anuais de Testes Rápidos na Operação Verão.
15.1.5	Alcançar coberturas vacinais do Calendário Básico de Vacinação em 70% dos municípios	2015 (66,66%)	Percentual de municípios do Estado com cobertura vacinal adequadas para as vacinas do calendário básico da criança	• Apoio técnico às Regionais de Saúde e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas às metas e aos indicadores de coberturas vacinais (planejamento, monitoramento mensal e avaliação trimestral). • Gerenciamento mensal do sistema de informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação. • Promoção de ações de educação permanente, em parceria com Regionais e municípios. • Estímulo à busca ativa dos usuários com esquema de vacinação incompleto em tempo oportuno. • Elaboração de materiais informativos sobre imunização para distribuição em estabelecimentos de interesse da saúde pública. • Acompanhamento e avaliação bimestral da indicação de imunobiológicos especiais pelo CRIE.

Meta 2016-2019		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2016-2019
15.1.6	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 85%	2015 (78,5%)	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	• Capacitações das Unidades de Saúde em Manejo Clínico com formação de multiplicadores, dos serviços de referência em Manejo Clínico de TBDR, e sobre o manejo clínico coinfeção TB HIV. • Desenvolvimento de ações integradas, como Tratamento Diretamente Observado (TDO), junto aos serviços de saúde para o aumento de cura dos casos novos e busca dos sintomáticos respiratórios. • Realização de visitas de monitoramento aos municípios prioritários para o PECT. • Monitoramento de banco do SINAN, com oficinas de qualificação dos dados.
15.1.7	Aumentar a proporção de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose para 90%	2015 (87,2%)	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	• Fornecimento pelo SUS do exame anti-HIV (sorologia ou teste rápido) a todos os casos novos de tuberculose diagnosticados. • Realização de capacitação permanente em saúde com as equipes técnicas integradas no processo.
15.1.8	Manter em 96%, no mínimo, a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	2015 (96,11%)	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	• Realização de Cursos: de formação/ atualização de codificadores de causa básica do óbito, de investigação de causa básica mal definida. • Criação da Rede Estadual de Serviços de Verificação de Causa de Óbito (SVO).
15.1.9	Encerrar a investigação de pelo menos 80% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), registrados no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	2015 (79%)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	• Retroalimentação junto às áreas técnicas da Secretaria Estadual da Saúde e municípios, para encerramento oportuno. • Educação Permanente para os profissionais da vigilância e assistência sobre as DNCI.
15.1.10	Reduzir para menos de 01 caso para cada 100 mil habitantes a incidência de AIDS em menores de 5 anos	1/100 mil habitantes na faixa etária de menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade na população da mesma faixa etária/100.000 hab.	• Capacitação/Sensibilização dos profissionais para ampliar a testagem para o HIV e AIDS e o diagnóstico precoce. • Descentralização dos testes rápidos, pelo envio da testagem para as RS e serviços de saúde, e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST. • Capacitação e atualização anual para profissionais da rede de referência, APS e Controle Social, visando à redução das DST e identificação de casos de violência em menores de cinco anos. • Monitoramento mensal e avaliação dos sistemas de informação. • Realização e incentivo às campanhas alusivas ao tema para mobilização e sensibilização da população e profissionais de saúde, salientando a importância da adesão ao TARV para atingir a carga viral indetectável, reduzindo a cadeia de transmissão.
15.1.11	Aumentar em até 5% as Unidades de Saúde que notificam violência interpessoal e autoprovocada	2015 (1.116)	Percentual de unidades novas implantadas	• Incentivo Financeiro e apoio técnico para implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz (NPVPS). • Capacitações integradas com a APS para a implementação da notificação em serviços de saúde e apoio à notificação intersetorial nos municípios. • Monitoramento mensal e avaliação dos dados dos sistemas de informação.

Meta 2016-2019		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2016-2019
15.1.12	Atingir 100% dos municípios, executando todas as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias	2015 (98,49%)	Percentual dos municípios, executando todas ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação vigente	• Monitoramento dos registros dos procedimentos de vigilância sanitária no SIASUS e no SIEVISA. • Orientações e capacitações quanto ao preenchimento das ações nos Sistemas. • Elaboração de Informes técnicos sobre o SIASUS e envio destes ao COSEMS-PR, ao Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde. • Monitoramento do Cadastro de Estabelecimentos sujeitos a VISA. • Instauração de processos administrativos de VISA. • Inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA. • Realização de atividades educativas para populacão e para o setor regulado.
15.1.13	Ampliar em 5 pontos percentuais a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	2015 (87,01%)	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	• Viabilização do suporte laboratorial para as análises de água. • Manutenção da REDE AGUALAB, sob coordenação do LACEN, nas onze Regionais de Saúde, nas quais existem laboratórios de referência para análise de água (7ª; 8ª; 9ª; 11ª; 13ª; 14ª; 16ª; 18ª; 19ª; 20ª; 22ª). • Manutenção de parceria com Universidades Públicas Estaduais (UEPG; UNICENTRO; UNIOESTE; UEM; UEL e FAFIUV), como referência para realização de análises de água nos municípios de oito Regionais de Saúde (3ª, 4ª, 5ª, 10ª, 12ª, 15ª,17ª, 21ª), para os parâmetros microbiológico, turbidez e flúor. • Realização de educação permanente aos coordenadores técnicos do VIGIAGUA das 22 RS. • Sensibilização e capacitação para que todos os municípios e Regionais de Saúde operem a nova Plataforma do SISAGUA. • Implantação de metodologia para realização de inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água. • Monitoramento e Avaliação contínua das ações relacionadas às análises de água.
15.1.14	Elaborar e divulgar planos de contingência e protocolos de atuação para o enfrentamento e resposta a emergências em saúde pública (surtos, epidemias, desastres, eventos de massa e QBRN – artefato químico, biológico, radiológico e nuclear), em conjunto com as demais áreas técnicas	2015 – Plano de controle da dengue, da influenza e ebola	Planos de contingência para agravos inusitados, desastres, eventos de massa e QBRN elaborados e divulgados	• Articulação com as áreas técnicas para a elaboração dos planos de contingência e protocolos de atuação em surtos, epidemias, agravos inusitados, doenças emergentes e reemergentes, eventos de massa e desastres. • Divulgação dos planos de contingência e protocolos elaborados. • Capacitação dos profissionais das Regionais de Saúde e municípios sobre os planos de contingência elaborados.
15.1.15	Realizar no mínimo 4 ciclos de visita domiciliar em 80% dos domicílios, por ciclo, em 87,5% dos municípios infestados por Aedes aegypti	82,45% (1º Ciclo 2016 - meses de janeiro e fevereiro)	Proporção de municípios infestados que realizaram 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios	• Promoção da integração Agente de Combate de Endemias/ACE e Agentes Comunitários de Saúde/ACS. • Capacitação permanente das equipes de controle vetorial. • Monitoramento das ações por levantamento de índice de infestação por *Aedes aegypti.* • Mobilização interinstitucional em situação de surtos/epidemias.

Meta 2016-2019		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2016-2019
15.1.16	Atingir pelo menos 95% dos municípios, notificando os casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	95% dos municípios notificando os agravos de saúde do trabalhador da população residente	Proporção de municípios com casos notificados de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	• Implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), conforme política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador.
15.1.17	Atingir no mínimo 80% das ações pactuadas no Programa VIGIASUS	2014 (74,46%)	Proporção de ações realizadas no ano pelos municípios que aderiram ao Programa	• Monitoramento semestral das ações pactuadas no Programa. • Capacitação das equipes regionais e municipais.
15.1.18	Construir a Fase II do Laboratório Central do Estado do Paraná - LACEN/PR, a fim de ampliar a capacidade laboratorial para atender às ações de Vigilância em Saúde	Projeto arquitetônico elaborado e aprovado nos órgaos competentes	Obra construída e em funcionamento	• Contratação da empresa para construção por meio de processo licitatório. • Construção da Fase II. • Ampliação da capacidade laboratorial.
15.1.19	Aumentar em pelo menos 20% o número de supervisões em laboratórios que prestam serviços ao SUS	2015 (89 laboratórios supervisionados)	Número de supervisões realizadas no ano	• Supervisão nos laboratórios quanto à Gestão da Qualidade e Biossegurança. • Manutenção do cadastro dos laboratórios atualizado. • Apresentação de relatórios em reuniões macrorregionais quanto à Gestão da Qualidade e Biossegurança nos laboratórios supervisionados.
OBJETIVO 2: Implementar e qualificar a pesquisa e produção de imunobiológicos no Estado do Paraná.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
15.2.1	Qualificar a pesquisa e produção de imunobiológicos no Estado do Paraná, por meio de 07 (sete) ações estratégicas	Até 2015, 05 (cinco) ações estratégicas desenvolvidas pelo CPPI: 1. Produção compartilhada de soros hipermunes. 2. Início das obras de infraestrutura. 3. Capacitação de profissionais. 4. Realização de pesquisas científicas. 5. Estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde e outras instituições.	Número de ações executadas	• Estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde e outras instituições. • Investimento em infraestrutura e aquisição de equipamentos. • Capacitação de profissionais. • Celebração de Contrato de Gestão com a FUNEAS. • Implantação de sistema de gestão integrado. • Realização de pesquisas científicas. • Produção de imunobiológicos.

DIRETRIZ 16: Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

OBJETIVO 1: Desenvolver e coordenar a política de educação permanente em consonância com o Mapa Estratégico da SESA.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
16.1.1	Manter credenciamento da ESPP junto à SETI e do Centro Formador junto ao Conselho Estadual de Educação	Em 2015 foram realizados: **ACS:** 61 turmas 1.023 alunos nas 4 macrorregiões (em andamento) **Cuidador de Idoso:** 611 concluíram o curso em dez 2015 nas 4 macrorregiões de saúde **Técnico em Saúde Bucal:** iniciado em 2014, término para 2016: 177 alunos em sala. Turmas em 3 macrorregiões de saúde. **Técnico em Prótese dentária:** 14 alunos formados, turma Curitiba. **Oferta de 2 Cursos de Especialização:** Curso de especialização de Formação de Gestores e Equipes Gestoras do SUS (40 vagas) e Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária (80 vagas), em 2 macrorregiões.	1. Nº de Cursos realizados 2. Nº de profissionais capacitados e certificados 3. Nº de cursos realizados por macrorregião de saúde	• Manutenção de ofertas regulares dos Cursos Próprios da ESPP-CFRH de acordo com as necessidades do SUS. • Manutenção de ofertas dos processos educacionais de forma descentralizada. • Modernização da Biblioteca. • Atualização do Projeto Político Pedagógico e Regimento Interno . • Manutenção do processo de Acreditação Pedagógica do Curso de Formação de Gestores e Equipes Gestoras para o SUS.
16.1.2	Elaborar e manter atualizado o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde	Em 2015, foram apoiados 99 projetos de EPS em 19 RS com um total de 6.793 vagas ofertadas nas 4 macrorregiões. Em 2015, foi formado o Grupo de Trabalho para reestruturação da CIES Estadual e CIES Regionais com representantes das Universidades, Regionais de Saúde e Controle Social - realizada uma reunião em Dezembro.	1. Nº de Projetos, eventos e ações de EPS apoiados 2. Nº de Reuniões da CIES Estadual realizadas 3. Nº de CIES Regionais implantadas 4. Plano Estadual de EPS pactuado	• Implementação da CIES Estadual . • Implantação das CIES Regionais. • Repasse financeiro para apoiar a criação da Rede Paranaense de Escolas de Saúde Pública. • Realização de Oficinas para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde com participação das CIES, Superintendências, COSEMS. • Pactuação do Plano Estadual na CIB-PR • Apoio ao desenvolvimento/ realização das Ações de EPS definidas a partir dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento das Redes de Atenção em parceria com municípios, RS, Superintendências.
16.1.3	Implantar a Tecnologia de Educação a Distância (EaD)	2015: Técnicos capacitados e desenvolvimento e instalação da Plataforma Moodle; participação do projeto da ENSP/ FIOCRUZ para repasse da tecnologia.	Nº de ações educacionais realizadas na modalidade EaD	• Elaboração do Plano de Desenvolvimento dos dois primeiros cursos livres em EAD. • Desenvolvimento das ações educacionais na modalidade EAD.
16.1.4	Celebrar Contrato de Gestão ESPP-CFRH com a FUNEAS	Não se aplica	Contrato de Gestão Celebrado	• Composição de GT da ESPP-CFRH para elaborar plano de trabalho para celebrar o Contrato de gestão com a FUNEAS. • Definição e reunião de documentação necessária para celebrar o Contrato. • Celebração de Contrato de Gestão com a FUNEAS.
16.1.5	Implantar o Programa de Desenvolvimento de Gestores para o SUS	Não se aplica	Nº de ações educacionais realizadas para desenvolvimento de competências para o SUS	• Contribuição com o Projeto do Programa de desenvolvimento de competências para Gestão do SUS (itinerário formativo). • Realização das ações educacionais do Programa.

Meta 2016-2019		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2016-2019
16.1.6	Ampliar o apoio aos Processos de Construção e Disseminação do Conhecimento	Em 2015: realização das oficinas descentralizadas para identificação de prioridades de pesquisas PPSUS; participação da Oficina de Prioridades DECIT/FA/ESPP; apoio ao Seminário de Acompanhamento e Avaliação Final dos Projetos apoiados pelo PPSUS editais 2011/2012 e 2013; apoio na organização do III Congresso Estadual de Saúde Pública/Coletiva.	1. Nº de Congressos de Saúde Pública/ Coletiva promovidos 2. Nº de Edições da Revista publicadas 3. Nº de Edições do Prêmio Inova Saúde promovidas 4. Nº de etapas do PPSUS apoiadas	• Participação e apoio em todas as etapas do PPSUS-PR. • Coordenação dos processos de publicação da Revista de Saúde Pública do Paraná. • Coordenação do processo de realização do IV Congresso Estadual de Saúde Pública/Coletiva e Edições do Prêmio Inova Saúde Paraná.
16.1.7	Apoiar Programas de Residência por meio de bolsas	Não se aplica	Nº de bolsas concedidas	• Elaboração de Plano de Trabalho para o programa de residência em áreas estratégicas para a SESA.
OBJETIVO 2: Qualificar a Gestão do Trabalho.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
16.2.1	Prover o quadro próprio com 2.114 novos servidores	8.763 em 2015	Nº de servidores nomeados	• Realização de concurso público para 2.114 vagas. • Nomeação de servidores de acordo com o resultado do concurso.
16.2.2	Manter a MENPSUSPR	11 reuniões em 2015	Nº de reuniões realizadas	• Realização de reuniões da MENPSUSPR.
16.2.3	Implantar o Projeto de Saúde do Trabalhador	60 unidades próprias	Percentual de unidades próprias da SESA com Projeto de Saúde do Trabalhador implantado	• Implantação da Prevenção de Riscos Ambientais do Trabalho. • Implantação do Controle Médico e Saúde do Trabalhador. • Implantação do Sistema de Registro das Ações.

DIRETRIZ 17: Ouvidoria como Instrumento de Gestão e Cidadania

OBJETIVO: Intensificar ações junto aos gestores de saúde, visando ampliar o número de ouvidorias e desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
17.1.1	Apoiar e capacitar os municípios para implantar 92 Ouvidorias Municipais de Saúde até 2019	307 ouvidorias municipais implantadas até fevereiro de 2016	Proporção de Municípios com Ouvidorias implantadas	• Estímulo à implantação de ouvidorias de saúde/ Incentivo à Política de Implantação. • Sensibilização dos gestores para a importância da Ouvidoria na Gestão. • Pactuação com os gestores do SUS, em reunião de CIB - Regionais, da implantação das ouvidorias.
17.1.2	Capacitar e instrumentalizar os ouvidores municipais para manter as Ouvidorias Municipais de Saúde em funcionamento em todas as macrorregiões de saúde	04 capacitações macrorregionais/ ano	Número de capacitações realizadas	• Realização de capacitação regional e macrorregional aos ouvidores de saúde. • Sensibilização dos gestores para a importância da Ouvidoria na Gestão. • Definição de instrumento de monitoramento e avaliação das ouvidorias. • Estabelecimento de estratégias de informação e comunicação/divulgação da Ouvidoria aos usuários do SUS. • Criação de um plano de ação para os ouvidores instrumentalizarem os gestores de saúde para a utilização dos dados da Ouvidoria. • Apresentação, quadrimestral, à instituição do Relatório Gerencial da Ouvidoria, apontando questões relevantes. • Disponibilização de material de divulgação às ouvidorias municipais.
17.1.3	Ampliar para 20 as Ouvidorias na rede dos Hospitais Próprios da SESA	16 ouvidorias	Número de Ouvidorias implantadas	• Incentivo à Política da implantação de ouvidorias de saúde. • Sensibilização da gestão para a importância da Ouvidoria na Gestão. • Realização de capacitação regional e macrorregional aos ouvidores da rede própria do Estado. • Monitoramento e avaliação das atividades das ouvidorias. • Estabelecimento de estratégias de informação e comunicação/divulgação da ouvidoria aos usuários do SUS.
17.1.4	Desenvolver Plano de Ação para manter 100% das ouvidorias dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em funcionamento - COMSUS	11 ouvidorias em funcionamento nos Consórcios Intermunicipais de Saúde	Número de convênios com cláusula de implantação de ouvidoria	• Inclusão nos convênios COMSUS dos Consórcios, de cláusula sobre a implantação de ouvidoria com o envolvimento da área responsável na SESA. • Realização de capacitação aos ouvidores dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. • Estabelecimento de estratégias de comunicação e divulgação junto aos usuários.
17.1.5	Qualificar as 54 Ouvidorias nos estabelecimentos contratualizados ao SUS - HOSPSUS FASE 1	44 estabelecimentos contratualizados ao SUS com Ouvidoria	Número de contratos com cláusula de implantação de ouvidoria	• Incentivo à Política da implantação de ouvidorias de saúde. • Inclusão nos contratos dos estabelecimentos contratualizados - HOSPSUS (Fase 1) de cláusula sobre a implantação de ouvidoria, com o envolvimento da área responsável na SESA. • Estabelecimento de estratégias de informação e comunicação/divulgação da ouvidoria aos usuários do SUS.
Ações que contemplam todas as metas da Diretriz:		• Disponibilização permanente de material de divulgação da Ouvidoria, em pontos estratégicos, aos usuários do SUS. • Distribuição do material de divulgação da Ouvidoria em eventos da saúde, ouvidorias itinerantes nas Regionais de Saúde, Operação Verão da Ouvidoria no litoral do Paraná, entre outras ações. • Disponibilização do Manual do Ouvidor a todas as Ouvidorias de Saúde. • Divulgação das Cartilhas de Direitos dos Usuários da Saúde, nos estabelecimentos de saúde públicos e contratualizados. • Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. • Monitoramento e avaliação permanente das Ouvidorias de Saúde (Regionais de Saúde, Hospitais e Unidades Próprias, Consórcios Intermunicipais de Saúde).			

DIRETRIZ 18: Fortalecimento do Controle Social no SUS

OBJETIVO 1: Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
18.1.1	Fiscalizar e avaliar a execução: PPA, LDO, LOA; PES, PAS, Relatórios Quadrimestrais, RAG.	100% dos instrumentos fiscalizados e avaliados	Percentual de cumprimento de cada instrumento de gestão	• Análise e discussão dos instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS nas reuniões das Comissões Temáticas e Pleno do CES.
18.1.2	Realizar Conferências Estadual e Temáticas de Saúde	11ª Conferência Estadual de Saúde - 2015	Nº de Conferências realizadas	• Organização e realização das Conferências Estadual e Temáticas de Saúde.
18.1.3	Acompanhar a execução do PQCMS (Programa de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde) em 100% dos municípios	2015 (393)	Número de municípios que tiveram recursos alocados para os Conselhos Municipais de Saúde	• Participação das reuniões da Comissão de Acompanhamento do incentivo financeiro para análise dos relatórios do Anexo III da Resolução SESA nº 463/2015.
18.1.4	Ampliar para 100% o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	2015 (98%)	Proporção de Conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	• Acompanhamento do percentual de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS. • Comunicação, informação aos Conselhos de Saúde para atualização no SIACS.
18.1.5	Receber para análise e apreciação o Plano de Saúde enviado ao Conselho Estadual de Saúde	1 (PES 2012-2015)	Nº de Plano de Saúde enviado ao Conselho Estadual de Saúde	• Acompanhamento do envio do Plano Estadual de Saúde ao Conselho Estadual de Saúde.
18.1.6	Revisar/atualizar o Mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná	Mapa Estratégico do CES/PR válido até 2016	Mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná revisado/ atualizado	• Realização de Reunião com a Mesa Diretora para viabilizar propostas de revisão/atualização do Mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná junto ao Pleno do CES/PR.
OBJETIVO 2: Fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
18.2.1	Realizar capacitações para Conselheiros(as) Municipais, Estaduais e Secretários(as) Executivos(as) ao longo de 2016, atingindo 2.102 alunos(as).	Até 2015, capacitações realizadas em 10 Regionais de Saúde	Número de capacitações realizadas	• Realização de capacitações em 12 Regionais de Saúde para Conselheiros Municipais e Secretarias Executivas dos Conselhos Municipais da Saúde: 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 11ª, 13ª, 14ª, 18ª, 19ª, 20ª, 21ª Regionais de Saúde. • Elaboração de pesquisa para avaliar o impacto do curso de capacitação de conselheiros municipais e estaduais, e secretarias executivas. • Disponibilização em meio eletrônico do Caderno do Curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde do Estado do Paraná.

DIRETRIZ 19: Qualificação da Gestão do Financiamento em Saúde

OBJETIVO: Modernizar os processos de gestão do financiamento em saúde.				
Meta 2016-2019		**Linha de Base**	**Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta**	**Ações 2016-2019**
19.1.1	Aplicar no mínimo 12%, por exercicio, da receita líquida de impostos em gastos em ações e serviços públicos de saúde	2015 (12,03%)	Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde	• Execução do orçamento total previsto na LOA. • Acompanhamento da receita líquida de impostos vinculada à saúde. • Alimentação do SIOPS Estadual, dentro dos prazos e critérios previstos. • Prestação de Contas, de forma transparente, da aplicação de recursos orçamentários e financeiros das ações e serviços públicos de saúde.
19.1.2	Modernizar os processos de gestão financeira na SESA por meio de 6 (seis) ações, com base na Lei Complementar 141/2012	Até 2015, 5 (cinco) Ações: 1. Lei Complementar Estadual 152/2012 (nova lei que dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde do Paraná – FUNSAÚDE, regulamentada por meio do Decreto Estadual nº 7.986/2013). 2. Elaboração de Projeto de Reestruturação do FUNSAÚDE. 3. Implantação do Sistema FAF (Controle de Repasses Fundo a Fundo). 4. Desvinculação do SIOPS da SEFA, vinculando a alimentação à SESA. 5. Capacitações dos profissionais do FUNSAÚDE.	Número de Ações executadas	• Estruturação organizacional do Funsaúde por meio da elaboração do Regimento Interno e Organograma. • Criação do Portal de Gestão de Informacões do FUNSAÚDE (site de informações orçamentárias, financeiras e seus instrumentos). • Implementação de 04 módulos do Sistema FAF (obras, equipamentos, monitoramento e avaliação). • Implementação da Comissão Estadual de Apoio ao Sistema de Informações sobre Orçamento Público-SIOPS. • Implantação do Núcleo de Economia da Saúde na SESA. • Implementação dos processos de monitoramento, controle e avaliação dos recursos repassados fundo a fundo e em outras modalidades.
19.1.3	Descentralizar parte da execução orçamentária para as 22 Regionais de Saúde da SESA	Até 2015, nenhuma Regional de Saúde com execução orçamentária descentralizada	Número de Regionais de Saúde da SESA por Macrorregião com orçamento descentralizado	• Mapeamento da necessidade orcamentária de cada Regional de Saúde. • Elaboração de cronogramas de cotas orçamentárias para cada Regional de Saúde. • Habilitação dos servidores das Regionais de Saúde para acesso ao SIAF. • Capacitação dos servidores das Regionais de Saúde da SESA para operacionalização do SIAF. • Realização do acompanhamento, controle e avaliação do processo de descentralização da execução orçamentária pela SESA.

3

PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de construção de um Plano não termina com o produto documental que o oficializa. Dos momentos que o envolvem e que são interdependentes, chega-se àquele de sua execução. Levantadas e discutidas questões como: "Onde estamos? Onde queremos chegar? Como se pretende chegar lá?", tem-se "O que faremos para chegar lá?", envolvendo programações anuais, gerência das ações, monitoramento e avaliação, prestação de contas. Isso possibilita adequar e modificar o Plano à realidade que é dinâmica.

Definidas as "Diretrizes, seus Objetivos, Metas, Indicadores e Ações", a partir da Análise de Situação de Saúde, é necessário dar concretude ao Plano, executá-lo, o que exige diferentes tipos de recursos que permitem viabilizar sua realização. Há que se lembrar de que os problemas da área de saúde têm causas múltiplas, que interagem e se reforçam mutuamente, o que confere um grau de complexidade e incerteza elevado. O que exige que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, sejam sistêmicos e permanentes.

A concepção de monitoramento tem relação direta com o cumprimento do Plano, o alcance de metas de produtos e o desenvolvimento das ações. A avaliação vai além, pergunta se o cumprimento do Plano permitiu o alcance dos objetivos (MOKATE, 2000). A avaliação é definida como um processo conduzido antes, durante e depois da implementação do Plano, em que se efetua um juízo sobre seu valor ou mérito, considerando a relevância dos objetivos, a eficácia no alcance dos objetivos e metas esperadas, a eficiência no uso dos recursos e o impacto da intervenção (BUVINICH, 1999).

O monitoramento representa o acompanhamento continuado de compromissos explicitados em planos (metas e ações), de modo a verificar se eles estão sendo executados conforme previsto. A avaliação é entendida como um processo que implica julgar, emitir julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. Considerando que não há execução perfeita, a avaliação identifica as necessidades de ajustes, redimensionamentos e redesenho.

Nos dois casos, busca-se identificar pontos de fragilidade, necessidades, que merecerão medidas ou intervenções para superá-las, mas também explicitar pontos positivos e avanços no sentido de valorização; constituindo-se em processo de aprendizagem e reaprendizagem. Monitoramento e avaliação são estratégias e momentos complementares. A avaliação necessita da informação gerada pelo monitoramento; e este, sem a avaliação, é incompleto.

O processo de monitoramento e avaliação constitui a base da gestão e é um recurso gerencial de primeira linha. Não representa um fim em si mesmo ou um ritual, só cumprindo seus objetivos se afeta ou apoia processos gerenciais e de tomada de decisão. O monitoramento e a avaliação são necessários à aprendizagem institucional e ao fortalecimento do conhecimento das alternativas e estratégias de intervenção possíveis.

A base fundamental para o monitoramento e a avaliação do Plano serão os indicadores selecionados, que são medidas que permitem quantificar uma determinada realidade e acompanhar as mudanças que ocorrem. Os indicadores são instrumentos utilizados para medir a eficácia, eficiência e o impacto das políticas e programas. Quando se referem ao grau em que seus objetivos foram alcançados, tem-se uma medida de eficácia. Quando o foco é o nível de utilização dos recursos em relação às metas e aos resultados, a medida é de eficiência. Quando o objetivo é verificar as mudanças de mais longo prazo operadas no estado de saúde da população, tem-se a perspectiva de impacto.

Os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão. O produto do processo se expressará materialmente nos Relatórios, mas o processo deve se dar de forma permanente na rotina institucional.

Os monitores e avaliadores serão aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos com a elaboração do Plano e o vivenciarão: os responsáveis por conduzir os processos (os gestores de políticas), os gerentes de programas e projetos, os integrantes das equipes técnicas, os representantes do conselho de saúde e colegiados de gestores, entre outros. O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica; para o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e com as políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTA, R. Coordenadora do Elsa-Brasil no RS apresenta dados sobre diabetes e hiperglicemia. **Notícias. Portal Fiocruz**. Brasília. 15 dez 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/entrevista-coordenadora-do-elsa-brasil-no-rs-apresenta-dados-sobre-prevalencia-do-diabetes-e>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, v. 4, n. 10. Brasília: Anvisa, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, v. 7, n. 11, Brasília: Anvisa, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 143, p. 32-33, 26 jul. 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 182, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Anvisa; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painéis de monitoramento e vigilância do óbito infantil, fetal e materno no Brasil: indicadores de desempenho. In:__. **Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 364-376.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, vol. 46, n. 9. Brasília, 2015. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Ano III, n. 1. Brasília, dez. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiol_gico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Ano II, n. 1. Brasília, dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_hepatites_2011.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. SINAN-NET. Boletim Epidemiológico. **Série histórica 2000 a 2013 das Notificações das Doenças Transmitidas por Alimentos, Agentes etiológicos e Regiões, 2013**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Poliomielite de 02/12/2015**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA - **Instrutivo da Ficha de Notificação e Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa 08/2014 DEVIT/SVS/MS de 06/05/2014**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MTE/RAIS. **IPARDES/BDEWeb**. Disponível em: <htto://www.ipardes.pr.gov.br/>. Acesso em: dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de regulação médica de urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria Nº 993 de 04 de setembro de 2000**. Altera a lista de doenças de notificação compulsória e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Secção 1, n. 172-E, p. 28, 05 set. 2000.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre os protocolos de regulação.

BUVINICH, Manuel Rojas. Ferramentas para o monitoramento e avaliação de projetos. **Cadernos de Políticas Sociais**. Brasília: UNICEF, 1999. (Série Documentos para discussão, 10).

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

DE SETA, M.H. et al. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: WAGNER, G. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIEESE. **A Situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000**. São Paulo: DIEESE, 2012.

Ferraz, L., BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 36, n.2, p. 527-538, abr./jun. 2012.

FRANÇA L. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). **ObservaRH**/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

HERDEIRO M.T., et al. O sistema português de farmacovigilância. **Acta Med Port**. Lisboa, v. 25, n. 4, p. 241-249, jul./ago. 2012.

INSTITUTO AMBIENTAL DO PARANÁ. **Relatório da Situação da Disposição Final de Resíduos Sólidos Urbanos no estado do Paraná_2012**. Disponível em: <http://www.iap.pr.gov.br/arquivos/File/Diagnostico_RSU_2012_VERSAO_FINALcomMAPAS.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

IBGE. **Brasil em síntese**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <brasilemsintese.ibge.gov.br/ trabalho.html>. Acesso em: fev. 2016.

IBGE. **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br/ indigenas/indigena_censo2010.pdf)>. Acesso em: fev. 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp>. Acesso em: dez. 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro, 2013.

IBGE/IPARDES. **Produto Interno Bruto Municipal (PIB) - Paraná**. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&sistemas=&cod_sistema=5&grupoindic=1&sgrupoindic=1>. Acesso em: dez. 2015.

IPARDES. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável por Bacias Hidrográficas no Estado do Paraná**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/indicadores_2013.pdf linha 62>. Acesso em: 25 jan. 2016.

IPARDES. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**. Curitiba: IPARDES, 2013.

IPARDES. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD 2014)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/default_analise.shtm>. Acesso em: 16 dez. 2015.

IPARDES. **Os vários Paranás**: estudos socioeconômico-institucionais como subsídio aos Planos de Desenvolvimento Regional. Curitiba: IPARDES, 2005.

IPARDES. **Projeção da população dos municípios do Paraná - 2016-2030**. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo= 1&cod_conteudo=84>. Acesso em: dez. 2015.

KOHN L.T et al. **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LUZ, L. et al. Primeira etapa da adaptação trancultural do instrumento. The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 621-628, mar. 2013.

MAGALHÃES, M. V.; CINTRA, A. P. U. Dinâmica demográfica do Paraná: tendências recentes, perspectivas e desafios. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Curitiba, n. 122, p.263-291, jan./jun. 2012.

MAIA, F. O. M. et al. Adaptação transcultural do Vulnarable Elders Survey –13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev. Esc Enferm**. USP, São Paulo, 46 (esp), p.116-22, 2012.

MELANDA, V. S. et al. Sistematização da investigação do òbito materno: uma proposta de ferramenta para monitoramento. **Rev. Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15 , n. 2, p. 68-74, jun. 2014.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOKATE, K. **Convertendo o monstro em aliado**: a avaliação como ferramenta de gerência social. 2000. Disponível em: <www.iadb.org/indes>. Acesso em: abr. 2016.

NEWCOMER, R. J.; BENJAMIN, A. E. **Indicators of Chronic Health Conditions**. Monitoring community-level delivery systems. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

OBSERVATORIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/indicadores-nacionais>. Acesso em: 19 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-BRASIL (ONU-BR). (10 de Setembro de 2015). **ONU-BR**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/> Acesso em: 20 jan. 2016.

OBSERVATORIO GLOBAL HEALTH. **World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/en/> Acesso em: 15 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Módulo de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades**. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população. Brasília: OPAS, 2010.

PARANÁ. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Curitiba: SESA/SVS, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1095>. Acesso em: 04 nov. 2015.

PARANÁ. **Lei n. 18.661 de 22 de dezembro de 2015 e anexo que dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2016 a 2019 e dá outras providências**. Diário Oficial, Curitiba, n. 9605, 28 dez. 2015.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Deliberação SESA n. 363/2013**, Norma Operacional de Regulação. Curitiba: SESA, 2013.

PAVÃO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 651-661, dez. 2011.

PONTAROLLI, D. R. S.; MORETONI, C. B.; ROSSIGNOLI, P. A Organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAUDE (RIPSA). (2008). **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. (O. P. Saúde, Ed.). Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/> Acesso em: 18 jan. 2016.

SALIBA, D. et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J Am Geriatr Soc**, 49: 1691-1699, 2012.

Secretaria de Estado de Segurança Pública. Disponível em: <http://www.seguranca.pr.gov.br>. Acesso em: 2015.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>. Acesso em: fev. 2016.

SEPPIR, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (2013). Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/@@busca?SearchableText=defini%C3%A7%C3%A3o+de+quilombola+2013>. Acesso em: dez. 2015.

SISAGUA, 2013 - **Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**. Disponível em: <http://sisagua.saude.gov.br/sisagua/login.jsf linha 56>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SISDC/PR, 2015 - **Sistema Integrado de Defesa Civil do Estado do Paraná**. Disponível em: </2http://www.defesacivil.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=56>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SOOP, M.; FRYKSMARK, U.; KOSTER, M.; HAGLUND, B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int. J. Qual. Health Care**, 21: 285-91.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 129-1133, out. 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro Universitário de Estudos e Pesquisa sobre Desastres. **Atlas Brasileiro de Desastres Naturais, 1991 a 2012**. Disponível em: <http://www.ceped.ufsc.br/atlas-brasileiro-de-desastres-naturais-1991-a-2012/>. Acesso em 25 jan. 2016.

VIANA, M.; RODRIGUES, T. T. Complicações Cardiovasculares e Renais no Diabetes Mellitus. Artigo de Revisão. In: **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 10, n. 3, p. 290-296, set./dez.2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care: now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Millennium Development**. Geneva: WHO, 2008.

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACAP	Associação de Cooperação Agrícola e Reforma Agrária do Paraná
ACISPAR	Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (inglês) ou Síndrome da imunodeficiência adquirida (português)
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANEPS	Articulação Nacional de Movimento e Práticas de Educação Popular e Saúde do Paraná
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSEMPA	Associação de Entidades de Mulheres do Paraná
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CENSE	Centro de Socioeducação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPI	Centro Estadual de Epidemiologia
CES-PR	Conselho Estadual de Saúde do Paraná
CFRH	Centro Formador de Recursos Humanos
CGHDE	Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
CGIAE	Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica
CIB/PR (ou CIB-PR)	Comissão Intergestores Bipartite do Paraná
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço

CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAM	Confederação Nacional das Associações de Moradores
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRAID	Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CREF9/PR	Conselho Regional de Educação Física-9ª Região
CREFITO-8	Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 8° Regional
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CRIE	Centro de Imunobiológicos Especiais
CRN-8	Conselho Regional de Nutricionistas da 8ª Região
CUT/PR	Central Única dos Trabalhadores do Paraná
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DAUE	Departamento de Atenção às Urgências e Emergências
DEAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DECIT/FA	Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde/Fundação Araucária
DEFIPAR	Federação das Entidades de Portadores de Deficiência Física do Paraná
DEST	Departamento de Suporte Técnico Operacional
DG	Diretoria Geral
DVDNT	Divisão de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DVDST	Divisão de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVIAS	Divisão de Informação e Análise de Situação
DVIEP	Divisão de Vigilância e Informações Epidemiológicas
DVVTR	Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

EAD	Educação à Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
EQP	Estratégia de Qualificação do Parto
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
FAFIUV	Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de União da Vitória
FAMOPAR	Federação das Associações de Moradores do Estado do Paraná
FECAMPAR	Federação das Entidades Comunitárias e Associações de Moradores do Paraná
FEHOSPAR	Federação dos Hospitais do Paraná e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná
FEMIPA	Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná
FESMEPAR	Federação dos Sindicatos de Servidores Municipais e Estaduais do Paraná
FESSMUC-PR	Federação dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais Cutistas do Estado do Paraná
FETAEP	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Paraná
FUNEAS	Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná
FUNSAÚDE	Fundo Estadual de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Human Immunodeficiency Virus (inglês) ou Vírus da Imunodeficiência Humana (português)
HUMSOL	Instituto Humanista de Desenvolvimento Social
HV	Hepatite Viral
IBDA	Instituto Brasileiro das Pessoas com Deficiência em Ação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MDA/INCRA/DT/ SIPRA	Ministério de Desenvolvimento Agrário/Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/Diretoria de Obtenção de Terras e Implantação de Projetos de Assentamento/Sistema de Informações de Projetos de Reforma Agrária

MENPSUSPR	Mesa Estadual de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde Paraná
MOPS	Movimento Popular de Saúde do Paraná
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUTES/UFPR	Núcleo Universitário de Telessaúde da Universidade Federal do Paraná
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PES	Plano Estadual de Saúde
PLC	Programa Leite das Crianças
POE	Plano Operativo Estadual
PPSUS	Programa de Pesquisas para o SUS
RAISI	Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso
REDE HEMEPAR	Rede de Hemocentros, Hemonúcleos e Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue coordenadas pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná - HEMEPAR
RS	Regional/Regionais de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde)
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde (SESA)
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
SEDS	Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social
SEFA	Secretaria de Estado da Fazenda
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SES-PR	Secretaria Estadual de Saúde-Paraná

SETI	Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Ministério da Saúde)
SGS	Superintendência de Gestão do Sistema de Saúde
SIAF	Sitema Integrado de Acompanhamento Financeiro
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SIDORA	Síndrome ou Doença Rara
SIEVISA	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMPR	Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINDIFAR-PR	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Paraná
SINDIPETRO	Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Refinação, Destilação, Exploração e Produção de Petróleo nos Estados do Paraná e Santa Catarina
SINDNAP	Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
SINDSAÚDE	Sindicato dos Servidores Estaduais da Saúde do Paraná
SINFITO	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Paraná
SIPNI-PR	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações do Paraná
SISPNCD	Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUP	Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Superintendência de Vigilância em Saúde (SESA)
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde (MS)

TABNET	Tabulador para internet de informações de saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TBDR	Tuberculose droga resistente
TBHIV	Coinfecção Tuberculose/HIV
UA	Unidade de Acolhimento
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UGT-PARANÁ	União Geral dos Trabalhadores do Estado do Paraná
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária

SUS Sistema Único de Saúde

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES / PR

PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE