

Fonte:

<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANO-ESTADUAL-DE-SAU%CC%81DE-DO-PARANA%CC%81-2020-2023.pdf>

2020
2023

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE





PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2020-2023

Curitiba
2020

2020. 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.saude.pr.gov.br

Tiragem 2.000 exemplares

Catálogo na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020.
210 p.

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

CDD 614.98162



2020

Governador do Estado
Carlos Massa Ratinho Junior

Secretário de Estado da Saúde
Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)

Diretor Geral
Nestor Werner Junior

Diretor Executivo da Saúde
Geraldo Gentil Biesek

Diretor de Gestão em Saúde
Vinícius Augusto Filipak

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde
Maria Goretti David Lopes

Diretor Administrativo
Carlos Batista Soares

Diretor de Articulação Regional
Edmundo Cezar Alexandre Verona

Diretor Executivo do Fundo Estadual de Saúde (FUNSAÚDE)
Olavo Gasparin

Diretor da Escola de Saúde Pública do Paraná
Edevar Daniel

Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS)

Hélcio dos Santos (Diretor Financeiro)

Helder Luiz Lazarotto (Diretor Administrativo)

Jorge Fam (Diretor Jurídico)

Leon Grupenmacher (Diretor Técnico)

Marcello Machado (Presidente)

Grupo Condutor de Elaboração do Plano Estadual de Saúde

José Carlos Silva de Abreu

Maria Leonor Fanini Paulini

Monique Costa Budk

Priscila Meyenberg Cunha Sade

Sandra Christiane Kloser Busnello

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)

Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr	Jéssica Luiz Dinardi
Adelcio José Vieira de Souza	João Rivair
Adriane Miró Viana B Pereira	João Luis Gallego Crivellaro
Airam Oliveira da Rocha Guazelli de Jesus	Juliana Eggers
Aldiney José Doreto	Juliana Istchuk Bruning de Oliveira
Aline Jarschel de Oliveira	Juliana Ribeiro Giugni
Altair Von Stein Junior	Katia Grillo
Annanda Letícia Unicki Ribeiro	Larissa Sayuri Yamaguchi
Ana Paula Pires Rodrigues	Laurina Setsuko Tanabe
Andressa Kautz da Silva	Letícia Rani Pedrozo Dohms
Arlene Terezinha C.Garcia Badoch	Liliam Cristina Brandalise
Beatriz Ferreira Monteiro Oliveira	Liana Andrade Labres de Souza
Camila Mertzig	Luana Alves Tannous
Carla Konieczniak Aguiar	Luana Cristina Heberle dos Santos
Carlos Batista Soares	Luciane Otaviano de Lima
Carmen Cristina Moura	Lucimar Pasin de Godoy
Cristina Sayuri Shikasho	Maira Bernardino Travagin
Carolina Bolfe Poliquesi	Mara Carmen Ribeiro Franzoloso
Célia Fagundes da Cruz	Marcelo Carmona Bryto
Cynthia Akemi Endo	Marcia Regina Pelissari
Dagmar Corrêa da Silva Bail	Marcos Paulo do Carmo
Daniel Machado Piazzetta	Margely de Souza Nunes
Maiquel Rodrigues Martins	Marli Pasqualin
Deise Regina Sprada Pontarolli	Maria Angélica Curia Cerveira
Dora Yoko Nozaki Goto	Maria Carolina Pospissil Garbossa
Eder Novaski Biscouto	Maria de Lourdes Krolikovski
Edi Gláucia Repula	Mario Martins Junior
Eliane Cristina Sanches Maziero	Marise Gnatta Dalcuche
Elaine Cristina Vieira de Oliveira	Milton Proença Junior
Elenir Moisés Bueno	Mauricio Mesadri
Elizeu de Oliveira Freitas	Olga Regina Cotovicz de Castro Deus
Fabiana Ieis	Patricia Kanopcka Pacheco
Franciele Pires dos Santos	Patrícia Azarias dos Santos Budel
Franciele Rocha	Paula Rossignoli
Heitor de França Borges	Pedro Henrique Dias
Ivana Lucia Belmonte	Raul Júnior Bely
Jaqueline Finau	Rauni Gomes
Jaqueline da Rocha Vasques	Rejane Cristina Teixeira Tabuti

Renato Antonio Teixeira Lopes
Rosiane Aparecida da Silva
Roselene de Campos Corpolato
Rubens Luiz Ferreira Gusso
Sandra Terezinha Labida Tolentino
Schirley Terezinha Follador
Silvana Tomasi
Solange Rothbarth Bara
Sonia Maria Dotto Ampessan

Tatiane Cristine Guedes
Vânia Venzel Borges
Vera Maria de Cassia Yazbek
Vera Rita da Maia
Vivian Patricia Raska
Wagner Maia Feliciano
Walkiria Renata Correa Ramos
Willian Siqueira Keidroski
Yohhan Garcia de Souza

Colaboração Técnica

Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal do Goiás (UFG)

Dra^a Marta Rovey de Souza

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)

Ana Silvia Martins Franco
Francisco José Gouveia de Castro
Julio Cesar de Ramos
Julio Takeshi Suzuki
Paulo Delgado

MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES-PR)

GESTÃO MAR/2018-FEV/2020

Presidente

Rangel da Silva

Segmento dos Prestadores

1º Vice-Presidente

Marcelo Hagebock Guimarães

Segmento dos Trabalhadores

2º Vice-Presidente

Nestor Werner Junior

Segmento dos Gestores

3º Vice-Presidente

Livia Diniz Lopes Sola

Segmento dos Usuários

1º Secretário

Fabio Stahlschmidt

Segmento dos Trabalhadores

2º Secretário

Angelo Barreiros

Segmento dos Usuários

1º Tesoureiro

Livaldo Bento

Segmento dos Usuários

2º Tesoureiro

Santo Batista de Aquino

Segmento dos Usuários

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES-PR)

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2016-2019

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES
USUÁRIOS		
Luiz Américo Delphim	Titular	SINDIPETRO
Luciano Zanetti	Suplente	SINDIPETRO
Jonas Braz	Titular	CUT-PR
Silvana Prestes de Araujo	Suplente	CUT-PR
Antonio Vieira Martins	Titular	UGT-PARANÁ
Lidmar José Araujo	Suplente	UGT-PARANÁ
Santo Batista de Aquino	Titular	SINDNAP
Manoel Rodrigues do Amaral	Suplente	SINDNAP
Livaldo Bento	Titular	MOPS
Antonio Barrichello	Suplente	MOPS
Amauri Ferreira Lopes	Titular	ANEPS
Carmen do Rocio Costa Silva	Suplente	ANEPS
Amaury Cesar Alexandrino	Titular	DEFIPAR
Ricardo Vilarinho da Costa	Suplente	DEFIPAR
João Maria Ferrari Chagas	Titular	IBDa
Gabriel Ladeira dos Santos	Suplente	IBDa
Custodio Rodrigues do Amaral	Titular	FAMOPAR
Joarez Camargo	Suplente	FAMOPAR
Angelo Barreiros	Titular	CONAM
Selma Maria Assis Gonçalves	Suplente	CONAM
Lívia Diniz Lopes Sola	Titular	FECAMPAR
Aparecido Rubio de Araujo	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

Avila Maria Garrett Savi de Andrade	Suplente	Pastoral da Criança
Amélia dos Nascimento Magrinelli	Titular	ASSEMPA
Maria Lucia Gomes	Suplente	ASSEMPA
Alaerte Leandro Martins	Titular	Rede de Mulheres Negras
Claudia Maria Pereira	Suplente	Rede de Mulheres Negras
Terezinha Andrade Possebom	Titular	HUMSOL
Ellen Aparecida Vasconcellos Cesar	Suplente	HUMSOL
Maria Elvira de Araujo	Titular	ASSEMPA
Marcos Antonio da Silva	Suplente	IBDa
Edvaldo Viana	Titular	CONAM
Leandro Soares Machado	Suplente	MOPS
GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS		
Katya Rafaella Teixeira Carvalho	Titular	COSEMS
Grasiela Pomini	Suplente	COSEMS
Nestor Werner Junior	Titular	SESA
Maria Goretti David Lopes	Suplente	SESA
Joelma Aparecida de Souza Carvalho	Titular	Fundo Estadual de Saúde
Any Elly Pavan Mezzomo	Suplente	Fundo Estadual de Saúde
Nathalia da Silveira Derengowski	Titular	Ministério da Saúde
Benedito German Crespo Garcia	Suplente	Ministério da Saúde
PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE		
Luiz Fernando Zanon de Almeida	Titular	ACISPAR
Daniela Gregório Franca	Suplente	ACISPAR
Rangel da Silva	Titular	FEHOSPAR
Mauricio Duarte Barcos	Suplente	FEHOSPAR
Maria Aparecida Bertoni Cardoso	Titular	FEMIPA
Rosita Marcia Wilner	Suplente	FEMIPA
Hermes de Souza Barboza	Titular	UEM
Evaldo Pereira Lopes	Suplente	UEM
Rita de Cássia Domansky	Titular	UEL
Vivian Biazon El Reda Feijó	Suplente	UEL

PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
Fabio Stahlschmidt	Titular	CRF-PR
Paulo Costa Santana	Suplente	CRF-PR
Graciele de Pintor	Titular	SINDIFAR-PR
Nilson Hideki Nishida	Suplente	SINDIFAR-PR
Jhulie Rissato da Silva	Titular	CRN-8
Juliana Bertolin Gonçalves	Suplente	CRN-8
João Eduardo de Azevedo Vieira	Titular	CREFITO-8
Rodney Wenke	Suplente	CREFITO-9
Woldir Wosiacki Filho	Titular	SINFITO
Elfi Gusava	Suplente	SINFITO
Marcelo Hagebock Guimarães	Titular	CREF-9
Leandra Aparecida C. de Rosis	Suplente	CREF-9
Olga Estefania Duarte Gomes Pereira	Titular	SINDSAÚDE
Ana Cristina de Carvalho	Suplente	SINDSAÚDE
Irene Rodrigues dos Santos	Titular	FESSMUC-PR
Liliane Rute Coutinho	Suplente	FESSMUC-PR
Palmira Aparecida Soares Rangel	Titular	FESMEPAR
Aparecida Benito Pereira	Suplente	FESMEPAR

MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES-PR)

GESTÃO MAR/2020-FEV/2022

Presidente

Marcelo Hagebock Guimarães
Segmento dos Trabalhadores

1ª Vice-Presidente

Marcia Beghini Zambrim
Segmento dos Usuários

2º Vice-Presidente

Rangel da Silva
Segmento dos Prestadores

3º Vice-Presidente

Nestor Werner Junior
Segmento dos Gestores

1º Secretário

Livaldo Bento
Segmento dos Usuários

2º Secretário

Joarez Camargo
Segmento dos Usuários

1º Tesoureiro

Fabio Stahlschmidt
Segmento dos Trabalhadores

2ª Tesoureiro

Maria Elvira de Araujo
Segmento dos Usuários

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES-PR)

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO FEV/2020-FEV/2024

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES
USUÁRIOS		
Amauri Ferreira Lopes	Titular	ANEPS
Carmem do Rocio Costa Silva	Suplente	ANEPS
Marines Bernardi	Titular	ASSEMPA
Maria Lucia Gomes	Suplente	ASSEMPA
Maria Elvira Araujo	Titular	ASSEMPA
Andréia Baltazar Dias	Suplente	DEFIPAR
Caroline Recalcatti	Titular	CUT-PR
Claudiney Batista	Suplente	CUT-PR
Angelo Barreiros	Titular	CONAM
Marcos Aparecido Soares	Suplente	CONAM
Custodio Rodrigues do Amaral	Titular	FAMOPAR
Joarez Camargo	Suplente	FAMOPAR
Amaury Cesar Alexandrino	Titular	DEFIPAR
Ricardo Vilarinho da Costa	Suplente	DEFIPAR
Anderson Teixeira	Titular	Força Sindical
Eglésio Santana Feitosa	Suplente	Força Sindical
Palmira Aparecida Soares Rangel	Titular	UGT (mandato de 01/02/2020 a 30/05/2021)
Nuncio Manala	Titular	Força Sindical (mandato de 01/06/2021 a 30/09/2022)
Diego Souza da Silva	Titular	Fórum ONG/ AIDS
João Maria de Castro	Suplente	Fórum ONG/ AIDS
Livaldo Bento	Titular	MOPS
Antonio Barrichello	Suplente	MOPS
Clarice Siqueira dos Santos	Titular	Pastoral da Criança
Ávila Maria Garret Savi de Andrade	Suplente	Pastoral da Criança
Maria Cristina Galacho de Souza	Titular	Pastoral da Saúde
Marcia Beghini Zambrim	Suplente	Pastoral da Saúde

Gislaine Maria Palhano	Titular	Pastoral da Saúde
Edvaldo Viana	Suplente	FAMOPAR
Alaerte Leandro Martins	Titular	Rede de Mulheres Negras
Claudia Maria Pereira	Suplente	Rede de Mulheres Negras
Maria Benvinda de Almeida	Titular	SINDEPOSPETRO
Adriano Abdo	Suplente	SINDEPOSPETRO
Santo Batista de Aquino	Titular	SINDNAPI
Manoel Rodrigues do Amaral	Suplente	SINDNAPI
Antonio Vieira Martins	Titular	UGT
Lidmar José de Araujo	Suplente	UGT
GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS		
Nestor Werner Junior	Titular	FUNSAUDE
Maria Goretti David Lopes	Suplente	FUNSAUDE
Nathalia da Silveira Derengowski	Titular	Ministério da Saúde
Benedito German Crespo Garcia	Suplente	Ministério da Saúde
Carlos Alberto Gebrim Preto	Titular	SESA
Geraldo Gentil Biesek	Suplente	SESA
PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE		
Luis Fernando Zanon de Almeida	Titular	ACISPAR
Darci Martins Braga	Suplente	ACISPAR
Diones Lupércio Monteiro	Titular	CEGEN
Mara Rossival Fernandes	Suplente	HCL
Heracles Alencar Arrais	Titular	FEMIPA
Rosita Marcia Wilner	Suplente	FEMIPA
Rangel da Silva	Titular	FEHOSPAR
Mauricio Duarte Barcos	Suplente	FEHOSPAR
Rita de Cássia Domansky	Titular	HU-UEL
Vivian Biazon El Reda Feijó	Suplente	HU-UEL
Evaldo Pereira Lopes	Titular	HU-UEM
José Faria de Pinto	Suplente	HU-UEM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
João Maria de Oliveira Lima	Titular	ASSEF
Roselia dos Santos Bressan	Suplente	ASSEF
Fabio Stahlschmidt	Titular	CRF-PR
Paulo Costa Santana	Suplente	CRF-PR
João Eduardo de Azevedo Vieira	Titular	CREFITO-8
Rodney Wenke	Suplente	CREFITO-8

Vanessa da Rocha Chapanski	Titular	CRN-8
Marcelo Hagebock Guimarães	Suplente	CREF-9
Christine Paschenda Pereira Pinto	Titular	CRO-PR
Mariângela de Assis Gomes Fortes	Suplente	ABO-PR
Thiago Ohara	Titular	CRP-PR
Ângela Aline Haiduk Rosa	Suplente	CRP-PR
Sueli Preidum de Almeida Coutinho	Titular	CRESS-PR
Elves Vieira Rocha	Suplente	ABEN
Eliel Joaquim dos Santos	Titular	SINDPREVS
Osmar Batista	Suplente	SINDPREVS
Olga Estefania Duarte Gomes Pereira	Titular	SINDSAUDE
Ana Cristina de Carvalho Brito	Suplente	SINDSAUDE

SUMÁRIO

MENSAGEM DO SECRETÁRIO	19
MENSAGEM DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE	20
1 INTRODUÇÃO	21
2 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA	22
3 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)	27
4 PREMISSAS	29
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	29
4.2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	29
4.3 REGIONALIZAÇÃO	30
4.4 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE	30
4.5 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS	30
4.6 EFICIÊNCIA NA GESTÃO	30
4.7 COMPLIANCE	31
5 ANÁLISE SITUACIONAL	32
5.1 PERFIS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO	32
5.1.1 Perfil Demográfico	32
5.1.2 Perfil Socioeconômico	35
5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	40
5.2.1 Mortalidade	41
5.2.1.1 Mortalidade Geral	41
5.2.1.2 Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis	42
5.2.1.3 Mortalidade por Causas Externas	46
5.2.1.4 Mortalidade Materna	48
5.2.1.5 Mortalidade Infantil e Fetal	51
5.2.2 Morbidade	55
5.2.2.1 Doenças Imunopreveníveis	55
5.2.2.2 Programa Nacional de Imunização (PNI)	60
5.2.2.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis	62
5.2.2.4 Agravos e Doenças Transmissíveis	66
5.2.2.5 Violência Interpessoal e Autoprovocada	73
5.2.3 Vigilância Ambiental	74
5.2.3.1 Dengue	74

5.2.3.2	Vigiagua	77
5.2.3.3	Intoxicação Exógena	78
5.2.4	Vigilância Sanitária	81
5.2.4.1	Vigilância e Monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	81
5.2.4.2	Vigilância dos Resíduos de Contaminantes em Alimentos	83
5.2.5	Vigilância Epidemiológica	87
5.2.5.1	Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	87
5.2.5.2	Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)	87
5.2.5.3	Programa de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde	88
5.2.6	Vigilância em Saúde do Trabalhador	88
5.2.7	Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI)	91
6	PERFIL ASSISTENCIAL	92
6.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	92
6.2	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)	95
6.3	REDE HOSPITALAR	99
6.3.1	Produção de Serviços Hospitalares	102
6.3.2	Serviços Assistenciais Próprios	105
6.3.3	Rede de Serviços de Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR)	108
6.3.4	Sistema Estadual de Transplante do Paraná	110
7	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	112
7.1	LINHAS DE CUIDADO	113
7.1.1	Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil	113
7.1.2	Linha de Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente	114
7.1.3	Linha de Cuidado à Saúde do Idoso	116
7.1.4	Linha de Cuidado às Condições Crônicas	118
7.1.5	Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência	119
7.1.6	Linha de Cuidado em Saúde Mental	120
7.1.7	Linha de Cuidado à Saúde Bucal	123
7.2	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU)	124
7.2.1	Componentes da Rede Estadual de Atenção às Urgências	124
7.2.2	Monitoramento da Rede de Urgência	128

7.2.3 Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública	128
7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	128
7.3.1 População Negra	128
7.3.2 Migrantes	129
7.3.3 População em Situação de Rua (PSR)	129
7.3.4 População Indígena	130
7.3.5 Pessoas Privadas de Liberdade	130
7.3.6 Populações do Campo, da Floresta e das Águas	131
7.3.7 Povo Cigano	131
7.3.8 População Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+)	131
8 GESTÃO EM SAÚDE	133
8.1 INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	133
8.2 REGULAÇÃO, AUDITORIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	133
8.2.1 Regulação	133
8.2.2 Auditoria em Saúde	135
8.2.3 Monitoramento e Avaliação	135
8.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	136
8.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	141
8.5 CONTROLE INTERNO	143
8.6 FINANCIAMENTO EM SAÚDE	143
9 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	149
10 CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA	156
11 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES	160
DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE	162
DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ	165
DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	177
DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	184
DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS	186
12 PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	188
REFERÊNCIAS	189
LISTA DE SIGLAS	202

MENSAGEM DO SECRETÁRIO

A construção de um projeto para a saúde dos paranaenses precisa considerar aspectos relevantes, como a particularidade de cada localidade, a realidade dos serviços, as demandas regionais e, mais do que isso, a sensibilidade social. A Secretaria de Estado da Saúde lança o Plano Estadual de Saúde para os anos de 2020-2023 no exato momento em que a esquina da história faz sua curva.

A proposta é de mudança de conceito, de uma política de saúde que efetivamente seja realizada em sua plenitude, voltada para a necessidade da população, de um serviço público bem-estruturado, de um sistema organizado e que seja, de fato, de universalidade, de integralidade e com equidade, conforme os princípios e as diretrizes do SUS.

Com isso, o diálogo permanente com a sociedade, com os atores desse processo de rompimento de paradigmas, foi fundamental.

A regionalização da saúde no Paraná é a meta do Governo do Estado. Criar mecanismos de acesso, com respeito ao cidadão, sempre com vistas a superar as adversidades e os obstáculos, mas olhando no olho de cada um na busca de um sistema humanizado e respeitoso, é nossa proposta.

Por isso, resultado de uma elaboração ascendente, ou seja, vindo com a colaboração e a contribuição dos diferentes cenários, de todas as regiões do Paraná, chegamos nesta modelagem de documento, que será balizador de nossa gestão e que, em sua essência, contempla os 399 municípios do estado.

Nessa lógica, nada foi imposto, nada foi elaborado e desenhado nos quatro cantos burocráticos das salas e dos gabinetes de gestão. Ao contrário, trata-se de um Plano robusto, que ponderou os anseios dos municípios e dos representantes da saúde em suas variadas esferas e, principalmente, a regionalização.

Caminhamos com a perspectiva de levar a saúde perto da casa das pessoas, assegurando uma rede assistencial e hospitalar em que as distâncias sejam as menores possíveis e que cada recurso novo represente também um serviço novo à disposição dos paranaenses. Que a saúde seja levada com qualidade ao Paraná por inteiro.

Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

MENSAGEM DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), em conjunto com a equipe de gestão e a equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) na elaboração deste documento, teve como objetivo o fortalecimento da Saúde Pública no estado, qualificando o atendimento aos cidadãos paranaenses e ampliando o acesso aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 foi idealizado com base nos princípios do SUS, no diagnóstico situacional de Saúde do Paraná e nas diretrizes aprovadas na 12ª Conferência Estadual de Saúde. Visou, portanto, à construção coletiva da Política de Saúde do Estado e à implantação das ações do Planejamento Regional Integrado (PRI).

O CES/PR, imbuído de sua missão de propor e fiscalizar as políticas de Saúde, após deliberação do Pleno do Conselho, aprovou o PES do Paraná para o quadriênio 2020-2023 em conjunto com a SESA. O PES apresenta as diretrizes, as metas e os indicadores que vão estabelecer as ações de Saúde para a população do Estado do Paraná.

O colegiado do CES/PR sabe da responsabilidade e do compromisso em defender o SUS de qualidade, mesmo diante das possíveis adversidades encontradas.

O CES/PR monitorará e avaliará a aplicação do PES nos próximos quatro anos, propondo a melhoria dos serviços, a qualificação dos profissionais de Saúde, assim como a ampliação e o fortalecimento das ações propostas neste documento.

Portanto, a intenção do CES/PR é de promover o desenvolvimento do SUS por meio da participação popular e do controle social, buscando o atender, de forma integral, às necessidades de Saúde da população paranaense.

Marcelo Hagebock Guimarães
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Paraná

1 INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde do Paraná para o quadriênio 2020-2023 (PES-PR 2020-2023) é o documento balizador dos projetos, dos programas e das ações definidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) a serem desenvolvidos nos próximos quatro anos de acordo com o diagnóstico da situação de saúde em seu território.

Vale salientar que a opção metodológica, além de privilegiar um processo de construção participativo e coletivo, visou instituir um planejamento conceitualmente alinhado com os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua perspectiva ascendente, a elaboração do plano incorporou as agendas estratégicas definidas pelas regiões de saúde com a SESA por meio do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI). Também foram observadas as diretrizes que orientam o planejamento no âmbito do SUS, particularmente aquelas dispostas na Portaria MS/GM n. 2.135/2013 (BRASIL, 2013b).

O plano apresenta a análise situacional dos principais problemas de Saúde, transitando nos três níveis de Atenção – Primária, Secundária e Terciária –, nos diagnósticos regionais e nas necessidades sanitárias macrorregionais advindas do PRI, além de basear-se no Mapa Estratégico, no Relatório da Conferência Estadual de Saúde e no Plano de Governo 2019-2022, tendo como eixo norteador os princípios do SUS.

O presente PES contém um amplo diagnóstico, e quatro dimensões estão na base da análise situacional: demográfica, de morbimortalidade, da oferta de ações e serviços de saúde e de gestão. Este Plano também se fundamentou nas seguintes premissas: PROMOÇÃO À SAÚDE, ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL, REGIONALIZAÇÃO, INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE, PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS, EFICIÊNCIA NA GESTÃO e COMPLIANCE. Nesse sentido, buscou-se garantir a prevenção, a promoção, a assistência e a reabilitação, pautadas nos valores do compromisso ético e social, da transparência, do controle social, da valorização e do respeito ao trabalho em saúde.

O PES-PR 2020-2023, para sua plena efetividade como instrumento de planejamento e gestão, exige constante e intenso processo de envolvimento de todos os atores do SUS, de modo que lhe sejam assegurados legitimidade e permanente aperfeiçoamento, inclusive em seu nível operacional. Esse resgate é fundamental para a conquista de melhorias concretas no SUS do Paraná.

Por fim, compreende-se que tal plano constitui requisito legal para o balizamento da gestão e ferramenta para o controle social, ao mesmo tempo que se espera que seja útil como instrumento de uso contínuo a ser aprimorado à luz das mudanças da realidade. Para tanto, foram fundamentais o envolvimento e o comprometimento de vários atores na construção das diretrizes propostas, favorecendo o alcance de bons resultados em prol da população e do aperfeiçoamento da gestão do Sistema Estadual de Saúde.

2 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA

O Plano de Governo do Paraná 2019/2022 – “Agir estrategicamente e pensar democraticamente” – aponta que um dos grandes desafios da gestão da saúde no Estado é levá-la com qualidade a todos os 399 municípios. Isso requer planejamento estratégico, eficiência e ações inovadoras. Um planejamento criterioso envolve programas que visam oferecer ao cidadão acesso aos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária. Para tanto, deve estabelecer concentração de esforços para melhorar e ampliar o acesso aos atendimentos especializados, como consultas e exames, com incremento na utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento de doenças e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Sob essa ótica, a SESA definiu seu Mapa Estratégico conforme mostra Figura 1.

FIGURA 1 – MAPA ESTRATÉGICO



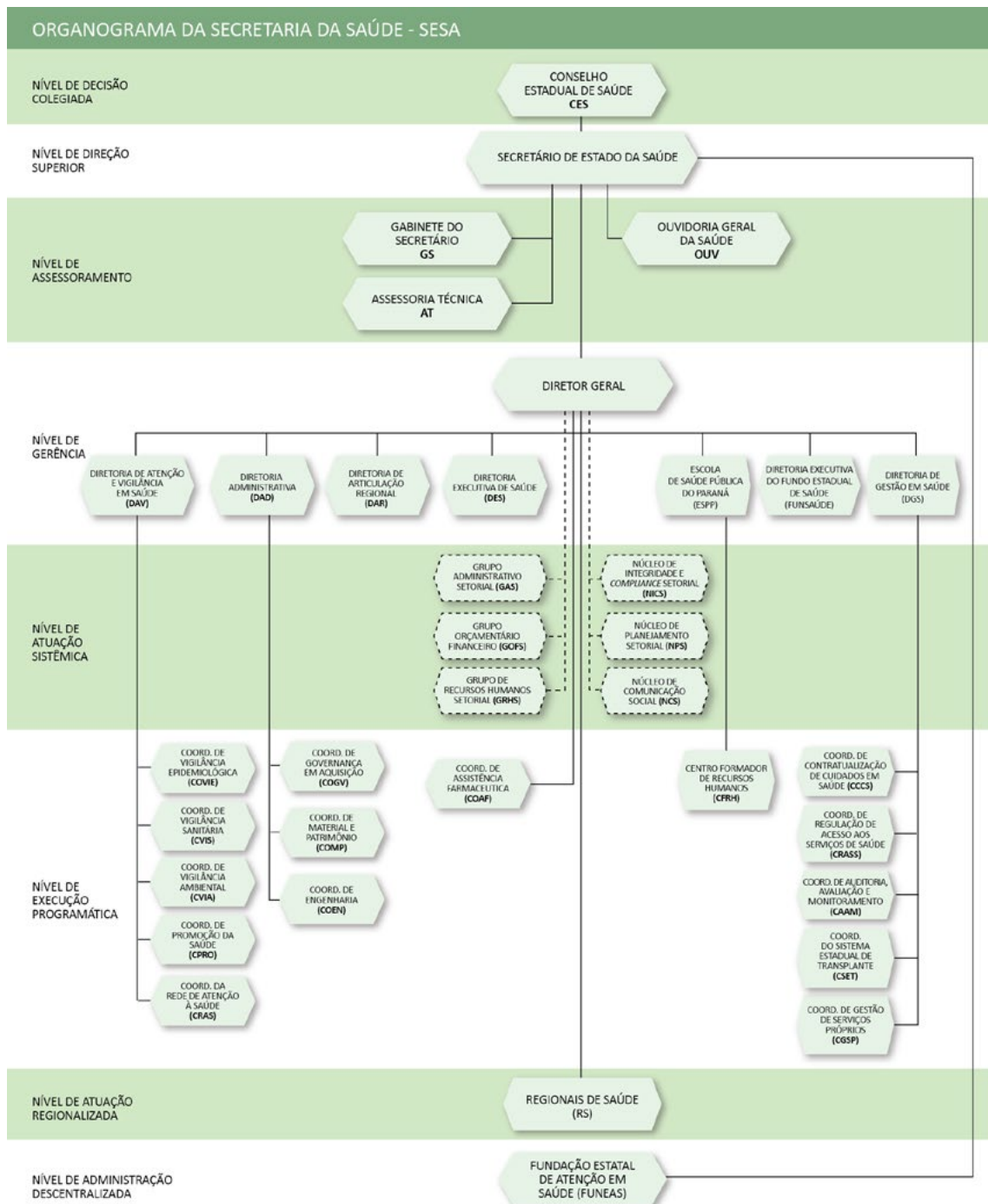
Fonte: SESA, 2019.

Para a execução das políticas públicas de saúde, o SUS do Paraná conta com uma rede de instituições públicas, a saber: 399 secretarias municipais de saúde; 22 consórcios intermunicipais de saúde e a rede de hospitais, entre eles os quatro hospitais públicos universitários, a rede privada contratada, com preferência para os hospitais filantrópicos, e a rede de hospitais próprios.

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 Comissões Intergestores Regionais (CIR), constituídas paritariamente por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais – estes encontram-se organizados em Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), vinculados ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Paraná.

A SESA conta com uma estrutura de nível central e descentralizada. Na sede, em Curitiba, estão em funcionamento estruturas de apoio e assessoria, setoriais e gerenciais, como apresentado na Figura 2.

FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA SESA



Fonte: SESA, 2019.

A SESA está presente de forma descentralizada em 22 Regionais de Saúde (Figura 3), cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades-polo de região. Nas Regionais, as instâncias administrativas e de serviços mantêm ligação com as respectivas superintendências, centralizando suas ações em três grandes eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração. O corpo técnico das Regionais é composto de profissionais das diversas áreas do conhecimento, com atuação junto às equipes municipais, aos consórcios intermunicipais de saúde e à rede SUS no apoio na articulação e no desenvolvimento da política de saúde da SESA.

FIGURA 3 – MAPA POLÍTICO DO PARANÁ



SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ

DIVISÃO POR REGIONAIS E MACROREGIONAIS

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	MACROREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
1ª PARANAGUÁ	7	13ª CIANORTE	11	MACRO LESTE	93
2ª CURITIBA	29	14ª PARANAVÁ	28	MACRO NORTE	97
3ª PONTA GROSSA	12	15ª MARINGÁ	30	MACRO OESTE	94
4ª IRATI	9	16ª APUCARANA	17	MACRO NOROESTE	115
5ª GUARAPUAVA	20	17ª LONDRINA	21		
6ª UNIÃO DA VITÓRIA	9	18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	21		
7ª PATO BRANCO	15	19ª JACAREZINHO	22		
8ª FRANCISCO BELTRÃO	27	20ª TOLEDO	18		
9ª FOZ DO IGUAÇÚ	9	21ª TELÊMACO BORBA	7		
10ª CASCAVEL	25	22ª IVAIPORÃ	16		
11ª CAMPO MOURÃO	25	TOTAL DO PARANÁ	399		
12ª UMUARAMA	21				

Fonte: SESA, 2019.

3 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

No Plano de Governo Gestão 2019-2022, a regionalização na área da saúde constitui diretriz cujo objetivo é fortalecê-la em articulação com os municípios para assegurar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Paraná, com destaque para o fortalecimento da Atenção Primária e dos Consórcios Intermunicipais.

A Resolução CIT n. 23/2019 estabelece diretrizes para o PRI, elaborado de forma ascendente, e para a governança das RAS no âmbito do SUS, principalmente no que se refere ao compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira, bem como na organização das RAS com a integração regional das ações e dos serviços de saúde.

Por sua vez, a Resolução CIT n. 37/2018 dispõe sobre o processo de PRI, estabelecendo que este será instituído e coordenado pela SESA em articulação com os municípios e com participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na CIB. O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde com relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS.

A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e objetivando garantir a resolubilidade da atenção à saúde organizada em um espaço regional ampliado. O produto do PRI é o Plano Regional/Macrorregional de Saúde.

A SESA iniciou, em 2018, em conjunto com o Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), o processo de construção do PRI. Primeiramente, foi formado um Grupo Condutor composto por representantes dos três entes federados. Esse grupo assumiu a tarefa de organizar o processo planejando as ações a serem desencadeadas em todas as regiões de saúde/macrorregiões.

O PRI é um processo de planejamento ascendente e participativo que visa fortalecer as regiões/macrorregiões na organização do SUS. A construção de Planos Regionais/Macrorregionais de Saúde deverá estar baseada nos diagnósticos e no levantamento das necessidades que estarão contemplados no PES 2020-2023.

Em 2019, foram realizadas 12 oficinas macrorregionais e duas ou mais oficinas em cada região de saúde, com a participação de cerca de 600 pessoas, entre secretários municipais de saúde, técnicos das equipes municipais, equipes da SESA, consórcios de saúde, prestadores de serviços para o SUS e Conselho Estadual de Saúde (CES).

A realização das oficinas teve como objetivos: sensibilização para o PRI, discussão e elaboração do diagnóstico regional de saúde e discussão e definição das prioridades de saúde de cada região e macrorregiões de saúde. Essas oficinas criaram uma onda de conhecimento e reflexão acerca de dados dos perfis demográfico, assistencial e epidemiológico, aprofundando o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde nessas áreas e possibilitando a identificação dos vazios assistenciais e cognitivos, o conhecimento das demandas da população diante das necessidades de saúde identificadas e as ofertas de serviços de saúde existentes em cada região. Em todas as oficinas macrorregionais foi relatada a importância do processo para o envolvimento e o engajamento dos gestores e dos profissionais de saúde na busca pela organização da RAS.

As novas etapas a cumprir, após a definição das prioridades sanitárias, são: a definição de diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; a programação geral das ações e dos serviços de saúde; a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços, orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, dos estados, dos municípios, bem como as emendas parlamentares.

O PRI tem papel fundamental na estruturação da RAS, fortalecendo, em especial, a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. O monitoramento – acompanhamento para o adequado funcionamento da RAS nas quatro macrorregiões – ocorrerá por meio da constituição de Comitês Executivos Macrorregionais. Esses comitês têm natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos em seu funcionamento e em seus resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e os representantes do Ministério da Saúde.

4 PREMISSAS

Premissa significa “a **proposição**, o conteúdo, as informações essenciais que servem de **base para um raciocínio**”. As premissas de um plano em qualquer área são “os pressupostos sobre os quais tal plano é elaborado. Assim, representam as questões que devem ser consideradas para que o plano tenha bom andamento e seja bem-sucedido” (PREMISSA, 2020, grifo do original).

Nesse contexto, a observação cuidadosa das premissas elencadas a seguir indica os pressupostos do PES-PR 2020-2023.

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias, políticas, ações e intervenções com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, na medida em que atua sobre os condicionantes e os determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular (BRASIL, 2014a).

Em 2017, foi instituída a Política de Promoção da Saúde no Estado do Paraná por meio da Resolução SESA n. 228, de 7 de abril de 2017, que traz como referências o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, a interdisciplinaridade, o trabalho em redes e a participação comunitária como estratégias para a redução de vulnerabilidades e de riscos à saúde resultantes de seus determinantes e condicionantes (PARANÁ, 2017a).

4.2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Envelhecimento Saudável é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. É um processo que abrange todo o curso da vida, relevante para todos, e depende da capacidade intrínseca e da capacidade funcional dos indivíduos, elementos estes que sofrem influência de muitos fatores, incluindo alterações fisiológicas e psicológicas subjacentes, comportamentos relacionados à saúde e presença ou ausência de doença (WHO, 2002).

4.3 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização é a diretriz organizativa que orienta o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores nos três níveis de governo e para a qual os arranjos institucionais e a relação política administrativa são variáveis que permeiam o planejamento, a gestão e a organização da RAS (VIANA; LIMA, 2011). Com a regionalização, busca-se um grau de suficiência expresso na máxima oferta e na disponibilidade de ações de saúde para a população de dado território, instrumentalizada por uma rede articulada e integrada (CONASEMS, 2019).

4.4 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

A Inovação Tecnológica em Saúde deve ser compreendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que colocam em movimento uma ação transformadora da natureza. Assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e as ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2020).

4.5 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

As parcerias público-privadas (PPP) são os “múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particulares para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum coeficiente de interesse geral” (SUNDFELD, 2005, p. 20).

4.6 EFICIÊNCIA NA GESTÃO

Eficiência é um termo que designa o fazer bem, ou seja, utilizar adequadamente os recursos organizacionais disponibilizados aos gestores e aos demais trabalhadores. Em outras palavras, **eficiência** é sinônimo de utilização racional dos recursos de forma a maximizar a probabilidade de atingir os resultados predeterminados. Isso requer planejamento estratégico e ações inovadoras. Um planejamento criterioso envolverá programas que visam oferecer ao cidadão acesso aos níveis de Atenção – Primária, Secundária e Terciária (PARANÁ, 2018).

4.7 COMPLIANCE

O termo *compliance* tem origem no verbo em inglês *to comply*, que significa agir de acordo com uma regra, uma instrução interna, um comando ou um pedido, ou seja, é estar em conformidade com leis e regulamentos externos e internos. Esse conceito abrange políticas, normas, controles internos e externos, os quais a organização precisa observar. Adequando-se ao *compliance*, suas atividades estarão em plena conformidade com as regras e as legislações aplicadas aos seus processos (PARANÁ, 2018).

5 ANÁLISE SITUACIONAL

5.1 PERFIS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

Em linha com movimentos globais, a sociedade paranaense vem apresentando contínuas mudanças, tendo em vista os novos paradigmas socioeconômicos, ambientais e tecnológicos, entre outros. Esses processos, que se vêm tornando cada vez mais velozes, indubitavelmente, elevam a importância da atividade de planejamento, ainda mais para o setor público, que é o grande responsável pelo bem-estar da população.

Na área da saúde, diagnósticos situacionais corretos e exercícios prospectivos precisos são imprescindíveis na formulação de políticas efetivas, voltadas à prestação de bons serviços ao cidadão. Sob essa perspectiva, este item apresenta as principais dinâmicas e características sociais, demográficas e econômicas do Paraná, de modo a acrescentar elementos ao PES-PR.

5.1.1 Perfil Demográfico

Nas próximas décadas, a dinâmica demográfica do Paraná será determinada, fundamentalmente, pela evolução da fecundidade e pelas mudanças no padrão de mortalidade, segundo as projeções populacionais elaboradas pelo IBGE (2018b)¹.

Após um ligeiro incremento verificado no início dos anos 2010, a taxa de fecundidade total (TFT) deve retomar sua tendência de decréscimo ao longo das próximas décadas. Em 2020, o número médio de filhos nascidos vivos deverá atingir 1,79 por mulher ao término de seu período reprodutivo, passando para 1,76 em 2030 e para 1,68 em 2060. Além disso, deve ocorrer mudança nas taxas específicas de fecundidade, com queda da taxa entre as mulheres mais jovens (até 29 anos) e aumento entre as que apresentam idade de 30 a 49 anos, indicando maior ocorrência de gravidez em idades mais elevadas.

Com relação à mortalidade, duas tendências marcarão sua evolução nas próximas décadas. Por um lado, a taxa bruta de mortalidade (TBM) deverá aumentar em todo o horizonte da projeção, com o número de óbitos por mil habitantes passando de 6,30 em 2020 para 7,30 em 2030 e, finalmente, para 12,06 em 2060. Por outro lado, a mortalidade precoce deverá ser reduzida, particularmente a mortalidade infantil, ao mesmo tempo que ocorrerá a elevação da participação dos óbitos em idade mais avançada (acima dos 60 anos) no total de óbitos do Estado.

¹ Em 2018, o IBGE disponibilizou, junto aos dados populacionais, o conjunto de indicadores utilizados para a elaboração das projeções populacionais, alguns dos quais serão destacados para ilustrar as principais tendências demográficas do Estado. Na Revisão 2018, o horizonte temporal das projeções compreende o período 2010-2060.

A migração é outro fator que influencia a trajetória demográfica, e, para a projeção da população total do Estado, importam as trocas populacionais entre o Paraná e outras Unidades da Federação ou países. Nesse caso, a previsão é de que os saldos migratórios relativos ao Paraná deverão ser irrisórios ao longo das próximas décadas, com pequeno impacto sobre a evolução da população paranaense. Cabe ressaltar que, no Estado do Paraná, as migrações ainda terão peso importante na dinâmica de concentração populacional em algumas porções do território, particularmente nas principais aglomerações urbanas do Estado.

Como consequência dessa dinâmica, a previsão é de que o ritmo de crescimento populacional no Paraná deverá desacelerar, com taxas de crescimento cada vez menores, ao mesmo tempo que a estrutura etária da população será alterada em razão do decréscimo populacional em alguns de seus segmentos, particularmente o de crianças e jovens, e em virtude da crescente participação de idosos no contingente populacional estadual.

Na próxima década, a população do Paraná terá um acréscimo de 676,9 mil pessoas, alcançando a marca de 12,2 milhões de pessoas em 2030 (Tabela 1). No período 2020-2030, a taxa de crescimento será de apenas 0,57% ao ano (a.a.), representando desaceleração em relação à década anterior (0,78% a.a.).

TABELA 1 – POPULAÇÃO TOTAL, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL E INDICADORES DEMOGRÁFICOS SELECIONADOS – PARANÁ, 2010-2030

ITEM	ANO			TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO (%)	
	2010	2020	2030	2010-2020	2020-2030
População					
Total	10.653.276	11.516.840	12.193.706	0,78	0,57
Homens	5.238.772	5.641.298	5.951.218	0,74	0,54
Mulheres	5.414.504	5.875.542	6.242.488	0,82	0,61
0 a 14 anos	2.491.629	2.311.044	2.281.953	-0,75	-0,13
15 a 59 anos	6.974.900	7.423.983	7.373.819	0,63	-0,07
60 anos e mais	1.186.747	1.781.813	2.537.934	4,15	3,60
Razão de sexos (1)	96,8	96,0	95,3	-	-
Índice de envelhecimento (2)	47,6	77,1	111,2	-	-
Proporção de idosos(3)	11,1	15,5	20,8	-	-
Razão de dependência(4)	52,7	55,1	65,4	-	-

LEGENDA: (1) Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; (2) Número de pessoas de 60 e mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; (3) Percentual de pessoas de 60 e mais anos de idade na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; (4) Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: IBGE, 2018b.

Quanto aos grandes segmentos populacionais, observa-se que a tendência de redução do número de crianças, esperada para o decênio 2010-2020, deverá continuar na próxima década, embora em menor intensidade. Entre 2020 e 2030, também deverá ser registrada queda no número de pessoas com idade entre 15 e 59 anos, indicativo de possível restrição à oferta de mão de obra no Estado.

Contrariamente, as taxas de crescimento da população idosa serão elevadas nesta década e na próxima. O número de idosos será aumentado em 756,1 mil pessoas entre 2020 e 2030, respondendo pela totalidade do crescimento populacional do Estado na citada década.

As mudanças na composição populacional podem ser examinadas por meio de alguns indicadores demográficos. A razão de sexos aponta para pequena, mas contínua, queda de participação dos homens na população total, fato que está relacionado à maior expectativa de vida das mulheres².

A intensidade do envelhecimento populacional pode ser avaliada pelo índice de envelhecimento e pela taxa de participação dos idosos na população total. Pelo primeiro indicador, é possível observar que, de uma situação de predomínio das crianças relativamente ao número de idosos³ em 2010, o Paraná chegará a 2030 contando com cerca de 111 idosos para cada grupo de 100 crianças. Nesse mesmo período, a participação de idosos na população estadual quase dobrará, passando de 11,1% para 20,8%.

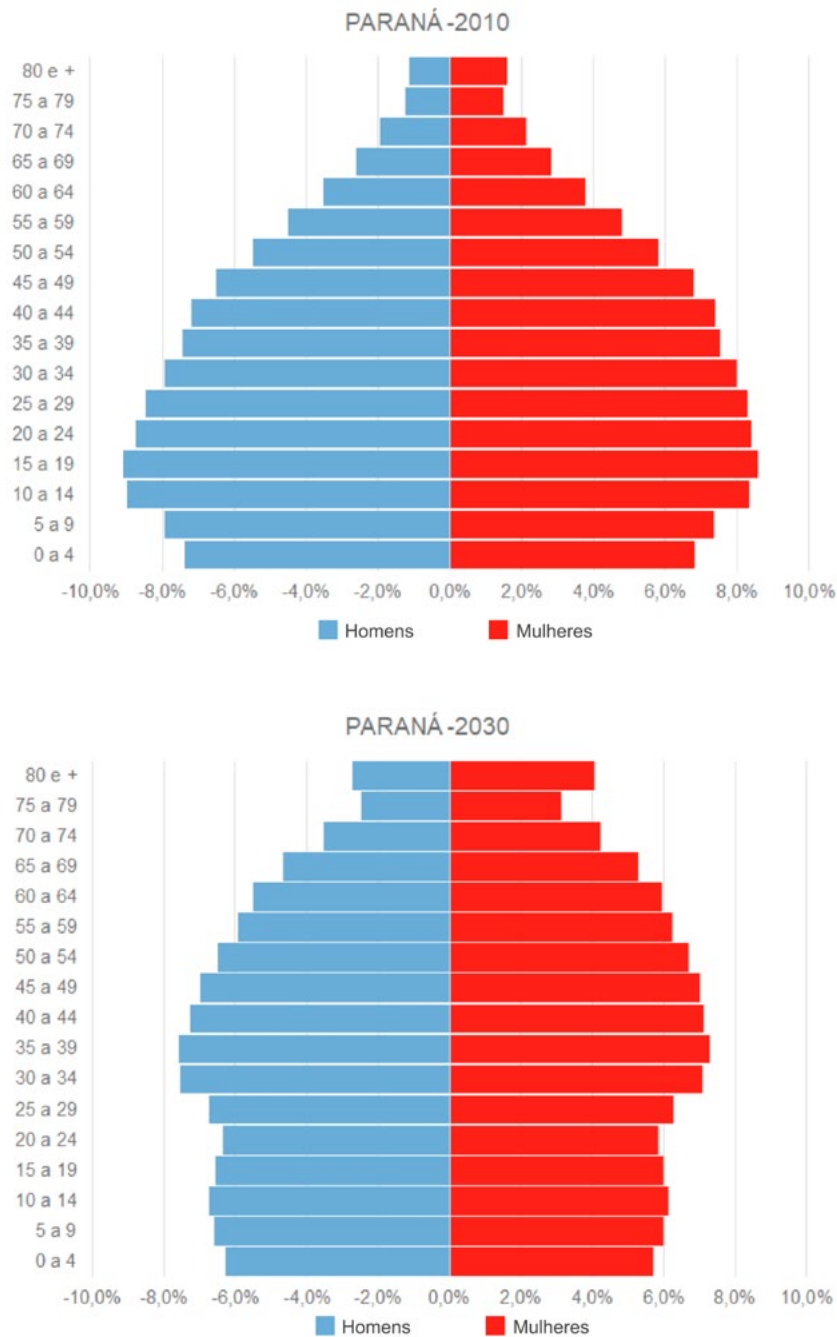
Por fim, a razão de dependência mostra que o número de pessoas potencialmente dependentes (crianças e idosos) para cada grupo de 100 pessoas potencialmente ativas deverá aumentar nos dois decênios. Em 2030, a razão será de 65 por 100. Tão importante quanto o aumento desse indicador é mudança na composição da população potencialmente dependente, com os idosos ampliando sua participação nesse contingente, de 32,3% em 2010 para 52,6% em 2030.

Essas mudanças na composição populacional do Paraná estão representadas na Figura 4. O formato da pirâmide etária será alterado, com o estreitamento da base e o alargamento do topo, em razão da redução do peso dos grupos mais jovens (até 29 anos de idade) e da ampliação da participação dos idosos.

2 Segundo IBGE (2018b), o diferencial entre a expectativa de vida ao nascer dos homens e das mulheres, no Paraná, deverá manter-se nas próximas décadas, apesar de aumentar para ambos os sexos. As mulheres, em média, vivem cerca de seis anos a mais que os homens.

3 Valor do índice de envelhecimento acima de 100 indica que há mais idosos do que crianças na população de certa área geográfica. Abaixo de 100, tem-se o predomínio de crianças, sendo que o valor abaixo de 50, como registrado em 2010 para o Paraná, indica que o número de crianças é superior ao dobro do número de idosos.

FIGURA 4 – PIRÂMIDES ETÁRIAS DA POPULAÇÃO PARANAENSE – 2010-2030



Fonte: IBGE, 2018b.

5.1.2 Perfil Socioeconômico

Segundo dados do IBGE (2018a), o rendimento médio mensal domiciliar per capita dos paranaenses atingiu R\$ 1.557,00 em 2018, o que inclui não apenas a remuneração do trabalho, mas também as aposentadorias, as pensões, as transferências sociais e os rece-

bimentos de alugueis, entre outras fontes de renda. Esse resultado é superior à média nacional (R\$ 1.337,00), colocando o Estado na 6ª posição entre as Unidades da Federação, atrás do Distrito Federal, de São Paulo, do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro e de Santa Catarina (Figura 5).

FIGURA 5 – RENDIMENTO MÉDIO MENSAL DOMICILIAR *PER CAPITA* UNIDADES DA FEDERAÇÃO SELECIONADAS E BRASIL, 2018

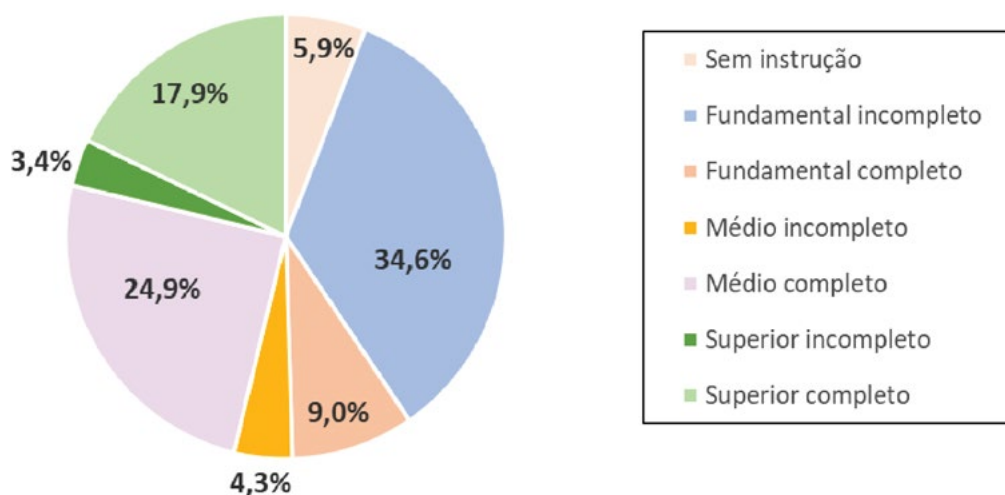


Fonte: IBGE, 2018a.

Além da ampla margem para avanço, necessário para o atingimento de uma melhor condição de bem-estar, há razoável assimetria entre os valores recebidos pelos paranaenses, com o 1% mais rico respondendo por 10,2% da massa total de rendimentos, ao passo que os 20% mais pobres detêm somente 4,2% da riqueza. Todavia, os números do Paraná são melhores que os do país, que registra 12,2% da renda em poder do 1% mais rico e apenas 2,9% do total auferido pelos 20% mais pobres.

Como se sabe, esses altos patamares de desigualdade estão estreitamente relacionados aos desníveis da educação. Ainda de acordo com o IBGE (2018a), mais da metade (53,8%) dos paranaenses com 25 anos ou mais de idade não concluíram o ensino médio, distribuindo-se em 5,9% no estrato que reúne as pessoas sem instrução, 34,6% no grupo dos adultos com o fundamental incompleto, 9,0% na divisão dos indivíduos com o fundamental completo e 4,3% na faixa que compreende aqueles com o nível médio incompleto (Figura 6). Já as pessoas com o ensino médio concluído representam 24,9% do total de indivíduos com pelo menos 25 anos, suplantando as participações registradas pelos paranaenses com nível superior incompleto (3,4%) e completo (17,9%).

FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS COM 25 ANOS OU MAIS CONFORME O NÍVEL DE INSTRUÇÃO – PARANÁ, 2018

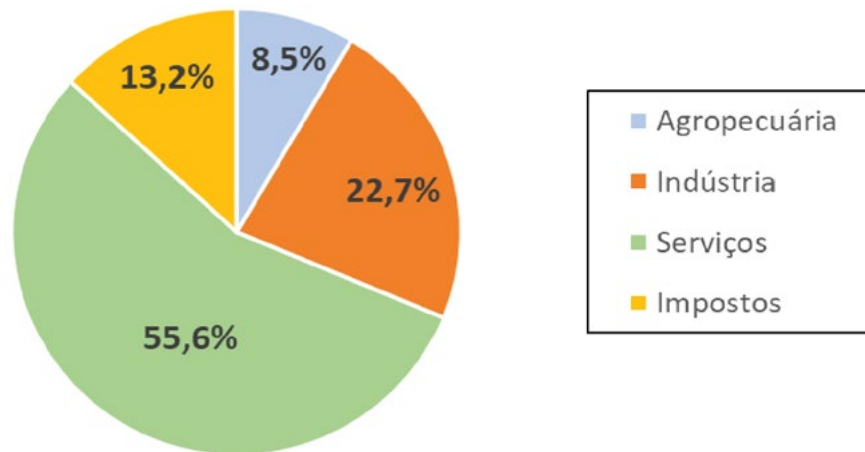


Fonte: IPARDES, 2019.

Em adição aos indicadores sociais citados, cabe mencionar, ainda, que 30,3% dos domicílios do Estado não estão ligados à rede de esgotamento sanitário e 7% não têm lixo coletado, o que certamente repercute sobre a saúde da população.

A economia paranaense tem a diversificação como uma de suas principais características. Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o produto interno bruto (PIB) do Estado alcançou R\$ 438,6 bilhões em 2018, com peso relativo mais expressivo do setor de serviços, responsável por 55,6% do total de bens e serviços finais produzidos no citado exercício, seguido da indústria e da agropecuária, cujas participações atingiram 22,7% e 8,5%, respectivamente, cabendo mencionar, ainda, a fatia de 13,2% referente aos impostos (Figura 7).

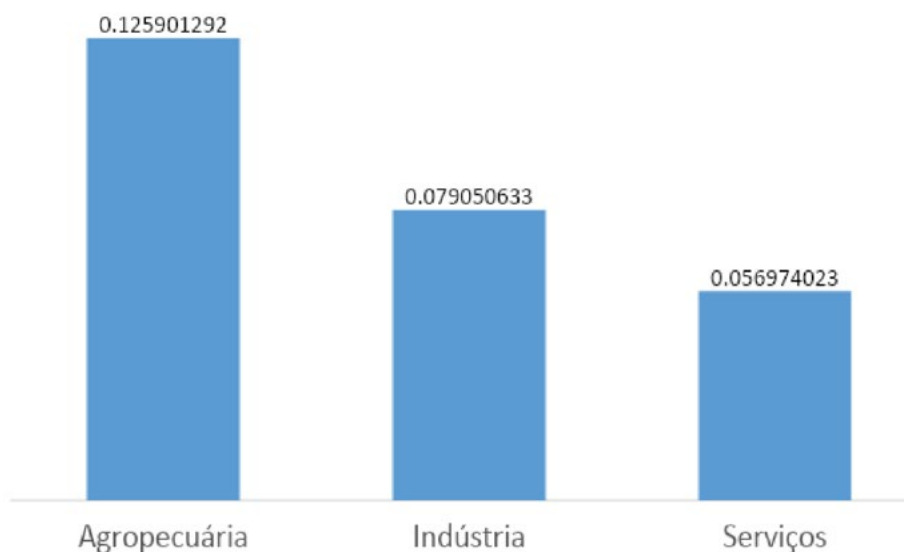
FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO SETORIAL DO PRODUTO INTERNO BRUTO – PARANÁ, 2018



Fonte: IPARDES, 2019.

O Paraná responde por 12,6% do valor adicionado bruto (VAB), que difere do PIB apenas pela não imputação dos impostos, do setor primário nacional (Figura 8), o que comprova o dinamismo de suas atividades agrícolas e pecuárias. Como se sabe, o Estado é o maior produtor brasileiro de trigo, feijão, centeio e cevada, ocupando a 2ª posição na oferta de soja, milho, mandioca e erva-mate, de acordo com resultados de 2018 levantados pelo IBGE. Na criação de animais, sobressai-se a avicultura, atividade em que a liderança paranaense é consolidada.

FIGURA 8 – PARTICIPAÇÃO DO PARANÁ NO VALOR ADICIONADO BRUTO DO BRASIL – GRANDES SETORES ECONÔMICOS – 2018



Fonte: IPARDES/IBGE, 2019.

Já no caso da indústria, o peso estadual no VAB nacional perfaz 7,9%, como reflexo, principalmente, da representatividade das atividades manufatureiras voltadas à produção de alimentos, derivados de petróleo, veículos automotores, papel e celulose, produtos madeireiros e móveis. Ademais, o Estado é destaque na geração de energia elétrica em razão da operação da Itaipu Binacional e de grandes hidrelétricas da Companhia Paranaense de Energia (Copel).

Por fim, o Paraná registra uma participação de 5,7% no VAB do terciário brasileiro, com um relevante peso na renda gerada pelos serviços de transporte do país, sendo igualmente representativas as atividades comerciais e imobiliárias, o que ressalta ainda mais a multiplicidade local das atividades econômicas.

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 Desempenho Municipal (IPDM), que visa captar as condições socioeconômicas dos 399 municípios do Paraná, considerando igual ponderação em suas dimensões mais importantes: renda, emprego e produção agropecuária; educação; e saúde⁴.

O IPDM segue uma linha semelhante à do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e pode ser utilizado como uma alternativa ao IDH, pois sua periodicidade é anual.

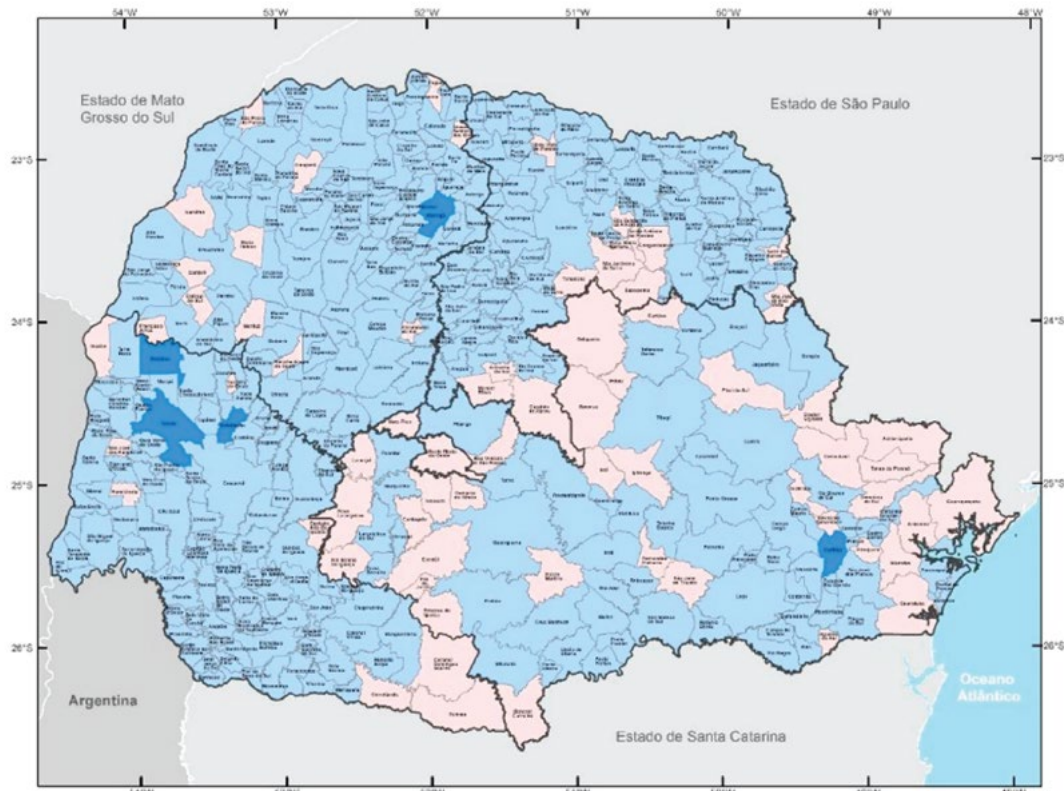
O desempenho municipal é expresso por um índice cujo valor varia entre 0 e 1 e, quanto mais próximo de 1, maior o nível de desempenho. Com base no valor resultante, os municípios são classificados em quatro grupos: baixo desempenho (0,0000 a 0,3999); médio baixo desempenho (0,4000 a 0,5999); médio desempenho (0,6000 a 0,7999); e alto desempenho (0,8000 a 1,000).

O cálculo do IPDM 2016, de modo geral, demonstrou melhorias nas condições socioeconômicas dos municípios do Paraná, com avanço do resultado final em 262 municípios. Analisando a classificação conforme os graus de desenvolvimento, nenhum município obteve resultado inferior a 0,4000 em 2016, situação considerada de baixo desempenho. Por outro lado, 330 municípios apresentaram índices com patamares acima de 0,5999, demonstrando condições de médio e alto desempenho (Figura 9).

Os municípios com os menores graus de desenvolvimento, classificados como de médio baixo desempenho, obtiveram valores de 0,4000 a 0,5999. Nessa faixa, o levantamento apontou 69 municípios.

4 Na construção do índice da dimensão Saúde, são adotadas as seguintes variáveis: número de consultas pré-natais (superiores a seis) por nascido vivo; óbitos de menores de cinco anos por causas evitáveis por nascido vivo; e óbitos por causas mal definidas. Na dimensão Educação, são utilizadas as seguintes variáveis: atendimento à educação infantil; taxa de abandono escolar; taxa de distorção idade-série; percentual de docentes com ensino superior; e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). E na dimensão Renda, Emprego e Produção Agropecuária, as variáveis estão relacionadas ao salário médio; ao emprego formal; e à renda da agropecuária.

FIGURA 9 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL (IPDM) – 2016



ESTADO DO PARANÁ

ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL - 2016

— Macrorregiões de saúde

Nº MUNICÍPIOS	
■ BAIXO DESEMPENHO	0
■ MÉDIO BAIXO DESEMPENHO	69
■ MÉDIO DESEMPENHO	325
■ ALTO DESEMPENHO	5

Nota: Municípios com IPDM
 de 0 a < 0,4 são considerados de baixo desempenho;
 de 0,4 a < 0,6 com desempenho médio baixo;
 de 0,6 a < 0,8 com desempenho médio;
 de 0,8 a 1,0 com alto desempenho.

Fonte: IPARDES, 2018.

5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico de morbi-mortalidade é um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos, e resultante da urbanização, das tecnologias e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade.

5.2.1 Mortalidade

5.2.1.1 Mortalidade Geral

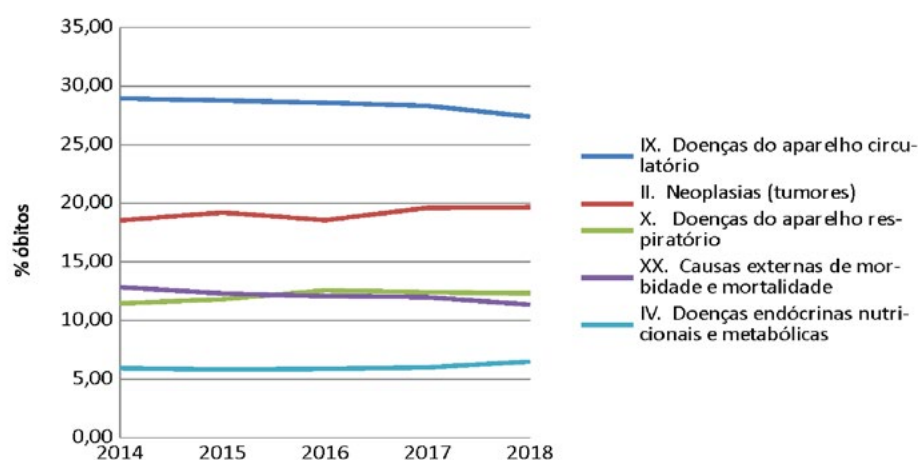
No Paraná, ocorrem 70.000 óbitos anualmente, com média de idade de óbito, no ano de 2018, de 70 anos para mulheres e de 63 anos para os homens. Essa diferença de expectativa de vida também ocorre no Brasil e pode ser explicada pela maior incidência dos óbitos por causas externas ou não naturais, que atingem com maior intensidade a população masculina, fenômeno relacionado com o processo de urbanização e metropolização do Brasil (BRASIL, 2020b).

Também se verifica uma tendência à persistência de redução da mortalidade por doenças transmissíveis, e a principal causa de óbitos são as doenças cardiovasculares, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório crônicas e do Diabetes Mellitus, entre 2014 e 2018 no Paraná, assim como no Brasil (SOUZA, 2018).

Entre as neoplasias assumem importância como causa de mortalidade entre as mulheres os cânceres de trato digestivo, em especial de cólon, seguidos pelas neoplasias de mama, útero e pulmão. Já para os homens, os óbitos por neoplasias gastrointestinais mais prevalentes têm sido estômago, esôfago e cólon, seguidos por neoplasia do pulmão e da próstata.

Com relação às causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), há uma tendência progressiva de redução dos óbitos nos últimos anos. Entretanto, nota-se que a mortalidade por causas externas na população masculina jovem, sobretudo entre 20 e 29 anos, corresponde a 80% das causas de óbito (Figura 10).

FIGURA 10 – PROPORÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO POR CAPÍTULO CID-10 EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS – PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SIM, 2018.

No que se refere à qualificação dos dados de mortalidade nos sistemas de informação, o percentual de causas mal definidas nas declarações de óbitos tem permanecido em 4% no Paraná, sendo um desafio a elucidação de óbitos de ocorrência domiciliar, especialmente por fragilidades quanto à estruturação dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO).

5.2.1.2 Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis

Mortalidade Prematura (30-69 anos)

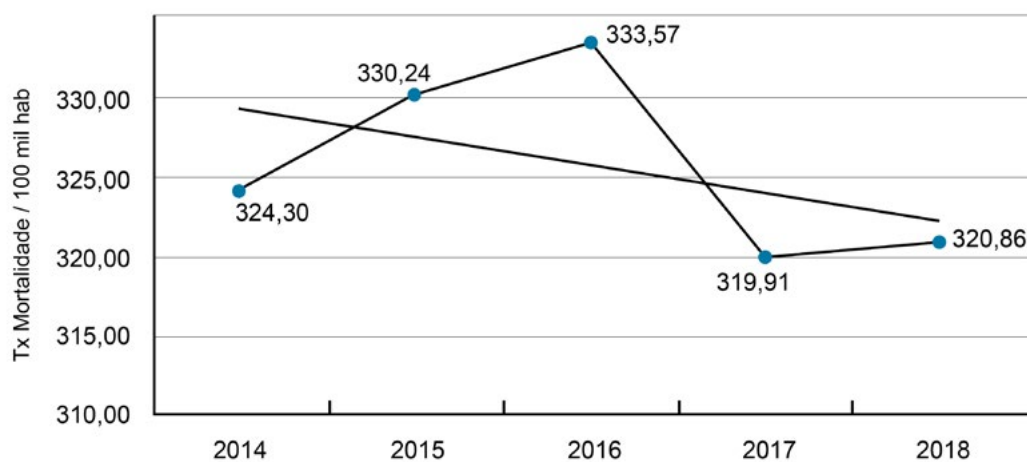
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas.

Em 2018, a Região Sul apresentou a maior TMP por DCNT do Brasil (322,42/100 mil habitantes), com o Rio Grande do Sul ocupando o 1º lugar, com 347,42/100 mil habitantes, seguido por Paraná, com 318,20/100 mil habitantes, e este por Santa Catarina, com 292,81/100 mil (BRASIL, 2019j).

Embora um dos principais fatores de risco da maioria das DCNT seja a idade, a mortalidade por DCNT na faixa etária de 30-69 anos é importante para analisar o cuidado à saúde da população e seus hábitos de vida, pois os principais fatores de risco responsáveis pelas DCNT (sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, obesidade, dietas inadequadas e estresse emocional) estão relacionados ao estilo de vida da população. Some-se a isso o diabetes e a hipertensão arterial, sem controle adequados, ambos considerados condições crônicas e, ao mesmo tempo, fatores de risco para as doenças cardiocirculatórias.

No Paraná, considerando o período de 2014-2018 (dados preliminares), esse conjunto de doenças correspondeu a 58,83% de todas as mortes, e 42,0% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. A taxa de mortalidade prematura (TMP) reduziu em 2018 comparada a 2014 (de 324,30 para 320,86/100 mil habitantes), ou seja, 1,06% (Figura 11).

FIGURA 11 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR DCNT PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVIEP/DAUE/SIM; População: IBGE, 2018b.

Considerando as DCNT em grupos distintos na faixa etária de 30 a 69 anos em 2018, as neoplasias ocupam o 1º lugar em taxa de mortalidade, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, pelo diabetes mellitus e pelas doenças respiratórias crônicas. Contudo, as doenças circulatórias e as respiratórias reduziram a taxa de mortalidade entre 2014 e 2018, ao passo que as neoplasias e o diabetes apresentaram aumento dessa taxa no mesmo período (Tabela 2).

TABELA 2 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR 100 MIL HABITANTES – DCNT E VARIAÇÃO PERCENTUAL – PARANÁ, 2014-2018¹

Grupo de Causas	2014	2015	2016	2017	2018 ¹	Var% 2014-2018
Neoplasias	130,31	135,08	135,35	133,81	135,99	4,37
Diabetes Mellitus	27,68	26,40	27,99	26,98	29,24	5,63
Dçs. Ap. Circulatório	141,00	144,63	143,90	135,25	131,92	-6,44
Dçs. Resp. Crônicas	25,31	24,14	26,33	23,87	23,71	-6,34
TMP total	324,30	330,24	333,57	319,91	320,86	-1,06

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVIEP/DAUE/SIM; População: IBGE, 2018b

Com relação à faixa etária, a TMP no Paraná em 2018 foi de 1.037/100mil habitantes entre 60 a 69 anos, e a taxa no mesmo ano atingiu 48,96/100 mil habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos, sendo esta a única faixa em que houve aumento da mortalidade (6,01%) (Tabela 3).

TABELA 3 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR 100 MIL HABITANTES – DCNT E FAIXA ETÁRIA – PARANÁ, 2014-2018¹

Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018 ¹	Var% 2014-2018
30-39 anos	46,18	45,25	45,99	46,20	48,96	6,01
40-49 anos	146,34	149,72	148,38	138,36	138,62	-5,27
50-59 anos	434,74	436,27	432,64	405,08	393,67	-9,45
60-69 anos	1091,74	1095,78	1096,23	1043,90	1037,00	-5,01
TMP Total	324,30	330,24	333,57	319,91	320,86	-1,06

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVIEP/DAUE/SIM; População: IBGE, 2018b.

Mortalidade por Neoplasias (30-69 anos)

A taxa de mortalidade por neoplasias malignas no sexo masculino, em 2018, entre 30 e 69 anos, foi de 151,56/100 mil habitantes, e as maiores taxas de morte corresponderam a: (1º) órgãos digestivos: esôfago, estômago, fígado/vias biliares; (2º) aparelho respiratório: brônquios, pulmões, laringe e coração; (3º) cavidade oral: orofaringe, lábios não especificado (NE), língua NE. No sexo feminino, a TMP foi de 121,55/100 mil habitantes, e as maiores taxas de morte por neoplasias referiram-se a: (1º) aparelho digestivo: cólon, estômago e pâncreas; (2º) mama; (3º) órgãos genitais: cólon do útero, ovário e útero NE.

Comparando-se dados de 2014 com os de 2018 na faixa etária de 30-69 anos, as maiores taxas concentraram-se em 60 anos ou mais, observando-se redução da TMP por neoplasias na faixa etária de 50-59 anos (-4,42%) e maior aumento entre 30-39 anos no período (8,48%) (Tabela 4).

TABELA 4 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR 100 MIL HABITANTES – NEOPLASIAS – PARANÁ, 2014-2018¹

Faixa	2014	2018 ¹	Var % 2014-2018
30 a 39 anos	23,62	25,62	8,48
40 a 49 anos	66,09	66,91	1,23
50 a 59 anos	186,85	178,60	-4,42
60 a 69 anos	394,85	399,11	1,08
Total	130,31	135,99	4,37

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVIEP/DAUE/SIM; População: IBGE, 2018b.

Na faixa etária de 30-39 anos em que houve o aumento da TMP no período, a primeira causa de morte foi por neoplasias, seguidas por aparelho circulatório e por diabetes mellitus, que teve o maior aumento (28,93%) no período avaliado. Houve uma redução de 15,10% (Tabela 5).

TABELA 5 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-39 ANOS) POR 100 MIL HABITANTES – DCNT POR GRUPO DE CAUSAS – PARANÁ, 2014-2018¹

Grupo de Causas	2014	2015	2016	2017	2018 ¹	Var% 2014-2018
Neoplasias	23,08	21,52	21,43	22,72	24,81	7,49
Diabetes Mellitus	2,06	2,49	2,64	2,95	2,66	28,93
Dçs. Ap. Circulatório	17,64	18,01	18,29	16,82	17,94	1,72
Dçs. Resp. Crônicas	2,35	2,04	2,30	2,28	1,99	-15,10
Total	45,13	44,05	44,65	44,77	47,41	5,04

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVIEP/DAUE/SIM; População: IBGE, 2018b.

No período analisado, de 2014 a 2018, o declínio da taxa de mortalidade por doenças circulatórias e respiratórias acompanha uma tendência mundial e pode ser explicado pela melhora das condições de saúde da população no seu sentido mais amplo. Da mesma forma, o aumento da mortalidade por neoplasias e por diabetes em faixa etária idêntica reflete seu preocupante crescimento mundial.

Mortalidade por Doenças Cardio/Cerebrovasculares

Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em âmbito global. Desses óbitos, em 7,4 milhões a causa básica foi por doenças cardiovasculares (DCV) e, em 6,7 milhões, por acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (MULLER et al., 2012).

Um estudo publicado no ano de 2008 apontou que as DCV representaram 32,3% do total de mortes no Estado do Paraná, os coeficientes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares foram de 44,1 e de 60,7 óbitos por 100 mil habitantes respectivamente (MULLER et al., 2012). No decorrer dos anos, observa-se que as taxas de mortalidade para as principais causas de morte, segundo causa básica, apresentaram declínio considerável no Paraná, e o infarto agudo do miocárdio (IAM) ocupa o 1º lugar. Entretanto, no ano de 2018, houve um aumento da mortalidade relacionado a doenças hipertensivas e a sequelas de doenças cardiovasculares.

O acesso da população aos serviços de saúde criados pelo SUS, a implantação das linhas de cuidado prioritárias e nas regiões de saúde do Estado, entre elas a cardiovascular e a cerebrovascular, bem como a maior cobertura da estratégia de saúde da família nos municípios, podem ter contribuído para a redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Estado.

Entre as doenças do aparelho circulatório em 2018, as doenças isquêmicas do coração (IAM como principal tipo) e as cerebrovasculares representaram 53,6% dos óbitos no sexo masculino e, no feminino, 46,4%, sendo a razão entre os sexos (masculino: feminino) de 1,2 nesse ano. Quanto à idade, os homens adoecem mais cedo por doenças do aparelho circulatório, com coeficientes maiores a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, ampliando-se o diferencial nas faixas etárias mais elevadas.

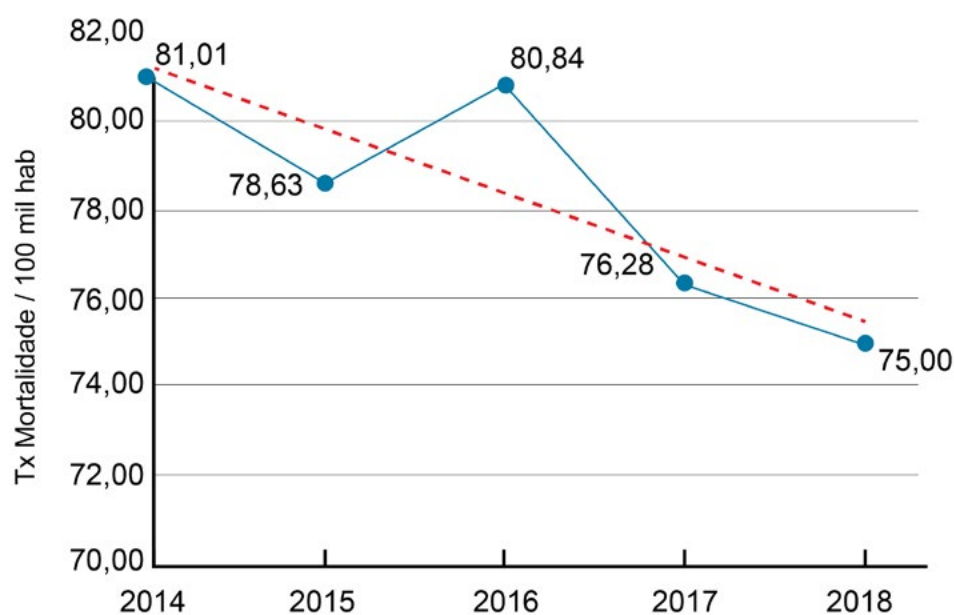
A proporção da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 2018 no Paraná foi maior na faixa etária de 80 anos ou mais (35,80%), seguido 50-69 anos (30,45%), idade de 70-79 anos (27,01%) e 40-49 anos (4,41%). Com o aumento da expectativa de vida da população no Paraná, bem como na mudança gradual no perfil das doenças que são determinantes para a mortalidade, há concentração nos indivíduos idosos (CABREIRA; ANDRADE; WAJNGARTEN, 2007).

5.2.1.3 Mortalidade por Causas Externas

As causas externas (CE), que incluem as violências e os acidentes, mantêm-se por décadas em posição de destaque no cenário epidemiológico do Brasil e do mundo (BRASIL, 2015d). No período de 2014-2018, ocorreram 43.770 óbitos decorrentes de causas

externas, e a primeira causa de mortalidade foi acidentes de transporte terrestre (ATT), seguida por homicídios (75%), e este por quedas. Houve redução 7,39% de óbitos, passando de 81,01/100 mil habitantes para 75,03/100 mil habitantes (Figura 12).

FIGURA 12 – TAXA DE MORTALIDADE/100 MIL HABITANTES POR CAUSAS EXTERNAS – PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, out. 2019; População projeção: IBGE, 2018b.

Comparando-se a variação percentual entre os anos de 2014 e 2018, foi observada maior redução (24,62%) na taxa de mortalidade (TM) por homicídios (26,89/100 mil habitantes em 2014 para 20,27/100 mil habitantes em 2018), e aumento de 41,14% em suicídios (5,64/100 mil habitantes em 2014 para 7,96/100 mil habitantes em 2018). A segunda maior redução foi de 22,25% para ATT (27,69/100 mil habitantes em 2014 para 21,53/100 mil habitantes em 2018).

Em 2018, ocorreram 8.515 óbitos decorrentes de causas externas no Paraná (cerca de 11% do total de óbitos), e as primeiras causas por ATT, homicídios e quedas. A análise por sexo demonstra taxas mais elevadas no masculino em todos os grupos de causas, primeira causa por homicídios – 37,57/100 mil habitantes (10 x a mais que no feminino), seguidos por ATT – 35,16/100 mil habitantes (4 x a mais que no feminino). No sexo femi-

nino, predominaram as mortes por quedas (11,17/100 mil habitantes), seguidas por ATT (8,35/100 mil habitantes).

As principais vítimas de ATT foram motoristas de automóvel, seguidos por motociclistas e pedestres. Óbitos por ATT foram mais prevalentes em adultos jovens – 20-39 anos (27,9/100 mil habitantes), assim como por homicídios (38,1/100 mil habitantes) e por quedas em idosos (72,3/100 mil habitantes).

Em 2018, ocorreram 903 óbitos por suicídio no Paraná, 81,62% em homens, na faixa etária de 20-49 anos (60,14%). Os meios mais utilizados foram: enforcamento, ingestão de pesticidas, e arma de fogo; as ocupações predominantes foram: trabalhadores da agricultura, pedreiros, estudantes e aposentados (34,55%).

Em 2017, as maiores taxas ocorreram nas regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste, e a Região Sul ficando em 4º lugar. Nesse ano, a Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade do Brasil por suicídios (maior no RS) e por quedas (maior no PR). Na Região Sul, o Paraná apresentou a maior TM por ATT e intervenção legal; o Rio Grande do Sul, por homicídios, e Santa Catarina por óbitos decorrentes de complicações de assistência médico-cirúrgica.

As altas taxas de mortalidade por quedas em idosos apontam para o risco de fragilidade dessa população e para a atenção na linha de cuidado.

Apesar da tendência decrescente da mortalidade por lesões do trânsito, possivelmente em razão do maior rigor da Lei Seca (2012), em conjunto com a crise econômica (2014) e a implantação do Programa Vida no Trânsito, chama atenção a não redução dos óbitos em motociclistas e o aumento do número de óbitos em ciclistas, saltando de 98 em 2017 para 149 em 2018.

É necessário ampliar esforços em políticas que visem à maior redução das lesões do trânsito no Brasil, principalmente com relação aos mais vulneráveis; aos motociclistas e aos pedestres (BRASIL, 2019I). Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) propõem reduzir em 50% o número de óbitos por lesões no trânsito para o período de 2020-2030.

O padrão de vulnerabilidade por causas externas no Paraná incluiu, em sua maioria, pessoas do sexo masculino e com idade entre 20-39 anos e com baixa escolaridade, demonstrando a vulnerabilidade social dessa população. São primordiais intervenções multissetoriais para direcionar as ações de prevenção desses agravos e a promoção de qualidade de vida, a fim de reverter esse cenário.

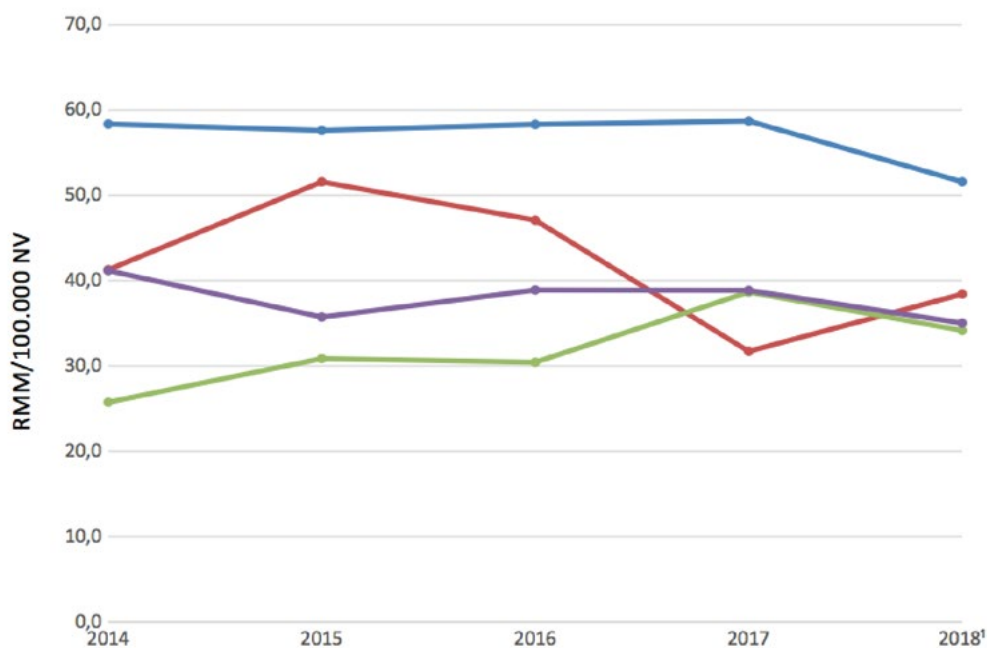
5.2.1.4 Mortalidade Materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna (MM) estão associadas à insatisfatória

prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério (RIPSA, 2008).

Os valores da RMM do Brasil, do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul no período de 2014-2018 estão apresentados na Figura 13. A RMM mais elevada no Brasil foi no ano de 2017 (58,7/100 mil nascidos vivos), e a mais baixa foi no ano de 2018 (51,6/100 mil nascidos vivos). Entre os estados da Região Sul do país, de 2014-2018, o Paraná foi o que apresentou a RMM mais elevada, com exceção do ano de 2017, no qual a RMM foi a menor dos três estados e também a menor comparada aos demais anos do próprio estado.

FIGURA 13 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL – PARANÁ, SANTA CATARINA E RIO GRANDE DO SUL, 2014-2018¹



RMM	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Brasil	58,3	57,6	58,3	58,7	51,6
Paraná	41,3	51,6	47,1	31,7	38,4
Santa Catarina	25,7	30,9	30,4	38,6	34,1
Rio Grande do Sul	41,2	35,7	38,9	38,9	35,0

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM; Sinasc, 2019.

No período de 2014 a 2018, as características dos óbitos maternos no Paraná foram: faixa etária 20-39 anos (82,5%); raça / cor branca (67,5%); escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (50,9%); local de ocorrência hospital (91,9%); período do óbito – puerpério até 42 dias após parto (71,7%). Quanto ao tipo de causas: obstétricas diretas (61,7%); obstétricas indiretas (33,7%); e indeterminadas (4,5%). As principais causas de MM entre as obstétricas diretas foram: hemorragias (26,3%); transtornos hipertensivos (24,4%); e embolia de origem obstétrica (9,8%). As três principais causas de MM entre as obstétricas indiretas foram: doenças do aparelho circulatório (31,3%); doenças do aparelho respiratório (17,0%); e outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério, e entre estas, predominaram as neoplasias e as colagenoses (17,9%).

Os percentuais da investigação dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF) e dos óbitos maternos do Brasil, regiões, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018 estão apresentados nos Quadros 1 e 2. A Região Sul apresenta maior percentual de óbitos de MIF e de óbitos maternos investigados na maioria dos anos. O Paraná tem 100% dos óbitos maternos investigados em todos os anos descritos, e os óbitos de MIF investigados apresentam um percentual acima de 98%.

QUADRO 1 – PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE MIF BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL, 2014-2018¹

REGIÃO/UF	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Brasil	89,01	89,09	89,67	91,04	85,54
Região Norte	86,74	85,37	86,85	89,69	80,91
Região Nordeste	81,88	82,55	83,57	86,83	81,78
Região Sudeste	91,73	91,45	91,71	92,01	86,23
Região Sul	96,20	96,58	96,95	96,98	93,74
Paraná	99,30	98,34	99,09	99,42	96,67
Santa Catarina	95,75	96,29	98,55	97,80	95,20
Rio Grande do Sul	93,28	94,99	93,94	94,26	90,00

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: MS/DATASUS/SVS; BRASIL, 2019i.

QUADRO 2 – PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL, 2014-2018¹

REGIÃO/UF	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Brasil	93,67	94,82	93,82	94,70	85,74
Região Norte	97,23	96,26	99,55	97,92	92,52
Região Nordeste	88,36	91,03	88,85	92,57	83,08
Região Sudeste	94,92	96,04	94,51	94,31	85,53
Região Sul	98,66	98,80	97,45	99,30	90,21
Paraná	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Catarina	100,00	93,33	100,00	100,00	94,12
Rio Grande do Sul	96,61	100,00	92,73	98,18	75,51

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: MS/DATASUS/SVS; BRASIL, 2019i.

5.2.1.5 Mortalidade Infantil e Fetal

A mortalidade fetal é um indicador sensível à qualidade e ao acesso à assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto, sendo também influenciada pelas condições de saúde materna, antecedentes obstétricos e características socioeconômicas da mãe.

A mortalidade infantil é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas da população. A taxa de mortalidade infantil (TMI) expressa a estimativa do risco de morrer de crianças menores de 1 ano. O monitoramento, juntamente à identificação das causas associadas aos óbitos, constitui ferramenta fundamental para elaborar políticas públicas mais adequadas e eficientes, direcionadas ao controle da mortalidade específica da população analisada.

A análise da TMI de 2014-2018 aponta uma tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, reflete a melhoria nas condições de vida e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, de saneamento e de educação da mãe, entre outros aspectos. O Brasil apresentou uma redução de 5,9% da TMI no período de 2014-2018, e o Paraná, nesse mesmo período, reduziu em 8%, mesmo valor alcançado pela Região Sul do país (Tabela 6).

TABELA 6 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NASCIDOS VIVOS BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DO SUL, 2014-2018¹

Localidade	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Brasil	12,9	12,4	12,7	12,4	12,1
Região Norte	15,7	15,2	15,5	15,4	15,3
Região Nordeste	14,5	14,0	14,5	14,1	13,5
Região Centro-Oeste	13,0	12,2	12,7	11,7	11,7
Região Sudeste	11,7	11,3	11,7	11,3	11,2
Região Sul	10,8	10,4	10,0	10,1	9,9
Paraná	11,2	10,9	10,5	10,4	10,3
Santa Catarina	10,1	9,9	8,8	9,9	9,5
Rio Grande do Sul	10,7	10,1	10,2	10,1	9,7

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM; BRASIL, 2019h.

Outro aspecto a observar são os componentes etários da TMI. O componente pós-neonatal (28 dias a < 1 ano), como os outros componentes, apresentou expressiva redução no período estudado (13,4%), variando de 3,2 a 2,8/1000 NV. Nos dias atuais, a mortalidade neonatal (0-27 dias de vida) tem a maior representação em termos proporcionais na mortalidade infantil no Brasil. A Tabela 7 apresenta a TMI e seus componentes etários no Paraná no período 2014-2018.

TABELA 7 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES ETÁRIOS – PARANÁ, 2014-2018¹

Ano	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Neo-Precoce (< 7 dias)	6,0	5,9	5,4	5,5	5,6
Neo-Tardia (7 a 27 dias)	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Pós-Neonatal (28 dias a < 1 ano)	3,2	3,1	3,2	2,9	2,8
TMI	11,2	10,9	10,5	10,4	10,3

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, 2019.

No que diz respeito ao peso ao nascer, o baixo peso é um importante fator de risco para a sobrevivência nas primeiras horas de vida e, principalmente, nos primeiros dias de vida (período neonatal). Analisando-se o peso ao nascer, destaca-se que, em 2018, os menores de 1 kg representam 32,8% dos óbitos, 1 kg a < 1,5Kg (12,6%), 1,5 à < 2,5 Kg (20,9%) e > 2,5 Kg (29%) (Tabela 8).

TABELA 8 – PERCENTUAL DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO PESO AO NASCER – PARANÁ, 2014-2018¹

Peso ao Nascer	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
< 1 Kg	30,6	30,8	32,0	34,2	32,8
1 a < 1.5 Kg	15,0	13,1	13,1	14,6	12,6
1,5 a < 2,5 Kg	19,7	21,6	18,6	20,9	20,9
≥ 2,5 Kg	29,5	30,9	32,4	28,5	29,1

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, out. 2019.

Com relação à duração da gestação, evidencia-se que a qualidade dos dados sobre essa variável ainda não é a almejada, pois a proporção de óbitos cuja informação sobre a duração ignorada da gestação alcança 0,9%, e não informada (5,2%), < 22 semanas (5,5%), 22 a 27 semanas (24,6%), 28 a 31 semanas (16,3%), 32 a 36 semanas (19,5%) e > 37 semanas (28%) (Tabela 9).

TABELA 9 – PERCENTUAL DE ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO DURAÇÃO DA GESTAÇÃO – PARANÁ, 2014-2018¹

Semanas Gestação	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Ignorado	2,7	1,5	0,8	0,4	0,9
Menos 22	5,9	4,3	5,1	5,7	5,5
22 a 27	24,1	24,4	25,2	26,8	24,6
28 a 31	15,0	14,5	13,9	17,3	16,3
32 a 36	16,6	19,3	18,1	18,2	19,5
37 e +	28,9	31,6	31,4	28,7	28,0
Não informado	6,9	4,4	5,4	2,9	5,2

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, out. 2019.

A mortalidade proporcional por grupos de causas revela que o maior percentual é o do grupo de algumas afecções originadas no período perinatal seguido de malformações congênicas e causas externas (Tabela 10).

TABELA 10 – PERCENTUAL DE ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS – PARANÁ, 2014-2018¹

Principais Capítulos do CID 10	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Afecções no período perinatal	57,1	56,2	57,2	59,6	58,6
Anomalias congênicas	26,6	28,0	26,8	27,2	26,9
Causas Mal Definidas	2,0	2,1	1,7	1,6	2,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	4,1	4,9	5,0	4,2	3,5
Doenças do aparelho respiratório	3,5	2,7	3,1	2,2	2,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,3	2,7	2,3	1,7	2,0

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, 2019.

Com relação à mortalidade fetal, são poucos os estudos e as análises disponíveis na literatura e em estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, do pouco interesse e da rasa compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e, ainda, da baixa qualidade da informação. Na Tabela 11 são apresentadas as taxas de mortalidade fetal por ano no Estado entre 2014-2018, com redução de 16,2%.

TABELA 11 – TAXA DE MORTALIDADE FETAL/1000 NV – PARANÁ, 2014-2018¹

Ano	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Paraná	7,5	7,8	6,8	6,8	6,3

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, 2019.

Comparando-se os anos de 2014-2018, a investigação dos óbitos infantis e fetais aumentou em 2,5 e 1,1%, respectivamente, em todo o Estado (Tabela 12).

TABELA 12 – PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS – PARANÁ, 2014-2018¹

Óbitos	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Infantil	94,97	98,58	98,53	99,20	97,33
Fetal	96,10	97,03	98,27	98,13	97,18

NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM, 2019.

Para a redução da mortalidade infantil, são necessárias iniciativas que compreendam a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a formulação e a implementação de políticas e ações para a atenção à saúde da criança, a melhoria da vigilância da mortalidade infantil e fetal, bem como a ampliação e a manutenção do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

5.2.2 Morbidade

5.2.2.1 Doenças Imunopreveníveis

A circulação do vírus selvagem do sarampo está presente em todos os continentes, e o vírus selvagem da rubéola, principalmente nos continentes Europeu e Africano. A região das Américas foi certificada como a primeira do mundo a tornar-se livre da transmissão endêmica da rubéola em 2015 e do sarampo em 2016, porém, em razão do grande surto de sarampo ocorrido no Brasil, em Manaus e em Roraima, no período 2018-2019, oriundo da Venezuela, as Américas perderam a certificação em 2019. Após 20 anos sem a confirmação de casos de sarampo, o Paraná volta a enfrentar um surto da doença a partir de agosto de 2019, com a ocorrência de casos confirmados laboratorialmente por meio de técnicas sorológicas, realizadas pelo Lacen/PR, e de técnicas moleculares, realizadas pela Fiocruz/RJ, os quais estão sendo monitorados e atualizados no Informe Semanal do Sarampo. Não há ocorrência de casos de rubéola desde 2008, por isso, é imprescindível a vigilância por meio da notificação e da investigação oportunas, do Boletim de Notificação Semanal e da avaliação laboratorial dos casos suspeitos, assim como a manutenção de altas coberturas vacinais e bloqueios dos contatos em tempo oportuno (72 horas), para a manutenção do controle dessas doenças.

Poliomielite

O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989, e no Estado do Paraná, em 1986. Reforça-se a importância da vigilância e da manutenção de altas coberturas vacinais desse agravo (igual ou acima de 95%). No Paraná, no período de 2014-2018, as coberturas vacinais foram 98,76%, 97,39%, 87,54%, 89,78% e 87,95%, respectivamente. Até o momento, mesmo com esses baixos índices de cobertura vacinal, não foi detectado nenhum caso da doença.

Meningites e Doenças Meningocócicas

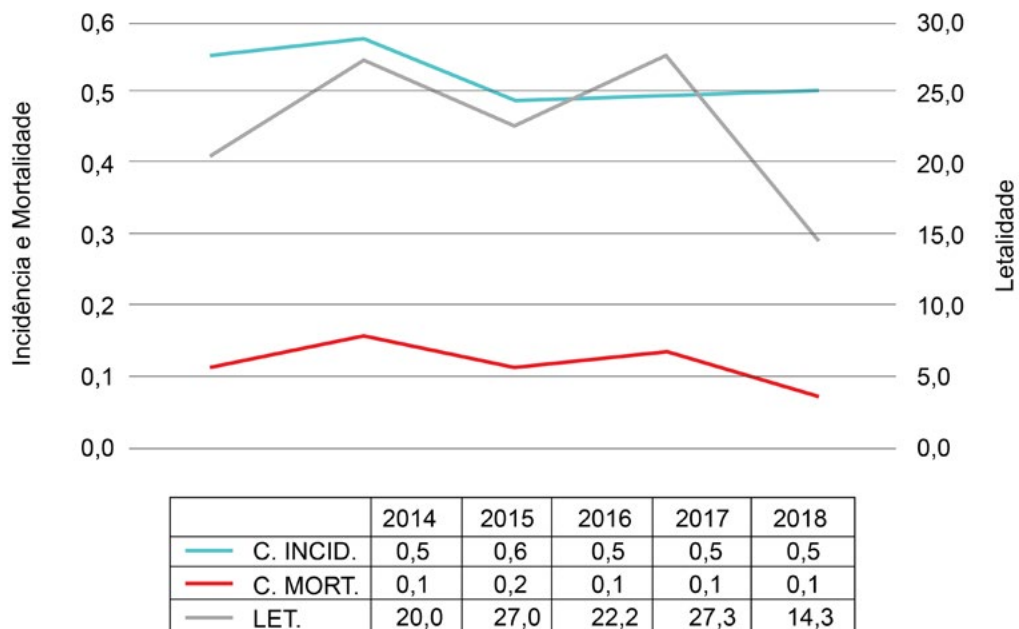
As meningites são apontadas como um grave problema de saúde pública por apresentarem características de potencial epidêmico, contemplando desde surtos localizados até as grandes epidemias. A meningite é considerada, no Brasil, uma doença de caráter endêmico, tendo sua ocorrência ao longo de todo o ano.

A meningite é uma doença de notificação compulsória e que compreende várias etiologias, consistindo na inflamação das meninges. Entre as meningites, as virais apresentam geralmente uma boa evolução e uma baixa letalidade, já as ocasionadas pelo meningococo podem ser fatais e dividem-se em diferentes sorogrupos. Os tipos A, B, e C são aqueles que apresentam a maior capacidade de desencadear surtos. Os mais comuns na região do Paraná são os sorogrupos B e C. A vacina atualmente disponível pela rede pública contra o meningococo compreende a vacina conjugada do sorogrupo C.

A notificação imediata dos casos possibilita a investigação e a realização de ações de controle que visem interromper a cadeia de transmissão e detectar os surtos precocemente. O monitoramento dos agentes causais mais frequentes é de grande relevância para a avaliação de sua ocorrência na população e para a definição de medidas, entre as quais se destacam a quimioprofilaxia em tempo oportuno, a observância das normas de higiene, a ventilação dos ambientes e as coberturas vacinais adequadas.

No Estado do Paraná, os coeficientes de incidência e de mortalidade mantêm-se estáveis no período, e o coeficiente de letalidade vem apresentando uma redução se comparado ao ano de 2017 (Figura 14).

FIGURA 14 – DOENÇA MENINGOCÓCICA – COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA, LETALIDADE E MORTALIDADE (POR 100 MIL HABITANTES) – PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; SINAN NET; SIM, 2019.

Coqueluche

No período de 2014-2018, ocorreram 13 óbitos em menores de um ano de idade no estado. Considerando que principalmente os menores de 6 meses são os acometidos pela forma grave e/ou pela mortalidade em razão da vacinação incompleta ou de nenhuma aplicação de vacina pentavalente ou DTP, a vacinação é a estratégia mais eficaz na prevenção, sendo também importante para gestantes, profissionais que trabalham em maternidades e em UTI neonatal e como estratégia à quimioprofilaxia dos contatos.

O Paraná tem 25 Unidades Sentinela em todas as 22 Regionais de Saúde para o monitoramento da circulação da *Bordetella pertussis*. Em 2014, a técnica de Reação de Cadeia de Polimerase em tempo real (PCR-RT) foi implementada pelo Lacen/PR para a identificação da bactéria, visando atender às demandas das Unidades Sentinela.

Tétano Acidental

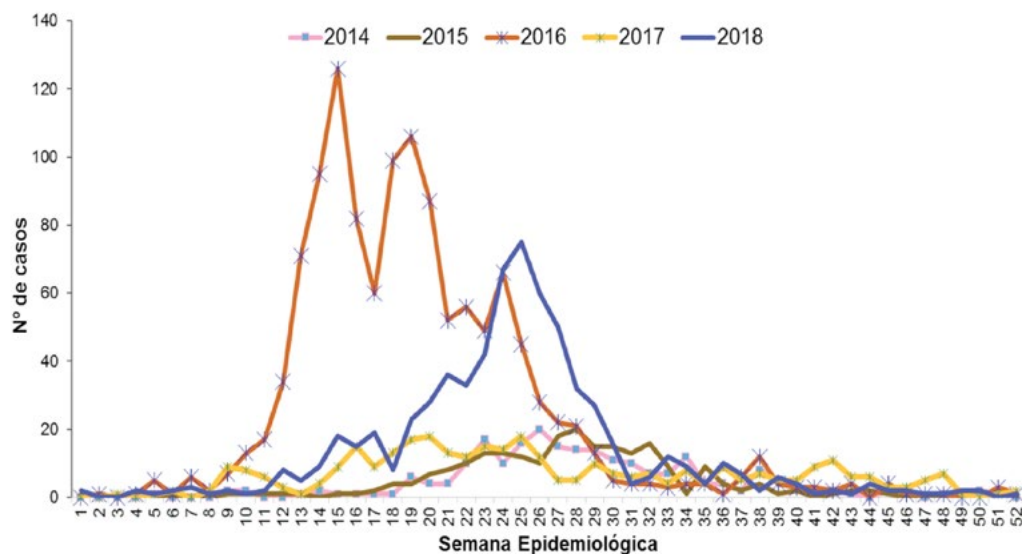
Apesar da redução do tétano acidental, sua letalidade ainda é alta. A principal causa da infecção pelo tétano são as perfurações cutâneas, que atingem principalmente os membros inferiores. No Paraná, a última ocorrência de tétano neonatal foi no ano de 2007. Para a prevenção e a redução da morbimortalidade pelo tétano acidental, é necessário manter altas coberturas vacinais da Pentavalente (DTP+Hib+HB), com reforço da DTP (difteria, tétano e coqueluche) e da vacina DT (difteria e tétano), de acordo com o calendário vacinal. No Paraná, no período de 2014-2018, as coberturas vacinais foram de 99,07%, 101,26%, 91,57%, 90,09% e 88,0%, respectivamente.

Influenza

A gripe é uma doença aguda respiratória causada pelo vírus influenza. Esse vírus pode causar uma síndrome gripal ou evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sendo necessário hospitalização. Em 2009, a gripe influenza pandêmica (H1N1) propagou-se rapidamente por vários países do mundo, incluindo o Brasil e, consequentemente, o Estado do Paraná.

Essa infecção ocorre durante todo o ano, e o vírus tem comportamento sazonal. Em regiões de clima temperado, as epidemias sazonais acontecem principalmente durante o inverno, e nas regiões tropicais, a gripe pode ocorrer ao longo do ano, causando surtos mais irregulares. Nota-se esse fenômeno nos últimos anos no Estado do Paraná, no qual tivemos o início da sazonalidade antecipado, antes do período mais frio, abril a setembro (Figura 15).

FIGURA 15 – CASOS DE SRAG POR INFLUENZA SEGUNDO A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INÍCIO DOS SINTOMAS – RESIDENTES NO PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; SINAN INFLUENZA, 2019.

A vigilância desse agravo acontece por meio das 45 Unidades Sentinelas, que estão distribuídas em 14 Regionais de Saúde, em 17 municípios diferentes. O Paraná é o único estado do Brasil que realiza detecção laboratorial de 18 diferentes vírus respiratórios, por meio do Lacen/PR, considerando o elevado risco de propagação e de mutação do vírus influenza. Diante da possibilidade de surtos e de disseminação das doenças respiratórias, o estado promove, desde 2009, seminários anuais visando engajar a sociedade científica nas campanhas de vacinação, diagnóstico e tratamento precoce com antiviral e medidas gerais de prevenção coletiva.

Doenças Diarreicas Agudas

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças diarreicas constituem a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, embora sejam evitáveis e tratáveis. As doenças diarreicas agudas (DDA) são as principais causas de morbimortalidade infantil (em crianças menores de um ano) e revelam-se um dos mais graves problemas de saúde pública global, com aproximadamente 1,7 bilhão de casos e 525 mil óbitos na infância (em crianças menores de 5 anos) por ano. Além disso, as DDA estão entre as principais causas de desnutrição em crianças menores de cinco anos.

É necessária uma vigilância sentinela de 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). Atualmente, o Paraná tem 505

Unidades Sentinelas para o recebimento das notificações das DDA (cerca de 1.562.557 casos notificados de 2014-2018).

5.2.2.2 Programa Nacional de Imunização (PNI)

Entre as atividades de responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações está o monitoramento das coberturas vacinais, sendo essa competência estendida às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e a avaliação deve ser feita de forma contínua e regular.

Segundo o Ministério da Saúde, foram percebidas redução nas coberturas vacinais no período de 2015-2017 em âmbito nacional: poliomielite caiu de 98,3% para 79,5%; rotavírus de 95,4% para 77,8%; pentavalente de 96,3% para 79,2%; hepatite B ao nascer (< 1 mês de idade) de 90,9% para 82,5%; meningococo C de 98,2% para 81,3%; pneumocócica de 94,2% para 86,3%; e 1ª dose de tríplice viral de 96,1% para 86,7%.

No Estado do Paraná, o cenário percebido é semelhante. Entre os anos de 2014-2018, nota-se redução nas coberturas vacinais das oito vacinas preconizadas no calendário básico da criança até um ano de idade. Tão importante quanto avaliar as coberturas vacinais é analisar a proporção de crianças que completam o esquema básico de vacinação preconizado em até um ano.

Em consonância com o calendário definido pelo Ministério da Saúde, é importante proceder à aplicação do número de doses conforme as idades adequadas para cada vacina, fator fundamental para o sucesso da imunização.

A homogeneidade entre as vacinas também se encontra comprometida (Quadro 3), pois considera quantas atingiram a cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo as metas mínimas: 90% para as vacinas BCG e rotavírus; e 95% para as vacinas febre amarela, meningocócica C, pentavalente, pneumocócica 10, poliomielite (VIP) e tríplice viral (D2).

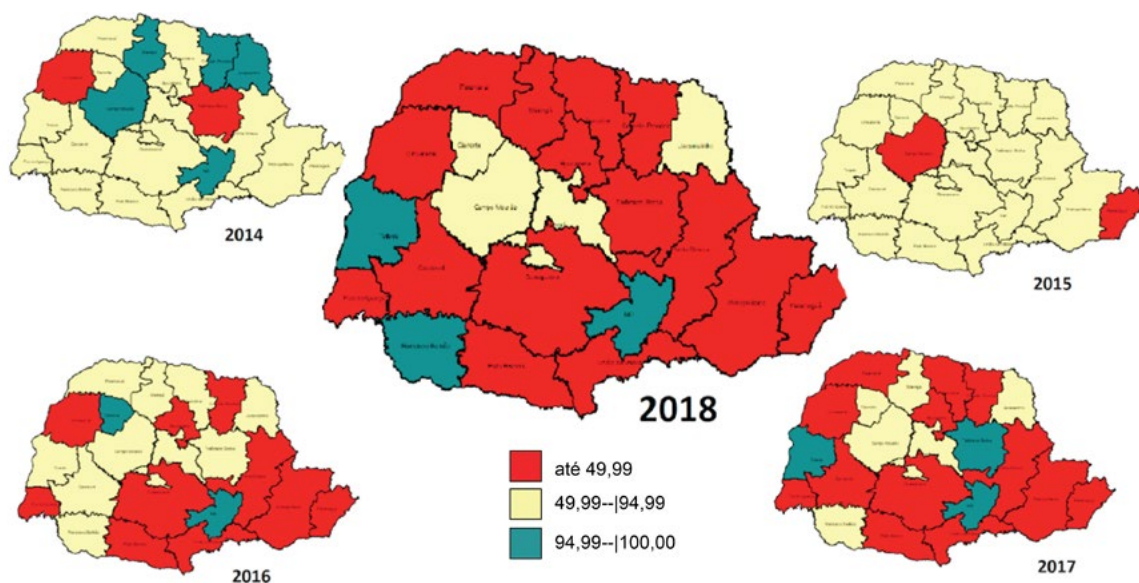
QUADRO 3 – COBERTURAS VACINAIS E HOMOGENEIDADE – PARANÁ, 2014-2018

Ano	BCG	Febre Amarela	Meningo	Penta	Pneumo	Polio	Rotavirus	Tríplice Viral	Homogeneidade
2014	107,97	75,36	101,35	99,07	99,72	98,76	97,39	93,09	87,50%
2015	105,66	76,99	102,77	101,26	101,22	97,39	97,96	78,91	75,00%
2016	94,13	67,61	92,77	91,57	94,55	87,54	90,7	85,58	12,50%
2017	95,78	69,13	91,67	90,09	94,36	89,78	89,09	83,55	12,50%
2018	94,44	75,84	90,03	88	90,32	87,95	88,63	86,17	12,50%

Fonte: Programa Nacional de Imunização/SIPNI, 2019.

A Figura 16 aponta que, com o passar dos anos, o percentual de homogeneidade entre as vacinas apresenta queda significativa, o que evidencia a heterogeneidade das coberturas vacinais. Nesse sentido, são necessárias estratégias que objetivem a busca por respostas para a não paridade entre as vacinas e que determinem ações que possibilitem a melhora das coberturas vacinais.

FIGURA 16 – SÉRIE HISTÓRICA HOMOGENEIDADE – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: Programa Nacional de Imunização/SIPNI, 2019.

Doenças e Eventos de Notificação Compulsória Imediata

Com relação às doenças e eventos de notificação compulsória imediata (DNCI), foram notificados no SINAN do Paraná, exceto eventos adversos pós-vacinação: 712 casos suspeitos de DNCI em 2017; 822 casos em 2018; e 1.392 casos em 2019 (Tabela 13).

TABELA 13 – AVALIAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO – PARANÁ, 2018

Doença/Agravo	N.	%
Dengue (Óbitos)	2	0,24
Febre Amarela	142	17,27
Febre de Chikungunya (Óbitos)	3	0,36
Febre Maculosa e Outras Riquetisioses	74	9,00
Hantavirose	127	15,45
Malária na Região Extra Amazônica	122	14,84
Paralisia Flácida Aguda	29	3,53
Raiva Humana	1	0,12
Rubéola	136	16,55
Sarampo	181	22,02
Zika (Óbitos)	1	0,12
Total	822	100,00

Fonte: SESA/DAV/CVIE; SINAN NET, 2019.

Essas doenças e eventos transmitidos por vetores, ar, água, alimentos constituem-se em ameaça à saúde pública, seja pela alta letalidade, seja pela capacidade de disseminação, seja pelo impacto econômico e social, sendo essenciais a retaguarda da vigilância laboratorial, a vigilância das epizootias, a investigação de surtos e a busca ativa de casos. A notificação deve ser realizada em até 24 horas pelo meio mais rápido a partir do conhecimento do caso e encerrada oportunamente em até 60 dias após a notificação, sendo imprescindível a atuação da vigilância epidemiológica e de todos os níveis de Atenção à Saúde.

5.2.2.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV/Aids

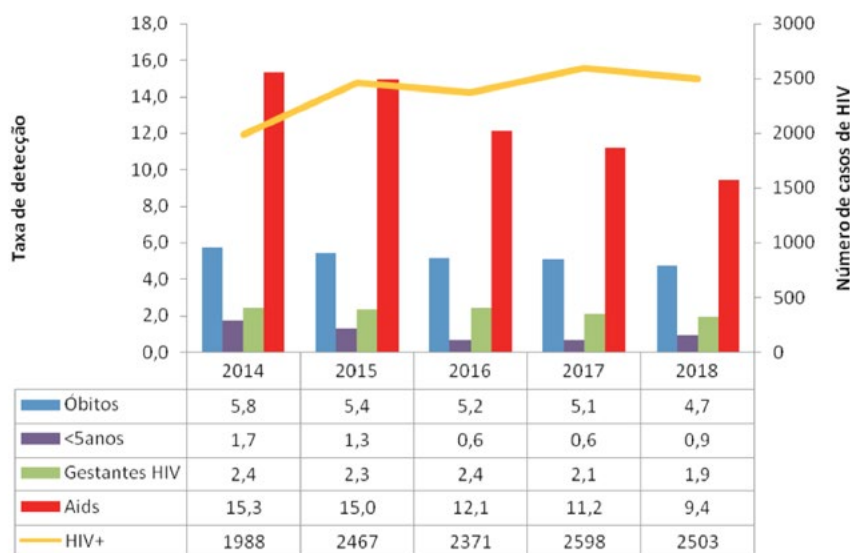
No Estado do Paraná, entre 2014-2018, no que diz respeito à idade, a maioria dos casos de Aids encontra-se na faixa de 20-34 anos. Segundo o sexo, 66,8% são incidentes em homens, e 33,1%, em mulheres. No mesmo período, apresentam a maior concentração de casos de HIV na faixa etária de 20-39 anos (62,7%). Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, observa-se que 73,4% ocorrem na raça/cor branca, e 25,7%, na negra (preta e parda).

No Brasil, de 2014-2018, as taxas de detecção de Aids foram reduzindo em razão do aumento da adesão dos antirretrovirais (ARV), apontando uma redução para a taxa de mortalidade por Aids. Já as taxas de detecção do HIV tiveram um aumento, principalmente a partir de 2014. As taxas de detecção em gestante mantiveram-se estáveis e houve uma discreta redução nos casos de Aids em menores de 5 anos de idade.

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 n. 993/2000 (BRASIL, 2000), permitindo avaliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV. No Paraná, foram notificadas 1.759 gestantes com HIV no período de 2014-2018. A transmissão vertical de HIV ocorre em 25% a 50% das gestações de mulheres infectadas quando não são realizadas medidas de profilaxia. O número de casos de Aids em crianças menores de cinco anos é utilizado como indicador proxy para avaliar a transmissão vertical do HIV e tem reduzido sua taxa de incidência ao longo dos anos (BRASIL, 2015a).

Quanto à Aids no período de 2014-2018, o Paraná tem o acumulado de 7.066 casos (Figura 17), sendo a incidência de 9,4 por 100 mil habitantes em 2018. O maior número de casos concentra-se na faixa etária de 30-39 anos (54,6%). A razão de sexos é de aproximadamente 1,7 casos no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino.

FIGURA 17 – TAXAS DE DETECÇÃO DE AIDS, AIDS EM MENORES DE CINCO ANOS, INFEÇÃO PELO HIV EM GESTANTES, COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS E NÚMERO DE CASOS DE HIV – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DST AIDS; SINAN NET, 2019.

O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser feito por testes rápidos, sorológicos ou por fluido oral. O teste rápido é diagnóstico para detecção do HIV. O Paraná foi o

pioneiro na descentralização dos testes rápidos em todo o Brasil, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos, contribuindo para o acesso ao diagnóstico precoce dos casos.

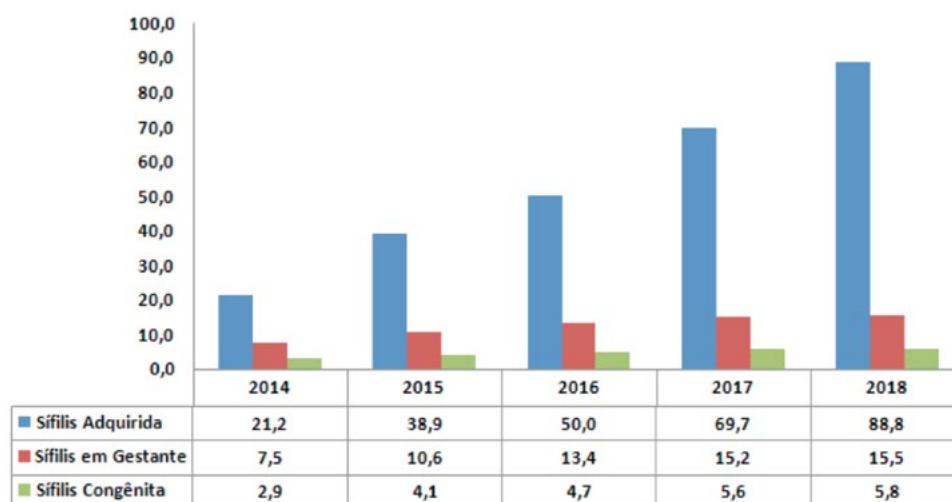
Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita

Dados do *Boletim Epidemiológico* do Ministério da Saúde (MS) de 2019 apontam que no Brasil houve um aumento na detecção da sífilis. A sífilis adquirida apresentou uma taxa de 25,1/100mil habitantes no ano de 2014 e de 75,8/100mil habitantes no ano de 2018. A sífilis em gestante apresentou uma taxa de 8,9/1.000 nascidos vivos no ano de 2014 e de 21,4/1.000 nascidos vivos no ano de 2018. A taxa de incidência da sífilis congênita foi de 5,5/1.000 nascidos vivos em 2014, passando a 9,0/1.000 nascidos vivos em 2018 (BRASIL, 2019g). Com relação à sífilis congênita, ressalta-se a importância do diagnóstico e do tratamento oportuno, pois se não tratada ou se tratada inadequadamente, podem ocorrer situações de aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênicas precoces ou até mesmo três meses após o nascimento da criança.

No Paraná, em uma série histórica do período de 2010-2018, foram notificados no Sinan um total de 32.958 de sífilis adquirida, 12.079 de sífilis em gestante e 4.655 de sífilis congênita.

O Paraná, acompanhando o cenário nacional, também apresentou um aumento das taxas de detecção da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, bem como a incidência de sífilis congênita (Figura 18).

FIGURA 18 – TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA/100 MIL HABITANTES, TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE/1.000 NASCIDOS VIVOS, TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA/1.000 NASCIDOS VIVOS SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVDST AIDS; SINAN NET, 2019.

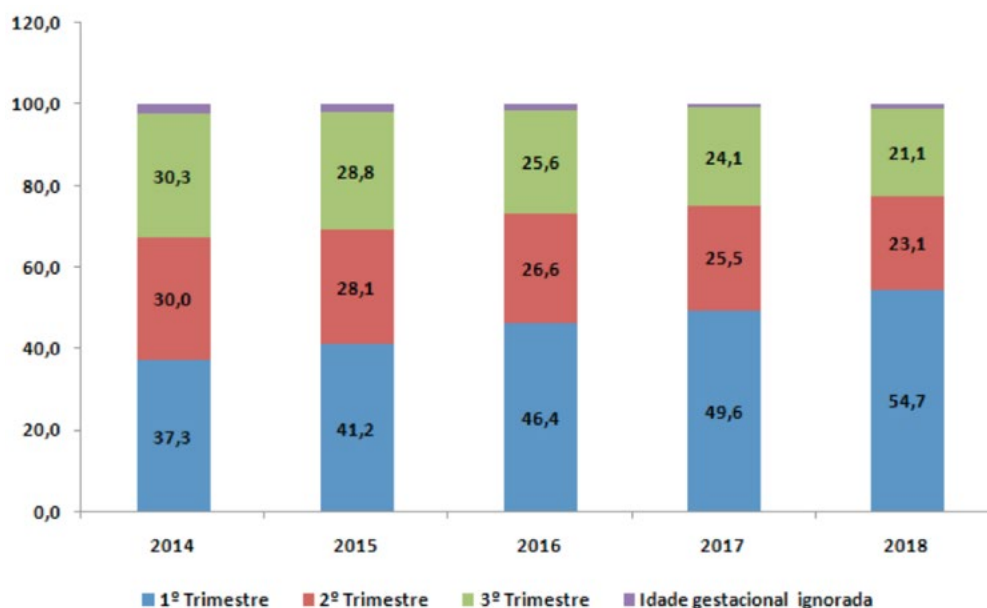
A sífilis adquirida e a sífilis em gestante podem ter sua detecção associada a uma maior sensibilidade pela melhoria das ações de vigilância referentes ao acesso ao diagnóstico, incluindo maior comprometimento com as notificações dos casos. Já a incidência da sífilis congênita requer olhar diferenciado para as ações da Atenção Primária à Saúde quanto ao fortalecimento das ações do pré-natal.

Ademais, as ações para prevenção da sífilis congênita devem ser concentradas na Atenção Primária de Saúde, fortalecendo a assistência de qualidade do pré-natal – toda gestante deve realizar os testes para o diagnóstico da sífilis e, quando reagente, deve ser encaminhada imediatamente para o tratamento, com acompanhamento e vínculo da gestante ao cuidado integral de sua saúde, bem como com acompanhamento e seguimento da criança exposta à sífilis.

A sífilis na gestação também apresentou aumento nos últimos anos no Paraná, passando a ser prioridades seu controle e sua redução. O início precoce do pré-natal, a comunicação com a parceria sexual e a testagem colaboram significativamente para a diminuição do risco de infecção do bebê.

Observa-se na Figura 19 que, no Paraná, os maiores percentuais de diagnóstico estão concentrados no primeiro trimestre da gestação, apontando para o aumento do diagnóstico em tempo oportuno e, também, para o aprimoramento das notificações.

FIGURA 19 – PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS EM GESTANTE POR TRIMESTRE DE GESTAÇÃO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVDST AIDS; SINAN NET, 2019.

O Paraná tem ampliado e aprimorado o cuidado com a sífilis, incentivando os municípios sobre a importância do controle e da redução da sífilis congênita. No ano de 2019, foi lançada a proposta de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis para os municípios que atenderem aos critérios estabelecidos.

5.2.2.4 Agravos e Doenças Transmissíveis

Tuberculose

A tuberculose (TB) é a doença infecciosa por agente único que mais mata no mundo. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2018, 10 milhões de pessoas adoeceram com TB e 1,5 milhão de homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose (WHO, 2019a). No Brasil, foram notificados 72.788 casos novos de TB em 2018. A incidência da doença no Brasil e no Paraná foi de 34,8 e 20,9 casos novos/100 mil habitantes, respectivamente (Figura 20).

FIGURA 20 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO PARANÁ E BRASIL POR ANO DIAGNÓSTICO E NÚMERO DE CASOS NOVOS NO PARANÁ – 2014-2018



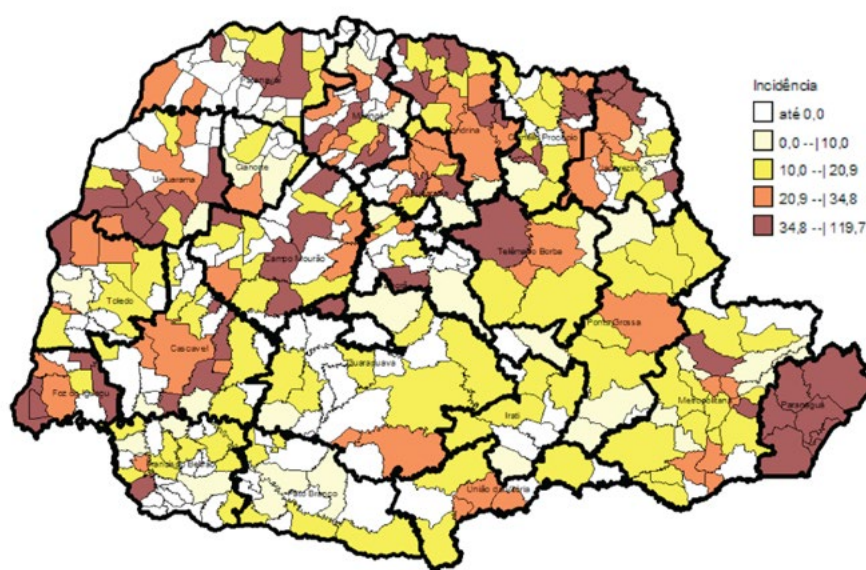
Fonte: SESA/SINAN, 2019.

Em números absolutos, o Paraná registrou o diagnóstico de 2.076 casos novos em 2017 e de 2.374 casos novos em 2018. Esse aumento de aproximadamente 15% no número de casos tem explicação multifatorial. Houve aumento da busca do sintomático respiratório em mais de 20% em razão da instalação de mais equipamentos na Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose, o que permitiu a ampliação no acesso e, consequentemente, a realização de mais exames. O teste rápido molecular é um método mais sensível para o diagnóstico da doença e permite identificar casos ainda em fase inicial. Em análise dos dados do Sinan, também foi possível identificar um aumento no número de casos maior em alguns grupos populacionais, como as pessoas privadas de liberdade e as pessoas em situação de rua, o que reforça a determinação social da doença e a relação com a piora nas condições de vida em um momento de crise econômica.

O Estado permanece com a menor taxa de incidência na Região Sul, mantendo como meta a eliminação da doença até 2035, ou seja, a redução da incidência para menos de 10 casos a cada 100 mil habitantes, em consonância com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de Saúde Pública (BRASIL, 2018g).

O Paraná tem uma grande diversidade entre as Regionais de Saúde e seus municípios, e é necessário considerar esses fatores quando se trata de planejar ações para o controle da tuberculose. As Regionais de Saúde de Paranaguá e de Foz do Iguaçu mantêm incidências elevadas, 63,6 e 39,9 casos/100 mil habitantes, respectivamente, bem como proximidade com municípios silenciosos, os quais não apresentaram casos em 2018 (Figura 21).

FIGURA 21 – MAPA DOS MUNICÍPIOS PARANAENSES SEGUNDO COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE – 2018¹



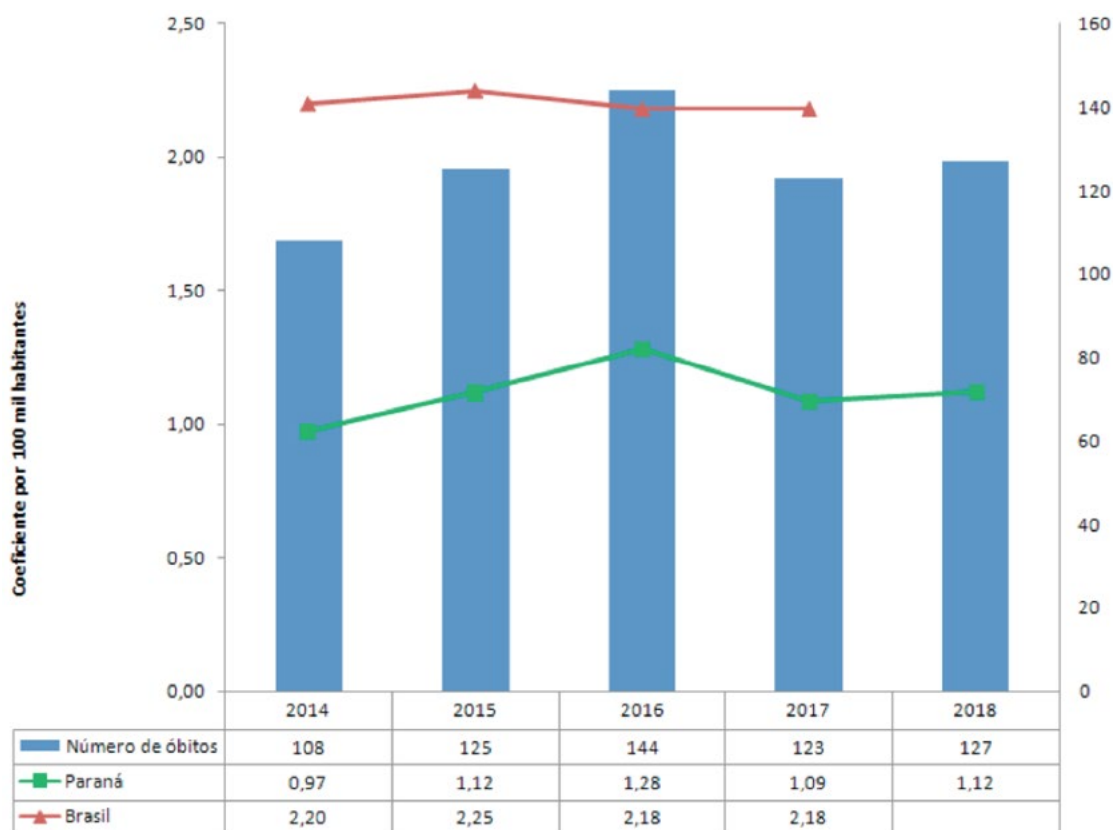
NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/SINAN, 2019.

A presença de taxas discrepantes entre municípios limítrofes sugere a necessidade de reforçar as ações de busca do sintomático respiratório nos municípios silenciosos e o tratamento diretamente observado nos municípios de alta incidência como forma de diagnosticar e tratar em tempo oportuno, com vistas a estancar a transmissão da doença.

O número de óbitos também reduziu progressivamente (Figura 22). Em 2016, ocorreram 144 óbitos (coeficiente de mortalidade de 1,3 óbitos/100 mil habitantes), 122 óbitos em 2017 (CM de 1,1 óbitos/100 mil habitantes) e, em 2018, 127 óbitos (CM de 1,1 óbitos/100 mil habitantes). O coeficiente de mortalidade por tuberculose está em 1,1 óbitos/100 mil habitantes no Paraná.

FIGURA 22 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE – BRASIL, PARANÁ E NÚMERO DE ÓBITOS NO PARANÁ – 2014-2018¹



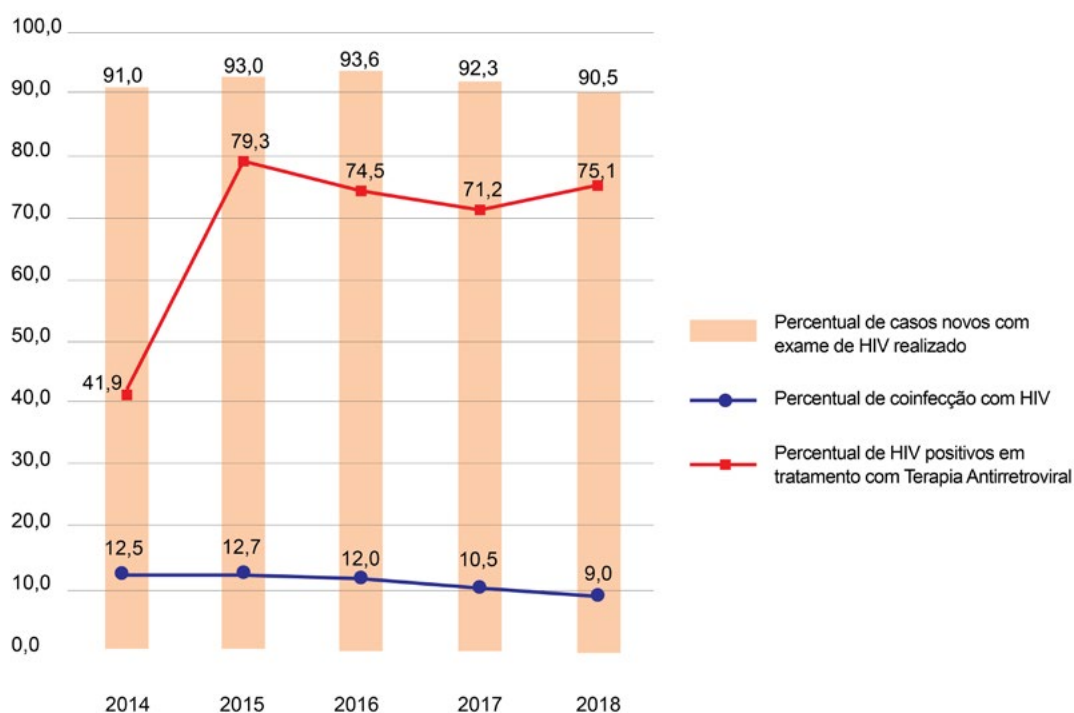
NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SIM/SESA, 2019.

É importante ressaltar que a realização de teste para o HIV entre os casos de TB foi de 90,5% para todo caso novo de tuberculose, sendo a meta desse indicador de 90%,

considerando que a tuberculose é a primeira causa de óbito em usuários portadores de HIV/Aids, e a testagem é uma ação estratégica para diagnóstico recomendada pelo Ministério da Saúde (Figura 23).

FIGURA 23 – PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DE TESTE PARA HIV, COINFEÇÃO COM HIV E TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE POR ANO DE DIAGNÓSTICO – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/SINAN, 2019.

Em 2017 e 2018, as taxas de cura dos casos novos de tuberculose foram 76,6% e 76,5%, respectivamente, mantendo-se abaixo do recomendado pelo MS, que é 85% (cura \geq 85%), mas acima da média nacional 71,4%. O abandono do tratamento dos casos novos de tuberculose foi de 6% em 2018 e está próximo ao preconizado pelo MS (abandono \leq 5%), também abaixo da média do Brasil, 10,8%. Para a melhoria dessas taxas, é fundamental a implementação do tratamento diretamente observado (TDO), especialmente entre as populações mais vulneráveis e com risco maior de abandono do tratamento, como pessoas que vivem com HIV/Aids, diabetes e outras comorbidades, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

A eliminação da tuberculose como problema de saúde pública ultrapassa a fronteira da política de saúde e requer o engajamento político de diversos atores sociais

para seu enfrentamento. A integralidade das ações de cuidado em saúde, somada à inserção das pessoas acometidas em políticas de proteção social, pode ser a chave para diagnosticar, tratar, curar, interromper a cadeia de transmissão e, assim, atingir a eliminação da doença.

Hepatites Virais

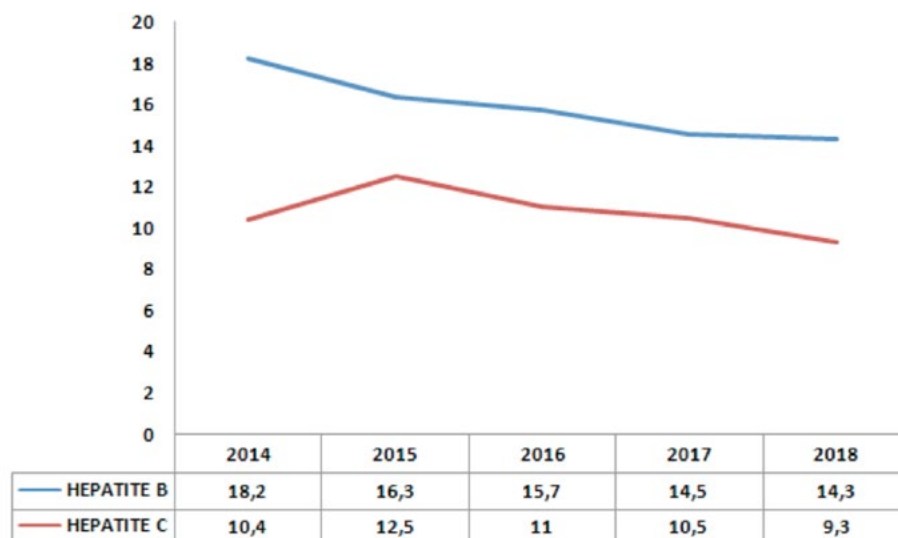
As hepatites virais representam um grande desafio para a saúde pública no Brasil e no mundo, gerando impacto de morbidade e mortalidade, principalmente, pelas consequências de suas formas agudas graves ou das formas crônicas que podem evoluir para doença hepática avançada, levando à cirrose e ao hepatocarcinoma (BRASIL, 2018f).

O Brasil é signatário do documento firmado em 2016 pela OMS, intitulado *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards Ending Viral Hepatitis*, que visa ao estabelecimento de estratégias globais capazes de atingir a meta de eliminação das hepatites virais como um problema de saúde pública até 2030, reduzindo os novos casos em 90% e, em 65%, a mortalidade a elas associada. Entre as prioridades estaduais da DST/ Aids recomendadas pelo Ministério da Saúde, as hepatites B e C estão inseridas na Prioridade nº 2 – “Ampliar o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais, com foco na hepatite C”.

Para as análises epidemiológicas da hepatite B, foram classificados três padrões de distribuição: alta endemicidade; endemicidade intermediária; e baixa endemicidade. A Região Sul do Brasil é considerada de baixa endemicidade, no entanto, o oeste do Paraná está classificado como região de alta endemicidade de hepatite (BRASIL, 2008b).

No Paraná, as maiores taxas encontram-se nas regiões Oeste e Sudoeste do estado, correspondentes às 7^a, 8^a, 9^a e 10^a Regionais de Saúde. As ações de descentralização do teste rápido das hepatites B e C no Paraná possibilitaram o incremento na detecção, alcançando, em 2018, a taxa de detecção de 14,3/mil habitantes (Figura 24). A prioridade do Ministério da Saúde para o exercício 2019-2020 é reduzir a transmissão vertical da hepatite B e aumentar a cobertura vacinal para hepatite B entre meninas e mulheres entre 10 e 49 anos.

FIGURA 24 – TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITE B E HEPATITE C POR 100 MIL HABITANTES POR ANO DE DIAGNÓSTICO – PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados atualizados em out./2019.

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVDST AIDS; SINAN NET, 2019.

Os casos de hepatites C (HC) tem maior possibilidade de cronificação do que os de hepatite B (HB). A hepatite C é responsável pela maior parte dos óbitos por hepatites virais no Brasil e representa a terceira maior causa de transplantes hepáticos. No entanto, a incorporação, pelo SUS, das novas terapias para o tratamento da hepatite C vem modificando o panorama epidemiológico dessa doença no Brasil. Os altos índices de cura, a facilidade posológica e o perfil de segurança observados com a utilização dos novos medicamentos possibilitaram a proposição de estratégias eficazes no combate à doença (BRASIL, 2018e).

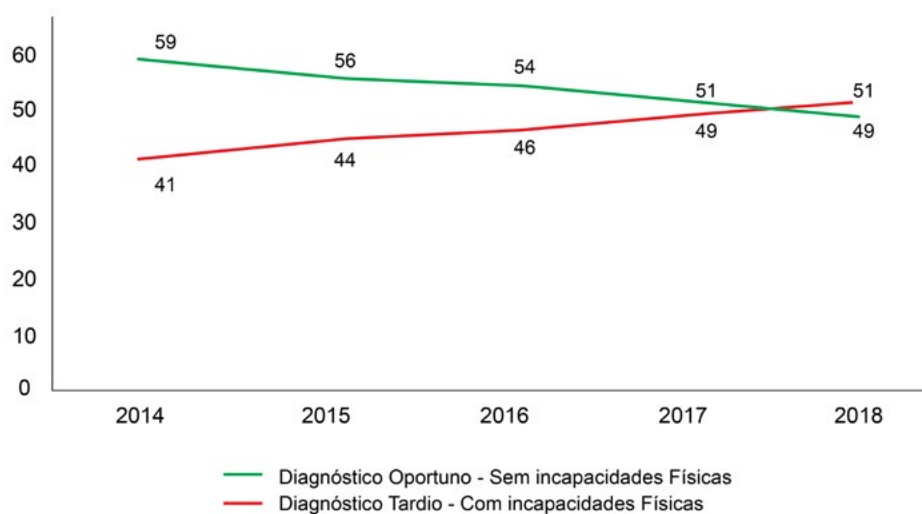
No ano de 2018, a taxa de detecção de HC foi de 9,3/100 mil habitantes (Figura 24, supra). Entre os objetivos da estratégia está o aumento do número de pessoas diagnosticadas e tratadas, buscando a eliminação da hepatite C no Brasil até o ano de 2030.

Hanseníase

O Brasil está em primeiro lugar no mundo em incidência de hanseníase e em segundo lugar em número absoluto de casos, atrás apenas da Índia (que tem 1,339 bilhão de habitantes). No Paraná, casos em crianças e formas avançadas são indicadores de que há subdiagnóstico. O Estado tem, em média, 500 novos doentes ao ano; somando-se àqueles em tratamento e acompanhamento, o número ultrapassa 3 mil, que se distribuem em todas as Regiões de Saúde.

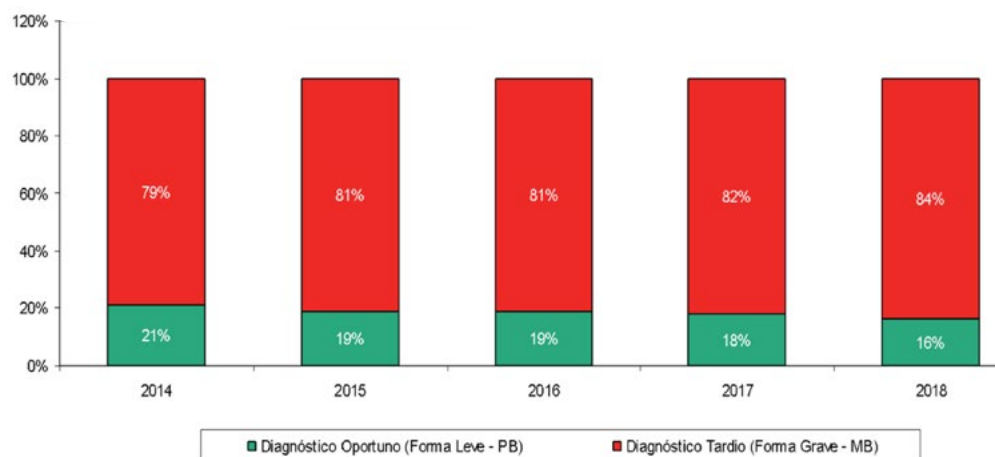
Em cada 100 doentes, aproximadamente 50 já apresentam sequelas físicas no diagnóstico tardio em mais de 80% dos casos (Figuras 25 e 26). Apesar de atingir pessoas de todas as faixas etárias, a maioria está em idade produtiva – 20 a 59 anos – e são do sexo masculino. As deformidades causadas pela doença demandam cuidados de média e de alta complexidades, além de prejuízos e sofrimentos físicos, mentais e sociais para usuários, familiares e sociedade.

FIGURA 25 – PROPORÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE HANSENÍASE COM INCAPACIDADES FÍSICAS – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIE; SINAN NET, 2019.

FIGURA 26 – PROPORÇÃO DE CASOS GRAVES DE HANSENÍASE POR DIAGNÓSTICO TARDIO – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/DAV; SINAN NET, 2019.

Atualmente, há mais de 2.300 pensionistas de hanseníase que transferiram esse benefício aos seus viúvos ou filhos quando falecerem. O custo financeiro está em 30 milhões ao ano e aumenta progressivamente. Além dos custos assistenciais, psicológicos e sociais, os quais não podem ser calculados.

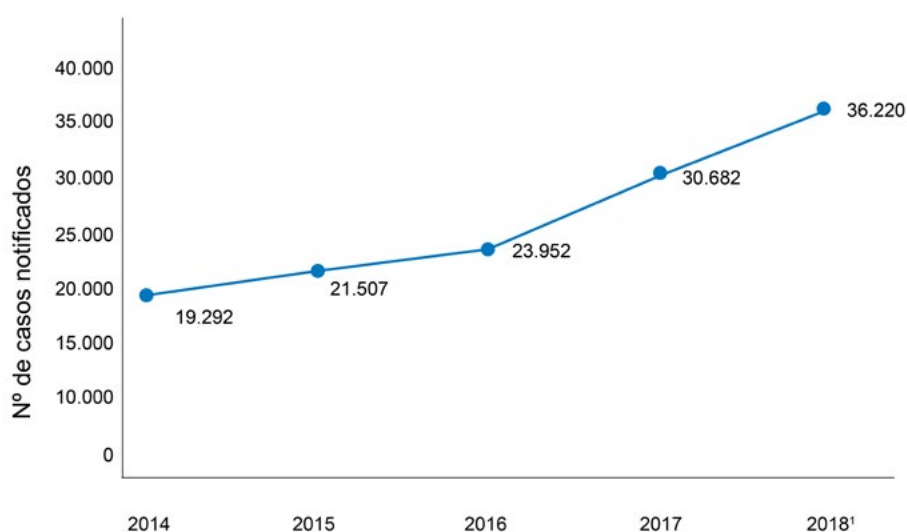
O diagnóstico e o acompanhamento do agravo nas unidades de saúde e apoio de referências para complicações não estão estabelecidos e, muitas vezes, nem existem. Quase sempre o diagnóstico acontece em serviços secundários e tardiamente, quando o comprometimento já é grave.

Para mudar o quadro da hanseníase no Paraná, é preciso fortalecer a Atenção Primária quanto à suspeição, ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos casos, bem como estabelecer fluxos de encaminhamento à equipe multiprofissional, às referências, à Atenção Secundária e à Atenção Terciária.

5.2.2.5 Violência Interpessoal e Autoprovoçada

A violência interpessoal e autoprovocada vem apresentando todos os anos um crescimento no número de suas vítimas. Para a elaboração desse perfil, foram utilizadas as informações contidas no banco de dados do Sinan no período compreendido entre os anos de 2014 e 2018. Os dados revelam, para o período analisado, um total de 131.665 notificações de violência, com uma média anual de 26.333 casos e um aumento de 87,81% em relação a 2014 (Figura 27).

FIGURA 27 – NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA – PARANÁ, 2014-2018¹

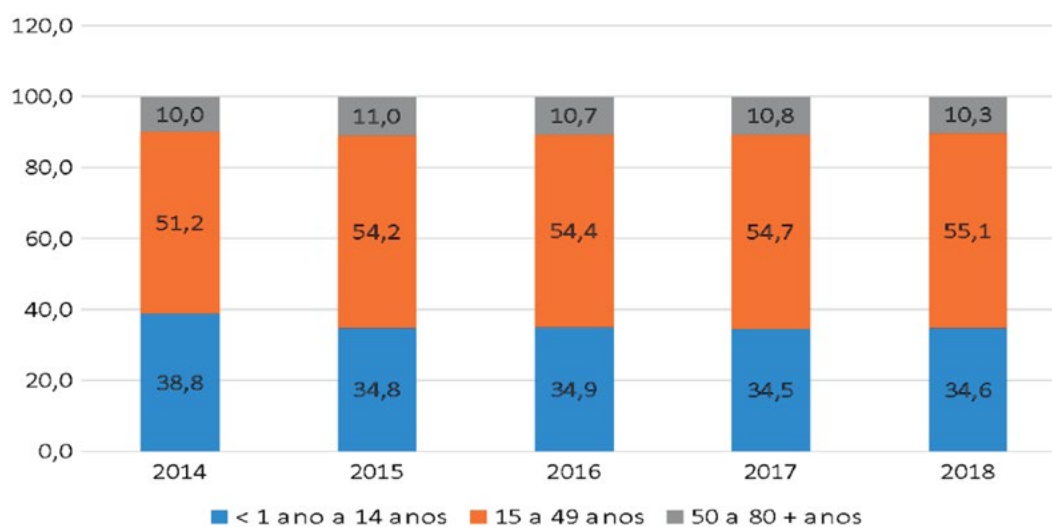


NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVDNT/SINAN, 2019.

No que se refere à raça/cor, 73,3% são brancos; 21,3% são pardos e pretos; e 5,4% são da raça amarela e indígena. Contudo, quando se avalia a raça preta + parda, o percentual é de 24,7%, denominado de raça/cor negra. Quanto ao sexo das vítimas, observa-se que, ao longo da série apresentada, o sexo feminino tem maior prevalência (cerca de 66%) de violência em relação ao sexo masculino (cerca de 34%). E a faixa etária de 15-49 anos apresenta cerca de 54,2% dos casos notificados, conforme Figura 28.

FIGURA 28 – PROPORÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – PARANÁ 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/DVDNT/SINAN NET, 2019.

5.2.3 Vigilância Ambiental

À Vigilância Ambiental em Saúde, em suas diversas áreas de atuação, compete a coordenação, o monitoramento, o acompanhamento, a avaliação e a execução, em caráter complementar, das ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses, intoxicações, acidentes por animais peçonhentos, doenças transmitidas por vetores, além dos agravos à saúde vinculados ao meio ambiente.

5.2.3.1 Dengue

De 2000 a 2015, houve considerável aumento da incidência de dengue no Brasil, e a taxa de mortalidade passou de 0,04 para 0,24 óbitos/100 mil habitantes, provavelmente

em razão da circulação simultânea, a partir de 2015, de mais de um sorotipo e dos arbovírus emergentes zika vírus e chikungunya (ARAUJO et al., 2017; BARBOSA et al., 2012).

O Paraná se destaca entre os estados da Região Sul do Brasil, pois registra o maior número de casos de dengue. Apresentou as primeiras notificações da doença em 1991, por meio de casos importados. Dois anos depois, registrou os primeiros casos autóctones e, em 1995, ocorreu a primeira epidemia, com 1.861 casos notificados (GABE, 2017). No Estado do Paraná, a dengue é endêmica, com alternância de períodos epidêmicos e não epidêmicos.

O controle vetorial nos municípios é acompanhado pela Vigilância Ambiental em Saúde por meio do Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue (SISPNCD), buscando a identificação dos principais criadouros do vetor nas localidades com ou sem circulação viral, para a realização de ações e estratégias para a prevenção e a interrupção da transmissão (índice vetorial na localidade < 1%).

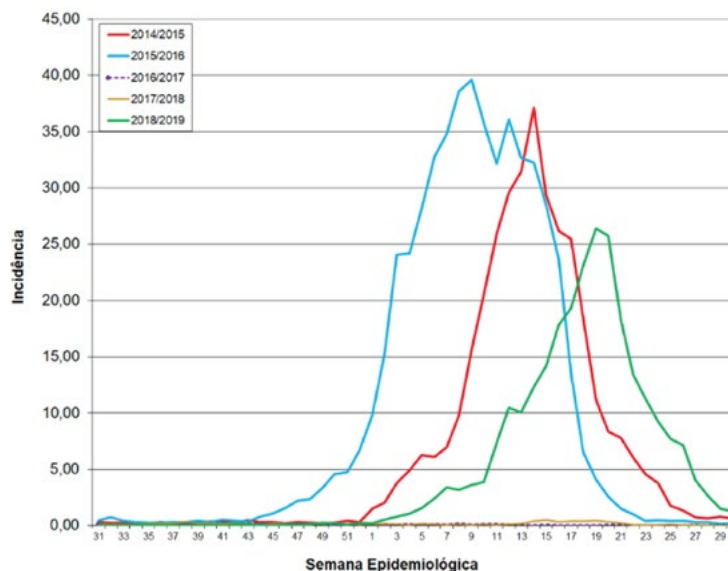
Segundo dados dos Boletins Epidemiológicos da dengue, no Estado do Paraná, no período de 2014-2019, ocorreram duas epidemias de dengue: em 2014/2015, quando foram confirmados 33.702 casos autóctones e a incidência atingiu 306,45 casos/100 mil habitantes; e em 2015/2016, com confirmação de 52.708 casos autóctones e a incidência chegando a 472,17 casos/100 mil habitantes.

A presença do vetor *Aedes aegypti* é fator determinante para a transmissão sustentada da dengue, e ações voltadas ao controle vetorial são consideradas essenciais para evitar casos da doença. O monitoramento da presença do vetor acontece por meio do acompanhamento dos índices de infestação prediais – Levantamento de Índice Amostral (LIA) e Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA).

No Paraná, em 2018, no último levantamento do ano realizado em novembro em 356 municípios (89,2%), destes, 161 municípios (40,3%) apresentaram índice < 1%, valor considerado satisfatório de acordo com os critérios estabelecidos nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009a). Ainda nesse mesmo levantamento, 146 municípios obtiveram índice na faixa entre 1 a 3,99%, considerado como situação de alerta para a transmissão da dengue, e 49 municípios (12,3%) apresentaram índice de infestação acima de 4%, representando situação de risco.

A Figura 29 demonstra que, em uma série histórica de 2014-2015 a 2018-2019, o ápice da curva de casos autóctones ocorria entre as semanas epidemiológicas 7 a 15, porém, no período de 2018-2019, o pico da curva aconteceu tardiamente, a partir da semana epidemiológica 18, principalmente em razão do reaparecimento do sorotipo DENV-2.

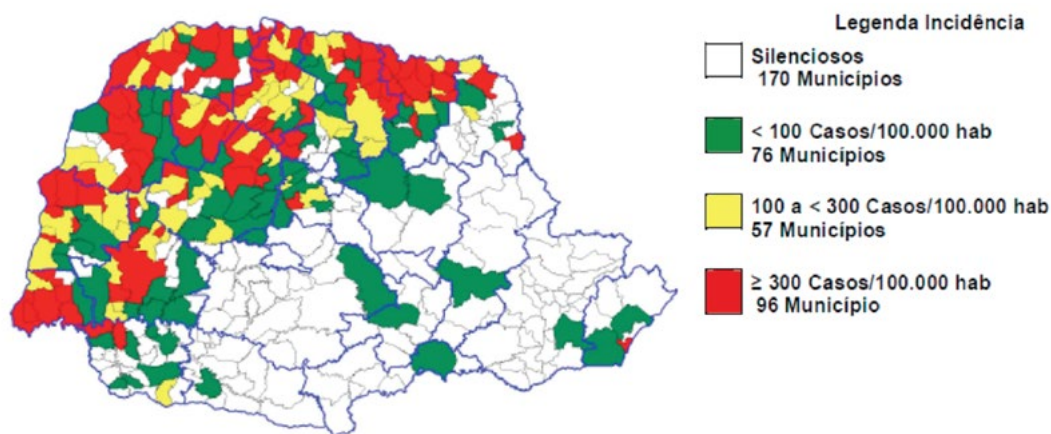
FIGURA 29 – INCIDÊNCIA DE DENGUE POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA – PARANÁ, 2014-2019



Fonte: SESA/Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde/Coordenadoria de Vigilância Ambiental, 2019.

A incidência acumulada no Estado no período 2018-2019 foi de 200,30 casos/100 mil habitantes (22.360/11.163.018 habitantes). Considera-se situação de alerta de epidemia quando o espaço geográfico atinge a incidência acumulada de 100 a 299,99 casos/100 mil habitantes em determinado período. Pode-se observar na Figura 30 que, no período da semana 31/2018 a 30/2019, dos 399 municípios do Paraná, 229 (57,4%) tiveram ocorrência de caso autóctone, com incidência variando de 5.241,56 a 0,34 casos/100 mil habitantes.

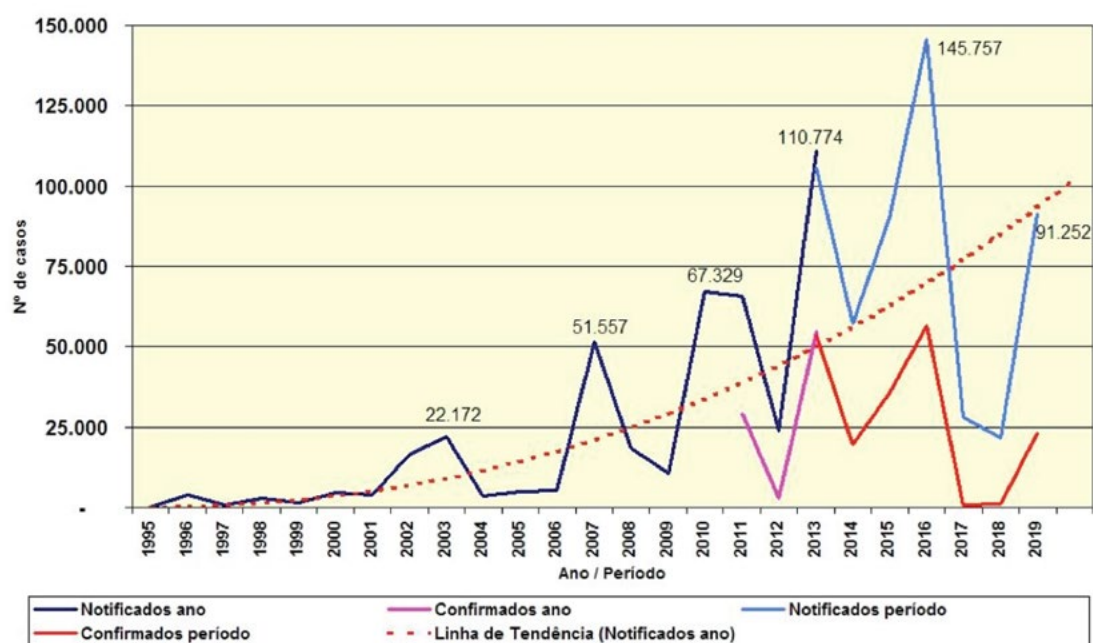
FIGURA 30 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO INCIDÊNCIA DE DENGUE POR 100 MIL HABITANTES – PARANÁ, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 31/2018 A 30/2019



Fonte: SESA/Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde/Coordenadoria de Vigilância Ambiental, 2019.

O comportamento da doença ao longo da série temporal demonstra uma tendência ascendente em notificações e confirmações de casos. Tem ocorrido alternância no volume de casos, mas, em anos de epidemia, o número é sempre maior em relação aos anos anteriores (Figura 31).

FIGURA 31 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DA DENGUE NO PARANÁ SEGUNDO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS E ANO DE INÍCIO DOS SINTOMAS – 1995-2019



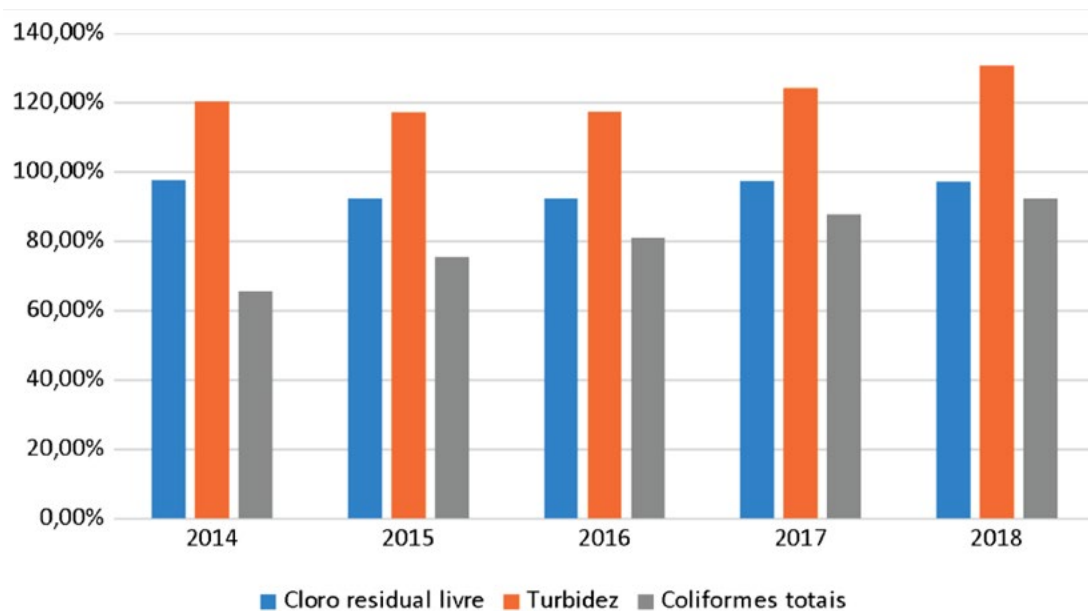
Fonte: Boletins Epidemiológicos da Dengue SESA-PR, 2019.

5.2.3.2 Vigiagua

A vigilância da qualidade de água para consumo humano é uma atividade rotineira, preventiva, de ação sobre os sistemas públicos e soluções alternativas de abastecimento de água (BRASIL, 2006). Para realizar esse monitoramento, os principais indicadores de qualidade da água são cloro residual livre, turbidez e coliformes totais.

A Figura 32 apresenta o relatório de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano para os parâmetros de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais dos municípios paranaenses no período de 2014-2018.

FIGURA 32 – PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DA DIRETRIZ NACIONAL DO PLANO DE AMOSTRAGEM PARA OS PARÂMETROS DE CLORO RESIDUAL LIVRE, TURBIDEZ E COLIFORMES TOTAIS DOS MUNICÍPIOS PARANAENSES – 2014-2018



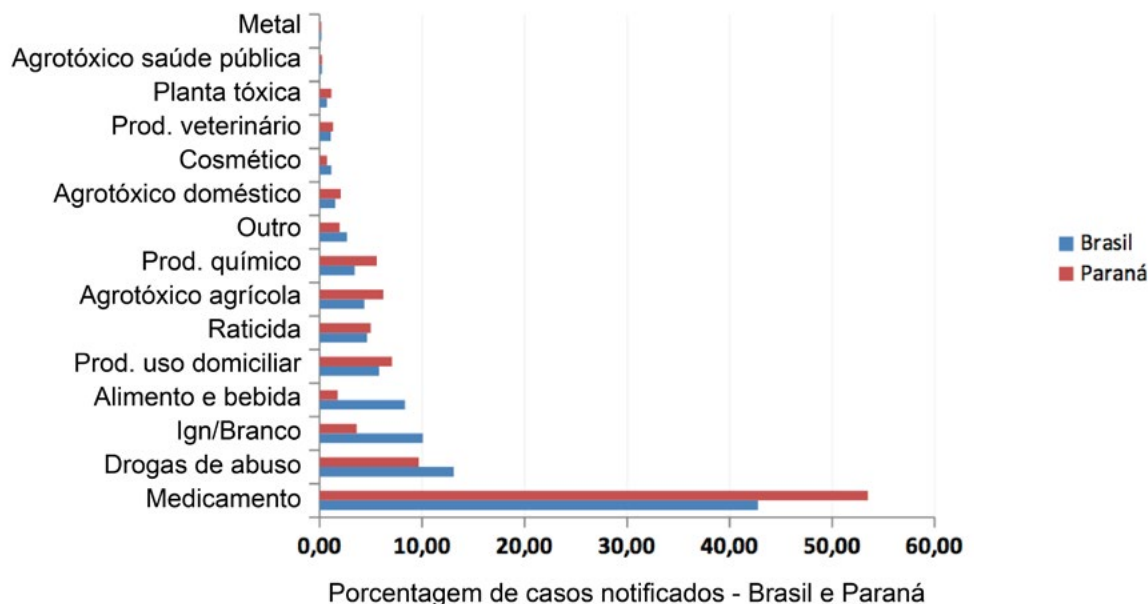
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, 2019.

Observa-se que as análises de turbidez e de cloro residual livre apresentam maior porcentagem de cumprimento, e esse fato pode ser atribuído à facilidade de realização da análise, que pode ser feita em campo, não necessitando de envio da amostra para o laboratório. O cumprimento da diretriz para o parâmetro de turbidez mantém-se acima do 100% na série histórica – a diretriz estabelece apenas o número mínimo obrigatório de amostras e os municípios podem realizar mais coletas, conforme julgarem necessário. O cumprimento da diretriz para o parâmetro de coliformes totais aumentou no período de 2014-2018, partindo de 65,8% em 2014 e chegando a 92,36% em 2018.

5.2.3.3 Intoxicação Exógena

Intoxicação exógena pode ser causada por ingestão, inalação ou exposição a alguma substância tóxica ao organismo. A gravidade da intoxicação vai depender da via de exposição, do agente tóxico, da dose, do tempo de exposição e do indivíduo exposto, podendo causar quadros de leve a grave e, dependendo da gravidade e do acesso ao serviço de saúde, levar a óbito. O Paraná é o terceiro estado com maior número de notificações no Brasil, ficando atrás somente de São Paulo e de Minas Gerais. Segundo os dados de notificação, os medicamentos são o agente tóxico que mais causa intoxicação no Brasil; em seguida, com uma diferença percentual considerável, estão as drogas de abuso. Esses dados corroboram a realidade do Paraná, conforme demonstra a Figura 33.

FIGURA 33 – PORCENTAGEM DOS CASOS NOTIFICADOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA NO BRASIL E NO PARANÁ SEGUNDO AGENTE TÓXICO – 2014-2017¹



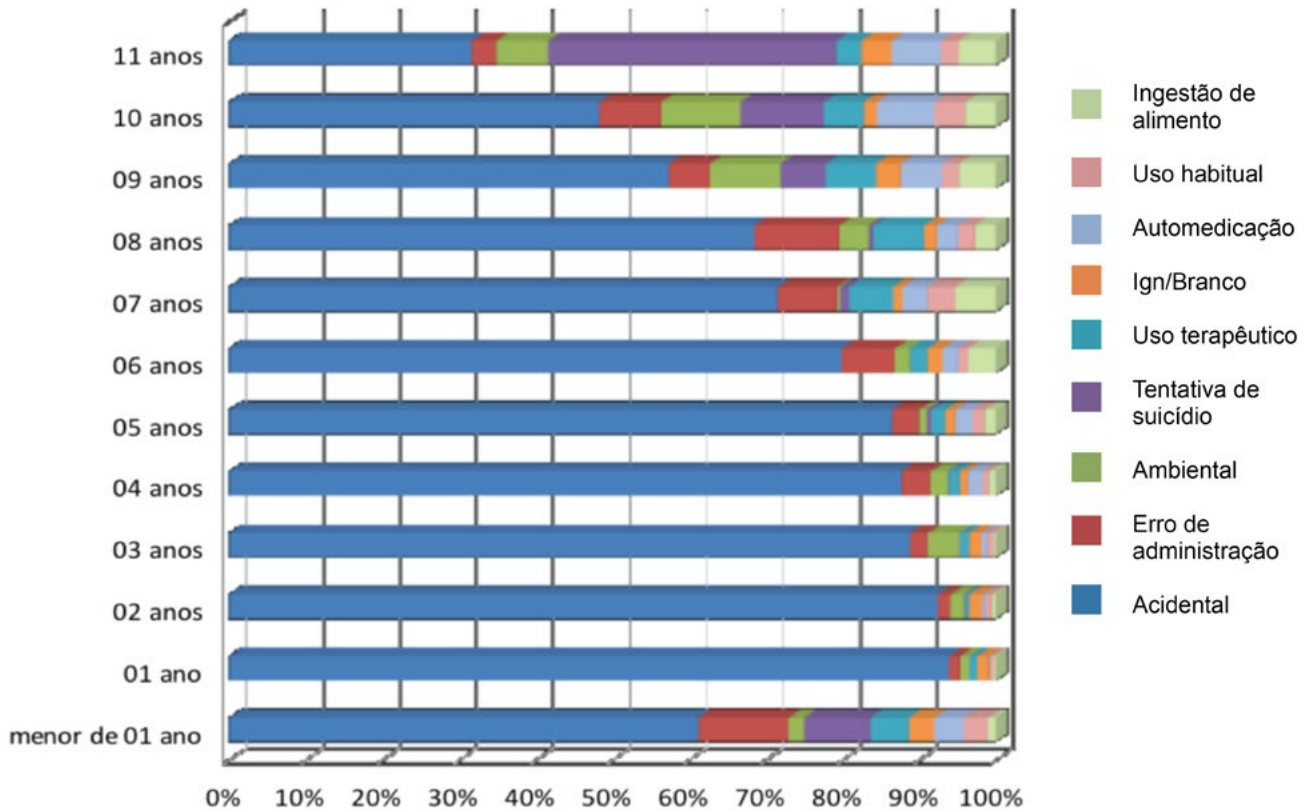
NOTA¹: Dados disponíveis até o ano de 2017.

Fonte: DVZI/CVIA/DAV, 2019.

As circunstâncias de exposição ou de contaminação das intoxicações exógenas podem ser intencionais (tentativas de suicídio), acidentais, ambientais, erro de administração, abuso, entre outras. As notificações de intoxicação por tentativa de suicídio são uma realidade que necessita da sensibilização das equipes de atenção e vigilância em saúde para se certificar de que os usuários com pensamento suicida estejam em acompanhamento pela rede de saúde mental.

A faixa etária de 0-12 anos incompletos representa 16,6% de todos os casos notificados por intoxicação. A circunstância acidental, que ocorre nas residências em 90% dos casos em crianças de 0-12 anos incompletos, é uma situação dentro da amplitude do banco de dados das intoxicações que causa impacto, conforme demonstrado na Figura 34.

FIGURA 34 – CIRCUNSTÂNCIA DE EXPOSIÇÃO/CONTAMINAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA MAIS NOTIFICADOS EM CRIANÇAS DE 0-12 ANOS INCOMPLETOS – PARANÁ, 2014-2018

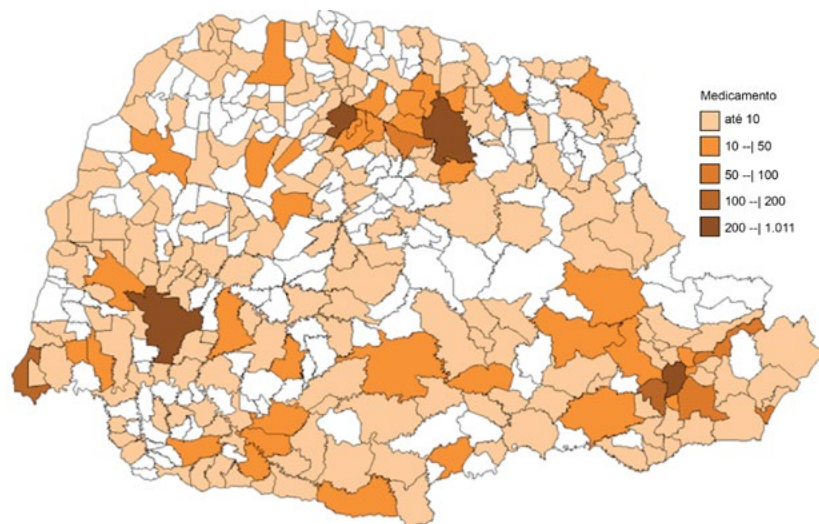


Porcentagem das intoxicações infantis segundo circunstância de exposição/contaminação

Fonte: DVZI/CVIA/DAV, 2019.

Os medicamentos são responsáveis por 45% das intoxicações infantis, que estão distribuídas nas 22 Regionais de Saúde, evidenciando ampla distribuição geográfica dos casos, concentração em centros mais populosos e, também, alguns municípios silenciosos para o agravo, conforme demonstrado na Figura 35.

FIGURA 35 – FREQUÊNCIA DE INTOXICAÇÕES CAUSADAS POR MEDICAMENTO EM CRIANÇAS DE 0-12 ANOS INCOMPLETOS – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: DVZI/CVIA/DAV, 2019.

5.2.4 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária caracteriza-se por um conjunto de ações voltadas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e a intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. É, então, responsável pelo controle da qualidade de alimentos, produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde por meio do monitoramento e da execução de ações no intuito de promover e proteger a saúde, minimizando a exposição da população ao risco.

5.2.4.1 Vigilância e Monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

A qualidade nos serviços de saúde ligada à questão das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) é uma temática que continua evocando atenção no cenário mundial como um sério problema de saúde pública. Trata-se de evento não somente biológico, mas histórico e social, que gera impacto direto na segurança da assistência à saúde e constitui um dos principais desafios para a qualidade dos cuidados em saúde.

No caso das IRAS, em que pesem progressos no controle e na prevenção das infecções, há dificuldade em eliminar totalmente sua ocorrência, pois ao mesmo tempo que a introdução de novos conhecimentos e a evolução dos procedimentos de assistência são fatores determinantes para a cura e maior sobrevivência dos usuários, também expõem o in-

divíduo a IRAS ainda mais graves, causadas por microrganismos altamente resistentes, tanto da própria microbiota humana quanto de fontes do ambiente.

Por tratar-se de tema com elevada relevância para a saúde da população, desde 2009 a SESA recebe e analisa dados de IRAS por meio do Sistema Online de Notificação de Infecções Hospitalares (SONIH). O Paraná foi o primeiro estado a implantar um sistema *on-line* para a notificação dos dados de IRAS no país, proporcionando maior agilidade no envio dessas informações.

O SONIH também representa uma ferramenta extremamente útil aos hospitais notificantes ao calcular taxas e densidades de incidência de IRAS de forma automática. Entre os dados notificados no SONIH estão: taxa de infecção de sítio cirúrgico; taxa de infecção em cirurgia limpa; taxa de infecção em vídeo cirurgia; taxa de infecção pós-parto normal e pós-cesárea. Além dessas informações, hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) também notificam dados de incidência de IRAS associadas a dispositivos invasivos (cateter venoso central, ventilação mecânica e sonda vesical de demora).

No sistema também é notificado o perfil de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, um problema de saúde pública de amplo impacto, cujo conhecimento permite o monitoramento da evolução da resistência microbiana no Paraná, viabilizando o uso racional de antimicrobianos no estado, entre outras condutas de controle.

Com base na análise dos dados notificados no sistema SONIH no ano de 2018 (Tabela 14), 411 hospitais do Paraná notificaram regularmente dados de infecção no sistema. Esse número representou um aumento de 15% no número de hospitais notificantes se comparado ao ano de 2017.

TABELA 14 – NÚMERO DE HOSPITAIS NOTIFICANTES NO SONIH POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – 2018

Macrorregião de Saúde	Nº de hospitais notificantes no SONIH		N. de leitos	
	N.	%	N.	%
Leste	135	34%	11.228	43%
Noroeste	92	22%	4.589	18%
Norte	96	23%	5.582	22%
Oeste	88	21%	4.435	17%
Total	411	100%	25.834	100%

Fonte: SESA/DAV/CVIS, 2018.

Dos 411 hospitais notificantes no SONIH no ano de 2018, 29% são públicos, 30% são privados e 41% são privados conveniados ao SUS. Nesse período, foram notificadas 29.965 IRAS no SONIH, com 1.785.142 entradas de usuário e 4.708.351 usuários-dia. O total de óbitos em usuários com diagnóstico de infecção (até 14 dias desse diagnóstico) foi equivalente a 3.617.

Com base nesses números, para cada 1.000 usuários-dia internados nos hospitais do Paraná, 6,3 apresentaram diagnóstico de infecção relacionada à assistência à saúde no ano de 2018.

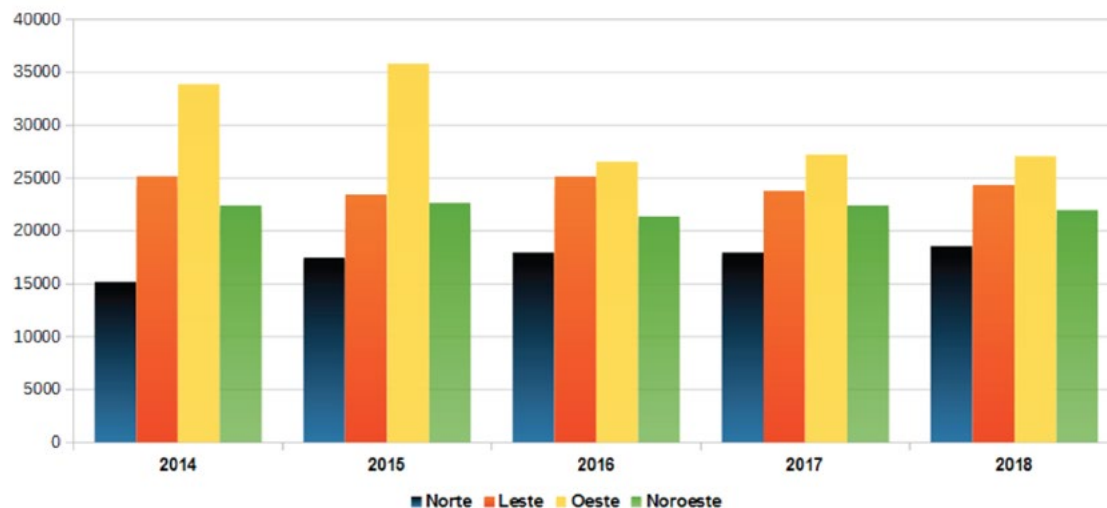
É importante considerar que as causas de óbito em usuários com diagnóstico de infecção são multifatoriais e que as notificações dos dados epidemiológicos de IRAS no SONIH não incluem aspectos individuais por usuário, como condições de internamento, gravidade ou comorbidades.

Com relação ao Perfil de Sensibilidade e Resistência dos Microrganismos, 18.524 microrganismos foram notificados no sistema SONIH no ano de 2018, dos quais 12.339 estavam associados a topografias de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

5.2.4.2 Vigilância dos Resíduos de Contaminantes em Alimentos

O Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo. O consumo em 2018 foi de aproximadamente 540.000 toneladas/ano (IBAMA, 2018), e o Paraná oscila entre o 2º e 3º lugar nesse *ranking*. De acordo com dados do Software Integrado do Agronegócio (SIAGRO) da Agência de Defesa Agropecuária do Paraná, o consumo do ano de 2018 no estado foi de 92.904,3 toneladas, com a média dos últimos cinco anos em 95.130 toneladas/ano. A totalidade desse consumo está demonstrada por macrorregião de saúde na Figura 36.

FIGURA 36 – CONSUMO DE AGROTÓXICOS, EM TONELADA, POR MACRORREGIÃO SAÚDE PARANÁ, 2014-2018

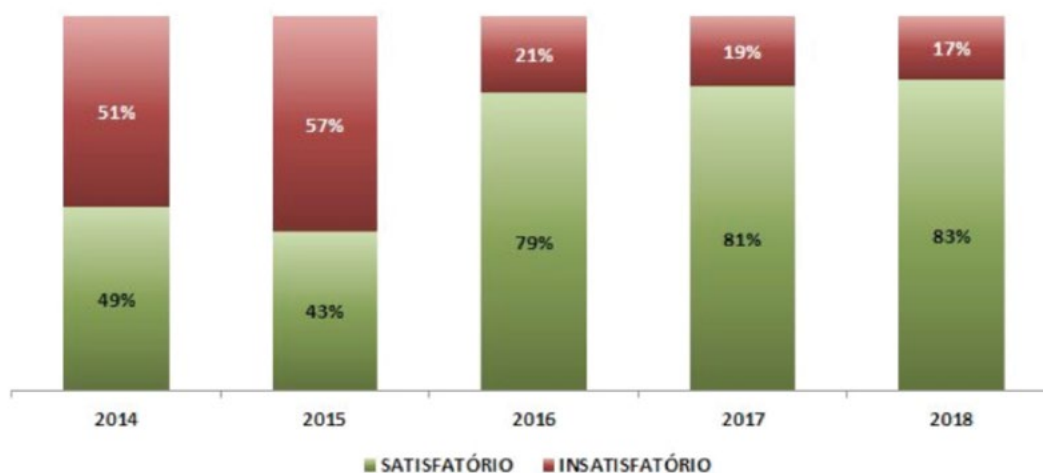


Fonte: SESA/DAV/CVIS, 2019.

Nos últimos cinco anos, foram registrados, no Brasil, 1.653 novos agrotóxicos agrícolas (139 em 2015, 277 em 2016, 405 em 2017, 422 em 2018 e 410 até out./2019), ofertando maior número de princípios ativos com novas moléculas e tecnologias para o controle de pragas, o que resultou no aumento do uso desses princípios ativos.

Nesse cenário, o Paraná realiza o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos desde 2001, ação iniciada em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio do Programa de Análise de Resíduos de Alimentos (PARA Nacional). A partir de 2012, o Paraná instituiu, por meio da Resolução SESA n. 217/2011, o Programa Estadual PARA/PR, executando as ações de coleta de alimentos em parceria com as Vigilâncias Municipais nas unidades do Ceasa/PR e nas escolas da rede estadual de educação (PARANÁ, 2011a). Com a consolidação do PARA/PR, a partir de 2016, o Paraná passou a monitorar os resíduos de agrotóxicos em alimentos apenas por meio desse programa estadual. A Figura 37 demonstra o compilado dos resultados de análises do período de 2014-2018.

FIGURA 37 – RESULTADOS DAS ANÁLISES DE RESÍDUOS DE AGROTÓXICOS EM ALIMENTOS – 2014-2018



Fonte: SESA/DAV/CVIS, 2019.

Na Figura 37, os dados de 2014-2015 referem-se ao PARA Nacional, com a coleta de, respectivamente, 110 e 355 amostras entre 13 a 15 variedades de alimentos. O elevado percentual de resultados insatisfatórios nesses anos ocorreu, principalmente, em razão do maior número de amostras de alguns tipos de alimentos que, historicamente, costumam apresentar níveis elevados de contaminação – por exemplo, morango, laranja, maçã, pepino e uva. Foram coletados no estado 25 tipos de alimentos entre frutas, verduras e legumes, totalizando 334 amostras em 2016, e 468, em 2017, aumentando a diversidade de alimentos e o número de análises, o que influencia nos resultados. Cabe ressaltar que os dados de 2018 são parciais, referindo-se a 104 amostras e refletindo o mesmo padrão dos dois anos anteriores.

Com relação aos limites dietéticos estabelecidos pela ingestão diária aceitável (IDA) de agrotóxicos, em que os estudos são realizados em indivíduos adultos com 60 kg, do ponto de vista da Saúde Pública, é preocupante a fragilidade desse conceito ao longo dos últimos anos, pois não se consideram a ação sinérgica e potencializadora dos vários resíduos encontrados em uma mesma amostra de alimento e a diferença de resposta dos indivíduos em razão da idade, do estado de desenvolvimento e de saúde, do tempo de exposição e da conformação genética. Novos estudos têm demonstrado que os agrotóxicos podem causar agravos à saúde mesmo abaixo das doses estabelecidas na determinação da IDA. Assim, o contínuo monitoramento desses resíduos pelo estado e a adequada comunicação de risco à população são fundamentais para a prevenção e a promoção da saúde.

Ainda com relação aos potenciais resíduos em alimentos, os medicamentos veterinários demonstram potencial em afetar a saúde da população exposta ao consumo de alimentos com algum nível residual dessas substâncias, tendo ganhado a atenção de en-

tidades internacionais. A principal preocupação quanto aos medicamentos veterinários envolve o uso de antimicrobianos no tratamento e, em larga escala, como promotores do crescimento de animais de produção, podendo resultar na presença de resíduos dos medicamentos veterinários em alimentos de origem animal (carne, leite, ovos, etc.), o que representa risco potencial à saúde humana e revela a necessidade de estudos. A Anvisa reconhece que a exposição alimentar aos resíduos de medicamentos veterinários pode causar efeitos agudos e crônicos à saúde humana, dependendo da substância e da dose em questão.

Os microrganismos são capazes de desenvolver resistência – mecanismos que possibilitam multiplicação ou que se mantêm viáveis na presença de um nível elevado de dado agente antimicrobiano quando comparado a indivíduos suscetíveis da mesma espécie. De acordo com a OMS (2018), há uma clara associação entre o uso de antimicrobianos em animais produtores de alimento e o aumento do risco de exposição e de infecção humana por bactérias resistentes a antimicrobianos. Estudos científicos apontam fortes indícios de que os genes de resistência identificados em humanos poderiam ter origem alimentar. A OMS, a Organização Internacional de Epizootias (OIE), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e o *Codex Alimentarius* recomendam que seja descontinuado o uso, como aditivo melhorador de desempenho, das substâncias classificadas como antimicrobianos “criticamente importantes” em medicina humana e veterinária.

O Paraná, segundo o IBGE, é o primeiro e o segundo escalão da produção brasileira de aves e suínos, responsável por 30% e 20%, respectivamente, do total nacional. Com o objetivo de monitorar a resistência antimicrobiana nos alimentos de origem animal consumidos pelos paranaenses, a SESA, por meio do Programa Estadual de Controle de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMvet-PR), iniciou, em novembro de 2017, no comércio varejista, a coleta de amostras de carne de frango, embaladas diretamente no abatedouro, para pesquisa de microorganismos e de genes de resistência, bem como a coleta de leite e de carne de frango para pesquisa de resíduos de medicamentos veterinários.

Até março de 2019, a coleta de 146 amostras proporcionou o isolamento e a identificação de *Escherichia coli* em 100% das amostras coletadas, com identificação da presença do gene de resistência ao antimicrobiano colistina, MCR-1, em 7 dessas amostras; além de *Salmonella spp.* em 34,9% e de *Campylobacter spp.* em 8,9%. Os resultados encontrados ressaltam a importância da continuidade das investigações, representando um impacto significativo para a população e demandando uma abordagem articulada entre setor produtivo, meio ambiente e saúde humana, sob o contexto da Saúde Única.

5.2.5 Vigilância Epidemiológica

5.2.5.1 Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS)

O CIEVS integra-se a uma rede de informações nacional e internacional e visa readequar e aprimorar as práticas de vigilância em saúde de forma articulada com a rede assistencial, ampliando as capacidades de detecção e de resposta aos eventos em saúde, especialmente aqueles caracterizados como emergências em Saúde Pública.

A globalização associada às vulnerabilidades das fronteiras favorece a disseminação de doenças/agravos.

O Paraná apresenta características que o tornam vulnerável à entrada de potenciais ameaças, apresentando grande extensão de fronteiras terrestres com dois países que têm diferentes características sanitárias, intensa movimentação comercial e grande fluxo de pessoas. Essas áreas de fronteira representam territórios dinâmicos e constituem unidades epidemiológicas em que os problemas compartilhados impõem cada vez mais a necessidade de incluir essa temática na agenda prioritária das políticas de saúde.

5.2.5.2 Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)

O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) tem por atribuição promover ações que proporcionem, por meio de necropsia, o esclarecimento de causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica e em especial aqueles sob investigação.

Os SVOs estaduais e municipais compõem a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Mortis, que integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Epidemiológica.

O Paraná encontra-se em um processo de formação de uma rede estadual de SVO, uma vez que se constata a existência de apenas uma unidade sob gestão da SESA, situada no município de Cascavel. Os demais serviços existentes no estado localizam-se nos municípios de Foz do Iguaçu e de Curitiba, ambos com gestão municipal. Tal condição requer um planejamento de execução para a criação da rede estadual de SVO, propiciando as condições necessárias de estruturação, funcionamento, custeio e monitoramento por meio de controle de indicadores de processo, de qualidade e de resultados.

5.2.5.3 Programa de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde

O Programa Estadual de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde no Estado do Paraná foi instituído em 2013 com o objetivo de fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, contando com repasse de incentivos financeiros aos 399 municípios. Esses recursos foram destinados para custeio e capital.

Entre os resultados do programa destacam-se a aquisição, pelos municípios, de 883 veículos, além de outros materiais e equipamentos essenciais para atividades, totalizando mais de 12 mil equipamentos (rede de frio, informática, comunicação, qualidade do ambiente de trabalho); de cursos de capacitação, que totalizam mais de 70 mil horas; de equipamentos de proteção individual; e de materiais educativos, o que veio a fortalecer as ações e as equipes.

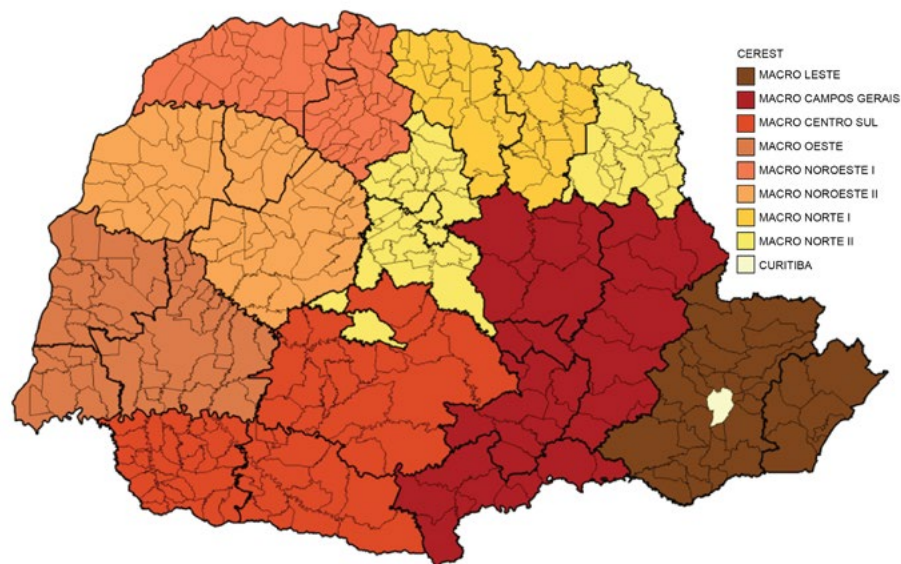
Até o momento, os repasses atendiam, especificamente, às ações de Vigilância em Saúde, contudo, para o próximo quadriênio, há a possibilidade da utilização para a qualificação das ações de Atenção à Saúde.

5.2.6 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), instituída em 2002, tem como objetivo implementar ações de promoção, prevenção, assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), em todos os serviços do SUS. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) atuam como retaguarda técnica no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2019c).

A Renast é formada por um Cerest estadual (Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST), oito Cerest macrorregionais e um Cerest municipal. Cada Cerest é composto pelos Núcleos de Saúde do Trabalhador de cada Regional de Saúde da SESA, conforme pode ser observado na Figura 38.

FIGURA 38 – ORGANIZAÇÃO DOS CERESTS – PARANÁ, 2019



Fonte: SESA, 2019.

No Paraná, existem 5.529.000 milhões de trabalhadores, representando 48% da população total do estado (IBGE, 2018a), os quais podem estar expostos aos riscos presentes nos ambientes de trabalho e desenvolver uma série de agravos. Para fins de Visat, desde 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu 11 agravos de notificação compulsória, conforme Quadro 4.

QUADRO 4 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR – PARANÁ, 2014-2018

NOTIFICAÇÕES			2014	2015	2016	2017	2018	N.	%
ACIDENTES	Acidente de Trabalho*	Mutilações e outras gravidades	5.957	6.740	6.500	5.746	6.647	31.590	47,80
		Acidente de trabalho com crianças e adolescentes	355	346	186	173	147	1.207	1,83
		Óbitos	353	341	353	318	328	1.693	2,56
		Total de acidentes de trabalho	6.665	7.427	7.039	6.237	7.122	34.490	52,19
	Acidente de trabalho com exposição a material biológico		4.634	4.256	4.916	5.248	5.460	24.514	37,09
	Intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho		1.012	892	697	932	983	4.516	6,83
DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	LER/DORT		333	437	300	233	262	1.565	2,37
	Câncer relacionado ao trabalho		80	74	153	50	188	545	0,82
	Transtorno mental relacionado ao trabalho		53	53	32	23	28	189	0,29
	Dermatoses ocupacionais		30	32	23	153	13	108	0,16
	PAIR		9	14	25	14	14	79	0,12
	Pneumoconiose		11	13	15	10	25	79	0,12
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR			12.827	13.198	13.179	12.786	14.095	66.085	100,00%

LEGENDA: *Na ficha de notificação do acidente de trabalho grave, notificava-se três agravos: acidentes com mutilações, acidentes de trabalho com crianças e adolescentes e óbitos. A partir de 01/09/2019, o MS adotou o termo “acidente de trabalho” para fins de notificação, sem critérios de gravidade.

Fonte: CEST/SINAN, 2019.

As estatísticas de acidentes de trabalho no Brasil e no Paraná estão subnotificadas. Tal problema revela que a Rede de Atenção do SUS não está sensibilizada por não considerar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde e doença. Assim, o CEST, como indutor da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, pretende intensificar a capacitação da Rede de Atenção. Apesar do problema da subnotificação, os dados disponíveis revelam os principais ramos produtivos que necessitam de ações de Visat, como saúde, construção civil e trabalho rural, para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho no estado.

5.2.7 Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI)

O CPPI, criado em 1987, é uma unidade da SESA situada na cidade de Piraquara. Seu perfil de atividades é de alta complexidade, com produtos estratégicos para o SUS. É referência nacional em produção de soros hiperimunes, visto que é um dos 31 produtores de cunho público no mundo todo. Esses soros, também conhecidos como “soros antivenenos”, são fornecidos exclusivamente para o Ministério da Saúde, o qual faz a distribuição para as unidades brasileiras que realizam os tratamentos. Os medicamentos são utilizados nos casos em que há acidentes com animais venenosos, quando o usuário apresenta risco de vida. Os casos mais comuns são envenenamentos resultantes de ataques de aranhas, serpentes, escorpiões, entre outros animais peçonhentos. O CPPI produz, predominantemente, antivenenos contra o veneno da aranha-marrom (*Loxosceles*) e de serpentes como das jararacas (*Bothrops*). A Unidade está priorizando a adequação da atual área fabril e planeja construir uma nova fábrica para a produção de imunobiológicos em Piraquara. Está em desenvolvimento a retomada da produção do Antígeno de Montenegro para auxílio do diagnóstico da Leishmaniose.

6 PERFIL ASSISTENCIAL

Os serviços que prestam assistência à saúde no âmbito do SUS no Paraná são Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Apoio e Diagnóstico para a realização de exames complementares, Centros de Especialidades e Ambulatórios de Atenção Especializada, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados, Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar, conforme apresentado no Quadro 5.

QUADRO 5 – TIPOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – PARANÁ, 2019

Tipo de Estabelecimento de Saúde	SUS	Não SUS	Total
Posto de Saúde	768	3	771
Centro de Saúde/Unidade Básica	1.878	3	1.881
Policlínica	86	936	1.022
Hospital Geral	311	77	387
Hospital Especializado	28	18	46
Centro/Clínica de Especialidade	897	1.825	2.722
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	717	1.502	2.219
Unidade Móvel de nível Pré-Hospitalar na área de Urgência	241	15	256
Outros	1.305	14.864	16.169
Total	6.231	19.243	25.473

Fonte: CNES-DATASUS, 2019.

6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Brasil apresenta cobertura populacional estimada de Atenção Básica (AB) de 74,63% e cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 64,21%. O Paraná apresenta cobertura de Atenção Básica de 76,39% e cobertura populacional de ESF de 64,75%. Em comparação com os demais estados da Federação, o Paraná está na 15ª posição quanto à cobertura de AB na competência de setembro de 2019, demonstrando que é possível melhorar essa posição (e-Gestor Atenção Básica, 2019). Analisando a série histórica apresentada na Tabela 15, nota-se que está ocorrendo uma redução da cobertura populacional de AB e de ESF, e esse é um importante indicador para ser utilizado no monitoramento do acesso aos serviços da APS.

Em 2018, a cobertura da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família é de 37,12%, e de Saúde Bucal na Atenção Primária, de 52,85%.

O Brasil apresenta cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 63,41%, e o Paraná, de 54,82%. Em comparação com os demais estados, o Paraná está na 23ª posição na competência de setembro de 2019 (e-Gestor Atenção Básica, 2019). A série histórica de cobertura de ACS (Tabela 15) mostra que está ocorrendo uma redução nos últimos cinco anos, e as atividades de territorialização, visita domiciliar, cadastro das famílias, busca ativa, entre outras, devem ser realizadas de forma contínua e, preferencialmente, pelos ACS.

TABELA 15 – TAXAS DE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) – PARANÁ, 2014-2018

Ano	Cobertura AB (%)	Cobertura ESF (%)	Cobertura Saúde Bucal na AB (%)	Cobertura de ESB (%)	Cobertura ACS (%)
2014	77,62	64,30	57,94	40,45	60,90
2015	77,68	66,22	56,18	40,01	61,43
2016	76,69	65,18	54,70	38,95	60,14
2017	76,18	65,16	53,25	37,65	56,58
2018	75,15	64,17	52,85	37,12	56,04

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2019.

Atualmente, no Paraná, existem 1.878 Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Centros Municipais de Saúde e 768 Postos de Saúde, totalizando 2.646 estabelecimentos, conforme consulta ao CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2019a). Quando estruturadas adequadamente, as UBS contribuem para o desenvolvimento de processos de cuidados seguro e influenciam em seus resultados, trazendo melhoria na qualidade da prestação de serviços.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é constituído por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar que deve atuar de maneira integrada para dar suporte aos profissionais das equipes de ESF e AB, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços à população (BRASIL, 2017c). Os NASF-AB são responsáveis por apoiar as ações de cuidado das ESF e por ajudar na resolução de casos que exigem apoio de outros profissionais que não compõem a equipe mínima de ESF, utilizando diversas ferramentas de trabalho, das quais se destacam o atendimento individual, o atendimento coletivo, o atendimento compartilhado, os grupos para educação em saúde, o que amplia o conjunto do cuidado na APS com potencial para aumentar a resolutividade.

A implantação dessas equipes é importante para aperfeiçoar a força de trabalho que deve ocorrer de forma organizada, tendo grande impacto na organização do acesso à APS. O Paraná tem um bom número de equipes de NASF-AB e observa-se, na Tabela 16, que houve um crescimento do número de NASF-AB implantados nos municípios paranaenses no período analisado.

TABELA 16 – NÚMERO DE EQUIPES DE NASF-AB – PARANÁ, 2014-2018

ANO	NASF-AB I	NASF-AB II	NASF-AB III
2014	103	56	50
2015	114	60	73
2016	111	65	78
2017	111	67	85
2018	125	69	92

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2019.

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e de produção do cuidado desenvolvidos em espaços públicos conhecidos como “polos do Programa Academia da Saúde”. Esse ponto de Atenção no território complementa o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde, como a ESF, os NASF-AB e a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017a). O Paraná tem 194 polos de Academias de Saúde construídas pelos municípios, sendo 100 já habilitados pelo MS com profissionais cadastrados para o desenvolvimento de atividades nesses polos na competência de setembro de 2019 (e-Gestor Atenção Básica, 2019).

Em 2018, a SESA realizou o monitoramento dos polos do Programa Academia da Saúde por meio de formulário específico que foi aplicado pelas Regionais de Saúde nos polos de Academia de Saúde. Destes polos, 72 informaram que desenvolvem ações de práticas corporais, produção do cuidado, modo de vida saudável, alimentação saudável, entre outras atividades. Quanto ao público participante das atividades desenvolvidas, destacam-se pessoas adultas, idosos, hipertensos, diabéticos, adolescentes, crianças, gestantes, tabagistas, mães e bebês, liderança comunitária e pessoas em situação de vulnerabilidade.

O Programa Mais Médicos tem a finalidade de aperfeiçoar médicos da Atenção Básica em Saúde em regiões prioritárias para o SUS mediante oferta de curso de especialização de ensino superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço (BRASIL, 2013a).

O Paraná tem 310 municípios adscritos ao Programa Mais Médicos, e somam-se a estes a adesão do Distrito Sanitário Indígena, totalizando 1.054 vagas (Sistema de Gerenciamento de Programas, 2019). No Paraná, o projeto impacta positivamente nas ações que são desenvolvidas no âmbito da APS. O MS, por meio de edital, realiza a reposição das vagas desocupadas dos profissionais médicos que se desligam do programa no decorrer do contrato. Dessa forma, os municípios ficam com as vagas desocupadas aguardando a publicação de novo edital pelo MS para reposição, podendo ficar por alguns períodos sem o profissional médico, o que implica desassistência à população e redução da cobertura populacional pelas equipes de APS.

No Congresso Nacional, foi aprovada a Medida Provisória n. 890, de 1 de agosto de 2019, visando à instituição do Programa Médicos pelo Brasil, que terá por finalidade incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, bem como fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da APS no SUS. Esse programa substituirá gradualmente o Programa Mais Médicos.

Em 2019, teve início o projeto PlanificaSUS, em parceria com o CONASS e com o Hospital Israelita Albert Einstein, com o objetivo de, por meio da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), apoiar o corpo técnico gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, na lógica da RAS no Paraná. O projeto desenvolve-se na 4ª Regional de Saúde, envolvendo profissionais de todo o estado, os quais atuam como facilitadores, tendo como prioridade a linha de cuidado da Saúde do Idoso. A SESA ampliará o projeto para as demais Regionais de Saúde e definirá a linha prioritária com base nas necessidades de cada Regional.

6.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A AAE realiza atendimentos por meio de consultas e exames especializados, pode estar ou não inserida em uma estrutura hospitalar e deve servir de referência para a APS.

O Quadro 6 demonstra a evolução das consultas médicas especializadas no período de 2014-2018, relacionadas às seis especialidades médicas mais ofertadas pelo SUS no Paraná. As seis especialidades médicas nas quais há a maior produção de consultas são: clínica médica, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, cardiologia, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Essas especialidades concentram 56% das consultas médicas especializadas produzidas no estado.

QUADRO 6 – PRODUÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO SUS – PARANÁ, 2014-2018

Especialidades	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Clínico	819.717	942.755	1.151.937	871.378	505.427	4.292.862
Ortopedista e Traumatologista	565.588	591.794	641.309	658.213	634.737	3.092.278
Oftalmologista	506.442	543.593	564.442	585.022	672.920	2.872.426
Cardiologista	327.786	373.462	362.772	373.803	382.459	1.820.701
Cirurgião Geral	244.698	271.680	283.820	256.659	291.937	1.349.089
Ginecologista e Obstetra	211.389	229.619	233.000	295.887	288.958	1.259.169
Total de consultas médicas especializadas	4.803.430	5.215.107	5.606.567	5.420.074	5.304.425	26.355.044

Fonte: SIA/DATASUS, 2019.

Os diagnósticos regionais obtidos durante a elaboração do PRI evidenciam insuficiências e vazios assistenciais na média e na alta complexidade ambulatorial do Estado nas diversas especialidades. Os problemas levantados desdobram-se tanto em falta de disponibilidade de consultas e exames em determinadas especialidades quanto em dificuldade de acesso aos serviços.

A demanda apontada para consultas especializadas dificilmente será suprida com os recursos financeiros disponíveis e com o número de profissionais médicos existentes para cada especialidade no estado. Portanto, há de se considerar outros mecanismos para o ordenamento dessa demanda, quais sejam: o fortalecimento da APS para a resolução de ao menos 80% dos problemas da população, pois as consultas médicas especializadas tendem a aumentar na medida que a equipe da Atenção Primária é menos resolutiva nos problemas de saúde; a implantação de protocolos de acesso para qualificar a demanda; a otimização do financiamento da média complexidade; o fortalecimento da governança regional, entre outros.

Pode-se constatar que a Atenção Ambulatorial Especializada, sob a lógica de programação e da alocação de recursos centrada nos procedimentos, contribuiu sobremaneira com a fragmentação do serviço e da integralidade do cuidado, pois, em vez de custear o percurso terapêutico para atender às necessidades dos usuários, recortam-no em procedimentos, que se tornam os objetivos da organização da Atenção nesse nível.

Quanto aos serviços de apoio e diagnóstico, há necessidade de realização de estudos específicos, por região e macrorregião de saúde e por linha de cuidado. Atualmente, verifica-se que a quantidade de exames especializados processados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) não está diretamente relacionada às linhas de cuida-

do, o que igualmente ocorre com as habilitações de alta complexidade, sendo necessário o aprofundamento dessa questão para que patologias como o câncer, por exemplo, sejam diagnosticadas cada vez mais precocemente. Além disso, há uma insuficiência de serviços de apoio e diagnóstico e uma necessidade de estabelecer protocolos de regulação para alguns procedimentos, como tomografia e ressonância magnética, e para os procedimentos de análises clínicas, que consomem uma grande quantidade de recursos financeiros do sistema.

Analisando os procedimentos realizados no período de 2014-2018 (Quadro 7), observa-se um aumento na média e na alta complexidade, verificando-se, na alta complexidade, um aumento de 95% no período. Em 2018, do total de exames realizados, 51% (291.919) foram tomografias.

QUADRO 7 – PRODUÇÃO FÍSICO-AMBULATORIAL POR COMPLEXIDADE – PARANÁ, 2014 E 2018

Grupo de Procedimentos	Média Complexidade		Alta Complexidade	
	2014	2018	2014	2018
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	51.503	87.274	0	0
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	31.783.204	42.053.405	294.237	572.392
03 Procedimentos clínicos	15.012.799	24.842.476	1.683.883	2.139.591
030101 Consulta Médica em Atenção Especializada	4.793.225	5.304.425	0	0
04 Procedimentos cirúrgicos	381.402	539.138	38.462	60.088
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	33.063	59.674	69.254	77.035
06 Medicamentos	0	0	46.199.298	81.025.136
07 Órteses, próteses e materiais especiais	3.456	0	41	0
Total	52.058.652	72.886.392	48.285.175	83.874.242

Fonte: SIA/DATASUS, 2019.

Além dos atendimentos realizados em clínicas especializadas, hospitais e unidades de diagnóstico e terapia, em cada Região de Saúde existe, no mínimo, um Ambulatório Multiprofissional Especializado. Esses ambulatórios são gerenciados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Os CIS surgiram no âmbito do SUS do Paraná na década de 1990 e ocupam um papel de destaque na Política de Saúde do estado, pois se revelaram uma estratégia viável para a gestão municipal, já que constituem um mecanismo para garantir maior eficiência e eficácia nas ações e nos serviços de saúde de determinada Região de Saúde.

Em 2012, a SESA implantou o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, por entender que se trata de uma importante ferramenta a gestão do Sistema Público de Saúde e compatível com os princípios do SUS. O Programa prevê recursos financeiros para a execução de ações e serviços de saúde, aquisição de equipamentos, obras e educação permanente. Esses investimentos resultaram em mudanças nos processos de trabalho e na infraestrutura dos ambulatórios, melhorando a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

O apoio aos CIS que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados é fundamental, pois se trata de uma estratégia para a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde na AAE.

No Paraná, 21 Regiões de Saúde contam com Ambulatórios Multiprofissionais Especializados gerenciados pelos CIS, atendendo, em sua maioria, à totalidade dos municípios que compõem as Regiões de Saúde. Dos 399 municípios paranaenses, 96,7% integram os CIS que gerenciam a AAE, o que corresponde a 79% da população do estado.

O Paraná tem estimulado a mudança do Modelo de Atenção à Saúde Hegemônico para um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe mudanças na organização dos Sistemas e da Atenção à Saúde por meio da atenção contínua com equipe multiprofissional, que resultará no Plano de Cuidado Individualizado ao Usuário, bem como alterações nas decisões clínicas, dando suporte a estas com base em um processo de educação permanente e supervisão entre equipes da AAE e equipes da APS (MENDES, 2011).

O MACC possibilita que a APS exerça seu papel como ordenadora da RAS e como coordenadora do cuidado com a interação entre a APS e a AAE, embasadas nas linhas de cuidado prioritárias e utilizando a estratificação de risco. Para isso, foi incentivado o desenvolvimento das seguintes linhas de cuidado às condições crônicas prioritárias da RAS do Paraná: Linha de Cuidado Materno Infantil; Linha de Cuidado do Idoso; Linha de Cuidado em Saúde Mental; e Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

As principais mudanças que estão sendo realizadas nos processos de trabalho da APS e AAE com a implantação do MACC são:

- Estratificação de risco, que é imprescindível para a implantação do novo modelo, permanecendo o baixo e o médio riscos no atendimento da APS e sendo encaminhado à AAE o alto risco.
- Atenção à saúde proativa e resolutiva, por meio da qual o usuário recebe orientações preventivas, curativas e de reabilitação à sua saúde conforme o Plano de Cuidado e o Autocuidado Apoiado.

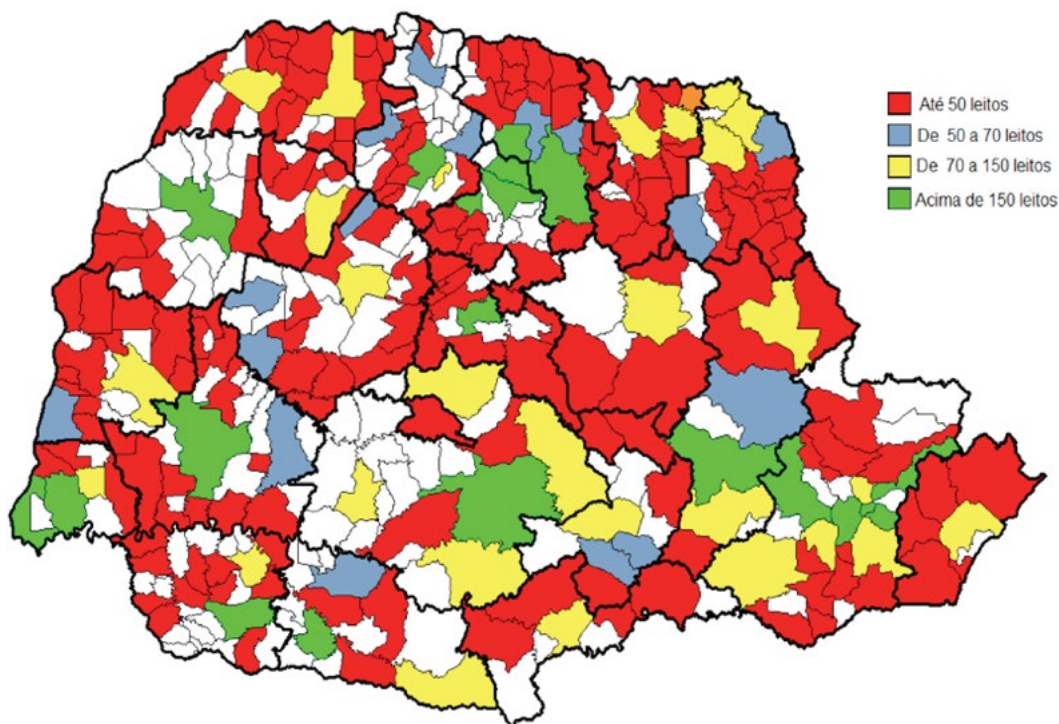
- Atendimento realizado pela equipe interdisciplinar no ambulatório multiprofissional especializado, sendo o usuário vinculado à equipe.
- Integração em rede com os outros níveis de Atenção à Saúde por meio das ações de supervisão, de matriciamento, de educação e de pesquisa.

6.3 REDE HOSPITALAR

A rede hospitalar no Paraná é composta por 433 hospitais, sendo 339 (78%) unidades hospitalares com atendimento aos usuários do SUS. Dos hospitais com atendimento SUS, 129 (38%) são de natureza jurídica pública; 125 (37%) são privados sem fins lucrativos; 67 (20%) são privados; e 15 (4%) são hospitais próprios.

O Paraná dispõe de 20.785 leitos SUS (gerais e complementares), o que representa 67% do total de leitos existentes no estado. Contudo, vale salientar que 28% dos leitos estão distribuídos em hospitais com até 50 leitos gerais, conforme demonstram a Figura 39 e o Quadro 8.

FIGURA 39 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS GERAIS POR REGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2019



Fonte: CNES/DATASUS, 2019.

QUADRO 8 – NÚMERO DE HOSPITAIS POR PORTE DE LEITOS – PARANÁ, 2019

Número de leitos	Número de hospitais	% de hospitais
Até 50 leitos	227	67
50-70 leitos	29	9
70-150 leitos	54	16
Mais de 150 leitos	26	8

Fonte: CNES/DATASUS, 2019.

Ainda são disponibilizados 1.999 leitos complementares, que estão distribuídos entre os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrico e neonatal. No período de 2014-2018, houve aumento de 16% dos leitos complementares (Figura 40 e Quadro 9).

FIGURA 40 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2019



Fonte: CNES/DATASUS, 2019.

QUADRO 9 – CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS COMPLEMENTARES POR POPULAÇÃO E NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DA MACRORREGIÃO – PARANÁ, 2019

Macrorregião	Nº Habitantes	Nº Hospitais	Leitos				
			Leitos Gerais	Leitos Complementares			
				UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Outros
Leste	5.534.152	100	7.538	659	103	256	142
Oeste	1.960.154	70	2.976	143	20	55	27
Norte	1.986.688	87	4.442	211	29	57	40
Noroeste	1.867.943	80	3.195	171	20	51	15
Total	11.348.937	337	18.151	1.184	172	419	224

Fonte: CNES/DATASUS/IBGE, 2019.

Na coluna “Outros”, no total de 224 leitos complementares estão incluídos os leitos de UTI de queimados, Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA) e Unidades de Cuidados Intermediários Pediátrico e Adulto.

É importante destacar que, com relação aos leitos das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, tanto convencional quanto canguru, identifica-se uma baixa taxa de ocupação (42%) nessas modalidades, possivelmente porque o baixo valor que tabela SIGTAP oferece não é atraente para o prestador.

No que se refere ao número de serviços de saúde habilitados para alta complexidade, consta no Quadro 10 o número de serviços de referência habilitados para cada macrorregião por especialidade: cardiologia, nefrologia, neurologia, obesidade grave, traumatologia, ortopedia, oncologia e transplantes.

QUADRO 10 – NÚMERO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA HABILITADOS PARA ALTA COMPLEXIDADE, POR MACRORREGIÃO – PARANÁ, 2019

Serviços de referência habilitados	Macrorregião Leste	Macrorregião Oeste	Macrorregião Norte	Macrorregião Noroeste	Total Paraná
Obesidade grave	6	1	3	2	12
Cardiologia	12	5	4	4	25
Nefrologia	18	5	9	7	39
Neurologia e neurocirurgia	10	4	4	6	24
Traumatologia e ortopedia	14	5	5	5	29
Oncologia	11	6	4	4	25
Transplantes	29	9	11	9	58
Total	100	35	40	37	212

Fonte: SCNES, 2019.

6.3.1 Produção de Serviços Hospitalares

A atenção hospitalar tem como objetivo de garantir a continuidade e a integridade do cuidado no ambiente hospitalar, com equipe multiprofissional, devendo estar integrada com a APS, bem como com os demais pontos de Atenção, de apoio e logístico da RAS.

O Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) é utilizado como medida da efetividade dos serviços da APS, condições em que uma assistência apropriada e no tempo certo poderia evitar a hospitalização.

No ano de 2018, o ICSAB no Paraná apresenta o índice de 25,52%, com tendência de queda desde 2014 (Tabela 17). Quando esse índice é avaliado por município, alguns estão acima da meta pactuada pelo estado, indicando baixa capacidade de resolução da APS.

TABELA 17 – ÍNDICE ICSAB NO PARANÁ – 2014-2018

2014	2015	2016	2017	2018
ICSAB	ICSAB	ICSAB	ICSAB	ICSAB
29,09%	28,04%	27,12%	26,43%	25,52%

Fonte: TabWin/SIH/SUS, BRASIL, 2020c.

Com relação às principais causas de internamento por condições sensíveis na APS, em primeiro lugar estão as hospitalizações por insuficiência cardíaca, em segundo lugar, por angina, e em terceiro lugar, por gastroenterites. A identificação dessas causas sinaliza em quais situações as ações devem ser implementadas para a redução do ICSAB e a melhoria da assistência à saúde.

Na análise dos dados referentes à internação hospitalar, pode-se observar no Quadro 11 que, no período de 2014-2018, houve aumento de 41% nas internações de alta complexidade, porém, a taxa de internação – proporção da quantidade de internações pela população no mesmo período – ficou no parâmetro pactuado no Estado do Paraná, que é de 7,5% da população residente do Estado.

QUADRO 11 – TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – PARANÁ 2014-2018

Ano de Processamento	População	Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
		Nº de AIH*	Taxa de Internação %	Nº de AIH*	Taxa de Internação %	Nº de AIH*	Taxa de Internação %
2014	11.081.692	693.579	6,3%	77.996	0,7%	771.575	7%
2015	11.163.018	696.743	6,2%	80.910	0,7%	777.653	7%
2016	11.242.720	724.986	6,4%	86.525	0,8%	811.511	7%
2017	11.320.892	747.563	6,6%	99.384	0,9%	846.947	7%
2018	11.348.937	777.124	6,8%	109.793	1,0%	886.917	8%

LEGENDA: *Autorização de Internação Hospitalar.

Fonte: SIH/DATASUS/IBGE, 2018.

Na análise por grupo de procedimentos (Quadro 12), verifica-se que na média complexidade realiza-se mais procedimentos clínicos, o que se torna compreensível tendo em vista a grande quantidade de hospitais de média complexidade com menos de 50 leitos. Diferentemente, na alta complexidade, o maior grupo de procedimentos é o de procedimentos cirúrgicos. O Paraná conta com hospitais de referência regional, e em cada Região de Saúde existe ao menos um hospital de referência, que, geralmente, é tam-

bém referência para a Rede de Atenção às Urgências e para a Atenção Materno-Infantil. Em 2011, a SESA instituiu o Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Estado com o objetivo de torná-los integrantes dessa Rede de Atenção à Saúde, especificamente na Atenção às Urgências e na Atenção Materno-Infantil. Além do financiamento estadual, para esse programa existem hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção às Urgências e para a Rede Cegonha.

QUADRO 12 – PRODUÇÃO FÍSICA HOSPITALAR – PARANÁ, 2014-2018

Grupo de procedimentos	Média complexidade		Alta complexidade	
	2014	2018	2014	2018
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.468	3.225	559	1.457
03 Procedimentos clínicos	452.253	484.966	12.189	18.499
04 Procedimentos cirúrgicos	239.857	288.926	59.728	80.203
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	1	7	5.520	9.634
Total	693.579	777.124	77.996	109.793

FONTE: SIH/DATASUS, 2018.

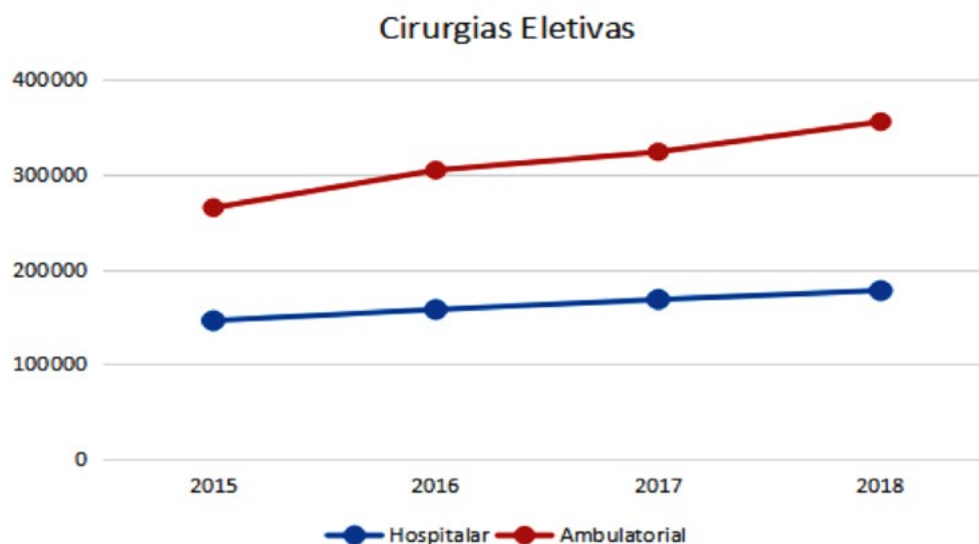
Cirurgias Eletivas

As cirurgias eletivas ocorrem quando médico e usuário programam com antecedência o evento cirúrgico a ser realizado. Em 2015, o Ministério da Saúde redefiniu estratégias para a ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

Essas cirurgias são realizadas no âmbito hospitalar e ambulatorial e, no período de 2015-2018, foram realizadas 1.431.928 cirurgias eletivas ambulatoriais e 798.610 hospitalares. No ano de 2018, foram realizadas 356.015 cirurgias ambulatoriais, sendo 340.128 financiadas pelo Teto MAC (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade/MS) gerenciado pelo estado e 15.887 (5%) financiadas por campanhas do MS. No âmbito hospitalar, em 2018 foram realizadas 177.657 eletivas, sendo 163.814 financiadas pelo Teto financeiro da MAC gerenciado pelo estado e 13.84 (9%) financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)/MS.

Conforme a Figura 41, observa-se que houve um aumento de 34% nas eletivas ambulatoriais e de 22% nas hospitalares realizadas no período. O procedimento mais realizado no âmbito ambulatorial foi a cirurgia para tratamento de catarata e, no âmbito hospitalar, a retirada da vesícula biliar.

FIGURA 41 – CIRURGIAS ELETIVAS REALIZADAS NO ÂMBITO AMBULATORIAL E HOSPITALAR – PARANÁ, 2015-2018



Fonte: SIH/DATASUS, 2019.

Apesar do número de cirurgias eletivas realizadas, no diagnóstico do PRI essa ação foi apontada como demanda reprimida em todas as Regiões de Saúde. Diante dessa demanda e da dificuldade de oferta, há necessidade de organizar e ampliar o acesso às cirurgias eletivas com implantação de protocolos e qualificação das filas de espera.

6.3.2 Serviços Assistenciais Próprios

O Paraná tem 15 hospitais próprios, dos quais 10 estão sob gestão direta da SESA e cinco estão sob gestão da Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná (FUNEAS); dois hospitais em construção e duas unidades ambulatoriais. Além disso, conta com quatro hospitais universitários que estão sob gestão compartilhada com a Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), sendo a SESA responsável pelo custeio e investimento em infraestrutura e pelo parque tecnológico.

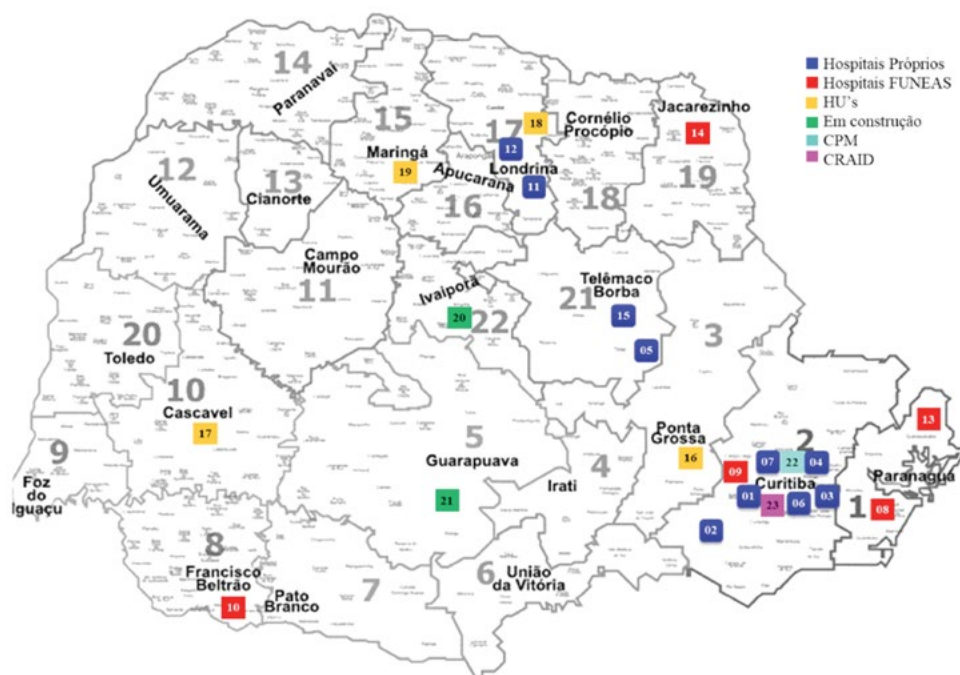
A FUNEAS foi instituída pela Lei Estadual n. 17.959, de 11 de março de 2014, com a finalidade de desenvolver, nas esferas ambulatorial e hospitalar, ações e serviços de saúde nas unidades próprias da SESA, além de realizar pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, medicamentos e insumos, e de educação permanente no âmbito do SUS. Atualmente, a FUNEAS faz gestão de cinco hospitais próprios da SESA, além da Escola de Saúde Pública (ESPP) e do Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI).

Como aprimoramento para gestão em saúde foi instituído, por meio da Resolução SESA n. 353/2019, o Complexo Hospitalar do Trabalhador (CHT), composto por: Hospital do Trabalhador; Hospital de Reabilitação; Centro de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal; Unidade Médica de Especialidades; e Hospital Oswaldo Cruz, adjeção esta que vem ao encontro da melhoria contínua, da otimização de recursos e da obtenção de resultados seguros e de qualidade.

Com o objetivo de qualificação dos processos de gestão, foi instituído o Sistema de Informações Gerenciais, ferramenta que permite a coleta de dados e a análise das informações de produtividade ambulatorial e hospitalar, com foco na gestão por resultados. Como avanço nos processos de trabalho assistenciais e de qualidade foi estruturado o Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Usuário (SGQ), tendo sido elaborado o Manual da Qualidade como instrumento norteador; estruturado o gerenciamento de riscos; implantadas as notificações de incidentes/eventos adversos; e realizada pesquisa de satisfação junto aos usuários. Com a finalidade de modernização dos serviços assistenciais próprios, foram realizados investimentos em infraestrutura e parque tecnológico, além do estabelecimento de contratos e convênios.

Os hospitais e os ambulatorios próprios estão distribuídos no estado conforme a Figura 42, contribuindo estrategicamente como ponto de atenção das linhas prioritárias do governo.

FIGURA 42 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS PRÓPRIOS – PARANÁ, 2019



Fonte: SESA, 2019.

Sob esse ângulo, os hospitais próprios ofertam atendimento hospitalar de média e de alta complexidade integrado à RAS e contabilizam 2.082 leitos hospitalares cadastrados no SCNES (Quadro 13).

QUADRO 13 – RELAÇÃO DAS UNIDADES PRÓPRIAS COM NÚMERO DE LEITOS – PARANÁ, 2018

Hospitais		Leitos	Leitos UTI	Total de Leitos
01	Hospital do Trabalhador	182	50	232
02	Hospital Regional da Lapa São Sebastião	89	-	89
03	Hospital de Dermatologia Sanitária	84	-	84
04	Hospital Adauto Botelho	160	-	160
05	Hospital Luiza Borba Carneiro	30	-	30
06	Hospital Osvaldo Cruz	42	-	42
07	Centro Hospitalar de Reabilitação	25	-	25
08	Hospital Regional do Litoral ¹	113	14	127
09	Hospital Infantil Waldemar Monastier ¹	44	30	74
10	Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits ¹	93	20	113
11	Hospital Doutor Eulalino Ignácio de Andrade HZS	117	-	117
12	Hospital Doutor Anízio Figueiredo HZN	109	-	109
13	Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva ¹	14	-	14
14	Hospital Regional do Norte Pioneiro ¹	61	10	71
15	Hospital Regional de Telêmaco Borba	-	-	
16	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	134	20	154
17	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	198	39	237
18	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	234	48	282
19	Hospital Universitário Regional de Maringá	97	25	122
20	Hospital Regional de Ivaiporã ²	-	-	
21	Hospital Regional de Guarapuava ²	-	-	
22	Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM)	-	-	
23	Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID)	-	-	
		1.826	256	2.082

NOTAS: 1 Hospitais sob gestão FUNEAS; 2 Hospitais em construção.

Fonte: SCNES/DATASUS, 2018.

No que está relacionado aos 2.082 leitos, 1.826 são classificados como leitos gerais, dos quais 838 estão em hospitais com gestão direta SESA, 325 em hospitais sob gestão FUNEAS e 663 em hospitais universitários. No que se refere aos leitos de UTI, estes totalizam 256, que estão distribuídos em 50 leitos nos hospitais com gestão direta SESA; 74 leitos em hospitais sob gestão FUNEAS; e 132 leitos em hospitais universitários.

Com relação aos leitos gerais, a taxa de ocupação média dos hospitais próprios é de 69%. Quanto à taxa de ocupação média das UTI, o percentual é de 68%. Logo, demonstra-se que os hospitais próprios apresentam potencial de ampliação e, dessa forma, são necessárias a revisão do perfil assistencial, a otimização da capacidade instalada e a reformulação da gestão com vistas ao alcance da inovação tecnológica e da eficiência em saúde, fortalecendo os hospitais próprios e universitários como referência regional na assistência prestada, na formação acadêmica e na pesquisa. Há potencial para a ampliação da oferta dos serviços hospitalares próprios com o funcionamento das duas unidades hospitalares atualmente em construção.

A SESA tem também como serviço próprio: o Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (Craid), que presta atendimento multidisciplinar a crianças com paralisia cerebral, com habilidades neuromotoras prejudicadas, com autismo ou com necessidade de reeducação visual; e o Centro Psiquiátrico Metropolitano (com), que realiza atendimento ambulatorial a portadores de transtorno mental, distribuição de medicamentos psiquiátricos, além de regulação de leitos psiquiátricos sob gestão SESA.

A prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS é realizada pelos estabelecimentos de saúde contratualizados com a SESA. Os tipos de contratação mais utilizados atualmente são o de pagamento por produção de atendimentos realizados no valor da Tabela SIGTAP/SUS e o de pagamento de acordo com metas qualitativas e quantitativas, entre outros. Existem, ainda, os contratos firmados para a desoneração do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), em que a entidade contratada realiza a prestação de serviços ao SUS em troca dos valores devidos pelo imposto. No ano de 2014, a SESA contava com 282 contratos vigentes; no ano de 2018, havia 1.363 contratos. Apesar do aumento expressivo de contratos, ainda é fundamental a análise dos procedimentos e dos atendimentos contratados, pois, em algumas situações, podem não refletir as necessidades de saúde da população evidenciadas no PRI.

6.3.3 Rede de Serviços de Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR)

Para dar suporte hemoterápico às entidades hospitalares no Estado existe a Rede de Serviços de Hemoterapia (HEMEPAR), composta por 22 unidades, sendo 1 hemocentro coordenador; 4 hemocentros regionais; 8 hemonúcleos; 8 unidades de coleta e transfusão; e 1 agência transfusional. As unidades da Hemorrede Hemepar estão distribuídas em todo o Paraná. Encontra-se em tramitação a inclusão de mais um hemonúcleo à Hemorrede, localizado na 2ª Regional de Saúde e vinculado à Universidade Federal do Paraná.

O Hemocentro Coordenador, localizado em Curitiba, é responsável pela coordenação da política estadual de sangue nos serviços públicos de hemoterapia que prestam serviços ao SUS, por meio de planejamento, programação e supervisão das atividades de captação de doadores, coleta de sangue, triagem laboratorial, produção e distribuição de hemocomponentes.

As 22 unidades que compõem a Rede de Serviços de Hemoterapia do Paraná estão discriminadas no Quadro 14, de acordo com o tipo de unidade, o município de localização, a Regional de Saúde e o tipo de gestão.

QUADRO 14 – REDE DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA DO PARANÁ – 2018

Tipo de Unidade	Município	Regional de Saúde	Gestão
1 - Hemocentro Coordenador	Curitiba	2 ^a	Própria
2 - Hemocentro Regional	Cascavel	10 ^a	Própria
3 - Hemocentro Regional	Londrina	17 ^a	Terceiro
4 - Hemocentro Regional	Maringá	15 ^a	Terceiro
5 - Hemocentro Regional	Guarapuava	5 ^a	Própria
6 - Hemonúcleo	Foz do Iguaçu	9 ^a	Terceiro
7 - Hemonúcleo	Ponta Grossa	3 ^a	Própria
8 - Hemonúcleo	Pato Branco	7 ^a	Própria
9 - Hemonúcleo	Francisco Beltrão	8 ^a	Própria
10 - Hemonúcleo	Campo Mourão	11 ^a	Própria
11 - Hemonúcleo	Umuarama	12 ^a	Própria
12 - Hemonúcleo	Paranavaí	14 ^a	Própria
13 - Hemonúcleo	Apucarana	16 ^a	Própria
14 - Unidade Coleta e Transfusão	Paranaguá	1 ^a	Própria
15 - Unidade Coleta e Transfusão	Irati	4 ^a	Própria
16 - Unidade Coleta e Transfusão	União da Vitória	6 ^a	Própria
17 - Unidade Coleta e Transfusão	Cianorte	13 ^a	Própria
18 - Unidade Coleta e Transfusão	Cornélio Procópio	18 ^a	Própria
19 - Unidade Coleta e Transfusão	Jacarezinho	19 ^a	Própria
20 - Unidade Coleta e Transfusão	Toledo	20 ^a	Própria
21 - Unidade Coleta e Transfusão	Telêmaco Borba	21 ^a	Própria
22 - Agência Transfusional	Ivaiporã	22 ^a	Própria

Fonte: HEMEPAR, 2018.

Quanto à produtividade da Rede HEMEPAR, no ano de 2018, foram coletadas 180.920 bolsas de sangue, sendo obtidos 440.039 hemocomponentes e distribuídos a 385 hospitais conveniados.

A Hemorrede presta assistência ambulatorial a aproximadamente 2.265 usuários portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias hereditárias. O HEMEPAR é referência nacional em imunohematologia e conta com um Programa de Doadores Fenotipados, com mais de 40 mil doadores de sangue cadastrados.

6.3.4 Sistema Estadual de Transplante do Paraná

A Central Estadual de Transplante do Paraná (CET/PR), sediada em Curitiba desde 1995, tem a função de organizar, coordenar, regular e fiscalizar o Sistema Estadual de Transplantes (SET) e conta com o apoio das centrais macrorregionais de transplantes, sediadas nos municípios de Cascavel, de Londrina e de Maringá.

As Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) instituídas nas macrorregiões prestam apoio às instituições da rede de doação e transplante de órgãos.

A CET elaborou o Programa de Excelência em Transplantes do estado com objetivo de assegurar que todo usuário com necessidade de avaliação pré-transplante tenha acesso aos serviços disponíveis em sua região; de ampliar as vias de acesso da população aos centros de referência, assegurando quantidade e qualidade da assistência prestada; e de ampliar os métodos de avaliação para credenciamento dos serviços transplantadores, mantendo um padrão de qualidade e excelência.

Também estão inseridas as diretrizes de acesso ambulatoriais pré e pós-transplante; protocolos de atendimento emergencial a usuários 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).

O aprimoramento da rede de transplantes no Paraná tem sido constante, ampliando a rede, as equipes de transplante, os laboratórios de histocompatibilidade e os bancos de tecido, com isso, obtendo destaque nacional e resultados cada vez melhores.

No período de 2014-2018 (Figura 43), houve, no estado, um aumento significativo de doações de órgãos provenientes de doadores falecidos. O índice passou de 16,6/milhão de habitantes em 2014 para 47,7/milhão de habitantes em 2018, liderando o ranking de doações no Brasil.

FIGURA 43 – ÍNDICE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS POR MORTE ENCEFÁLICA – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: SESA/SET-PR, 2019.

Conseqüentemente, houve aumento dos números dos transplantes realizados no Estado, o que significa que muitos paranaenses deixaram a fila de espera por um órgão e passaram a ter melhor qualidade de vida (Quadro 15).

QUADRO 15 – SÉRIE HISTÓRICA DE ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS

Nº de órgãos transplantados	2014	2015	2016	2017	2018
Coração	32	38	27	39	19
Fígado	96	132	213	265	309
Rins	273	350	434	482	605
Pâncreas/Rim	21	21	44	22	16
Total	422	541	718	808	949

Fonte: SESA/SET-PR, 2019.

7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Os níveis de Atenção à Saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde. Os níveis de Atenção à Saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS (MENDES, 2011).

Nesse contexto, o Paraná está voltado a oferecer uma APS de excelência, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar e ordenar ações e serviços na RAS e vem atuando por meio de educação permanente e de incentivos financeiros de investimento e custeio. Esse investimento reflete diretamente no cenário da APS, evidenciando que nos locais onde foi investido em APS foram obtidos melhores resultados sanitários.

A Atenção à Saúde em Rede com diferentes pontos de atenção evidencia um conjunto de desafios constantes, entre eles: a necessidade de efetiva articulação com todos os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade para o cuidado integral, qualificado e resolutivo, possibilitando o acesso e a promoção de direitos das pessoas, além da convivência em seu território.

No que se refere à Saúde Bucal, há marcos importantes no âmbito do Brasil e do Paraná. Entre as medidas do programa destacam-se as ações de promoção e de prevenção, com viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público; a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada, especialmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e a reabilitação protética, por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Em 2014, o Paraná implantou a Rede de Saúde Bucal na busca de modelo inovador e condizente com a realidade do estado.

Em se tratando de atendimento de média e de alta complexidade, os hospitais apresentam grande representatividade nesse tipo de assistência, assim como as clínicas especializadas e as Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia.

No que se refere aos hospitais gerais e especializados, (62%) são hospitais de pequeno porte (HPP) com até 60 leitos e, em geral, têm baixa produção em razão da insuficiência de escala adequada, poucos recursos humanos especializados e baixa agregação tecnológica. Dos hospitais do Paraná que atendem SUS, apenas 49 tem mais de 100 leitos, o que representa 11% do geral.

7.1 LINHAS DE CUIDADO

A Linha de Cuidado é pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às necessidades de saúde. A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los, pois ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços de que necessitam (FRANCO; FRANCO, 2012).

No Paraná, a implementação da RAS e o fortalecimento da APS têm sido realizados de forma integrada e articulada à Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, tendo como linhas de cuidado prioritárias: Saúde da Mulher; Atenção Materno-Infantil, da Criança e do Adolescente; Saúde do Idoso; Atenção às Condições Crônicas; Atenção à Pessoa com Deficiência; Saúde Mental; e Saúde Bucal.

7.1.1 Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil

Atualmente, verifica-se o decréscimo da taxa de fecundidade. No recorte de cor/raça, por exemplo, entre as mulheres brancas do Paraná, a taxa de fecundidade é de 1,7 filhos/mil mulheres. Já entre as mulheres negras, a taxa se eleva para 2,2 filhos/mil mulheres. Igualmente, a taxa é maior entre as mulheres que vivem em domicílios rurais (2,38) do que entre aquelas em domicílios urbanos (1,87).

Constata-se, ainda, o crescimento da fecundidade entre as mulheres mais jovens, com destaque para as mulheres de 15-19 anos, por se tratar de fecundidade adolescente.

A Atenção Materno-Infantil está implantada nos 399 municípios do estado e tem como finalidade a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto e puerpério, bem como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, em especial no primeiro ano de vida.

As ações fundamentais para a organização dos processos de atenção são: o acolhimento precoce das gestantes no pré-natal; a realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal; a realização de exames nos três trimestres gestacionais; a estratificação de risco com a vinculação da gestante ao hospital de referência; o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco; e o processo de capacitação de profissionais de saúde.

Nesse contexto, a carteira da gestante e a Linha Guia e Cadernos de Atenção à Saúde são norteadores das ações, configurando uma proposta de assistência pautada em boas práticas e em evidência científica, desde o pré-natal ao puerpério. Destaca-se o

desafio de diminuição das taxas de cesárea no estado, que se encontram acima de 60% nos últimos oito anos, configurando um efeito deletério para a saúde materno-infantil.

A estratificação de risco de todas as gestantes e crianças é o elemento orientador para a organização da atenção em seus diversos níveis. A atenção especializada oferece atendimento por equipe multidisciplinar para a gestante e a criança estratificadas como de alto risco ou de risco intermediário. O atendimento pode estar localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

A SESA estabeleceu tipologia para os hospitais de acordo com a estratificação de risco das gestantes: Hospitais de Risco Habitual, Risco Intermediário e de Alto Risco. Essa definição permitiu a identificação entre os hospitais que prestam atendimentos obstétricos no estado de acordo com seu perfil, garantindo, assim, atendimento de qualidade.

Compõem igualmente esse cenário estratégias para a diminuição da morbimortalidade materna, infantil e fetal, como: Gestão de Caso das Gestantes de Alto Risco; Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos (GTARO); Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; e notificação, investigação e monitoramento do Near Miss Materno.

Reduzir a mortalidade materna e infantil e aumentar a qualidade de vida da mulher em todo o Estado no Paraná requer uma atualização contínua, sistêmica e conjunta dos gestores federal, estadual e municipal em parceria com os profissionais da saúde.

7.1.2 Linha de Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente

A Linha de Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente visa ao cuidado integral do nascimento até os 19 anos de idade, sendo priorizada a primeira infância, com enfoque para os primeiros 1.000 dias de vida e para as populações mais vulneráveis.

Os primeiros anos de vida são extremamente importantes e referem-se ao período da concepção até os dois anos de idade. Trata-se da janela de oportunidades, que pode mudar o futuro da criança, tanto em questões emocionais, intelectuais e sociais quanto em aspectos biológicos (metabolismo, crescimento e desenvolvimento) (ANDRADE et al., 2016).

De acordo com o Marco Legal da Primeira infância (BRASIL, 2016a) e o art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a), é garantido o acesso integral à saúde da criança por intermédio do SUS para qualquer espécie de serviço, devendo este ser concedido ao público infantil com absoluta prioridade.

A estratificação das crianças de acordo com o grau de risco em: alto risco, risco intermediário e risco habitual tem o objetivo de garantir cuidado adequado às crianças com maior probabilidade de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida.

As crianças estratificadas como alto risco e risco intermediário são encaminhadas ao serviço de referência, mas também deverão manter seguimento com a equipe da UBS mediante interface com o serviço referenciado.

A mãe recebe a Carteira de Saúde da Criança por ocasião da alta hospitalar, na qual deve conter os dados do parto e do nascimento, os resultados dos testes de triagem neonatal (testes do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho), o relatório do período do internamento, as vacinas realizadas, além de encaminhamentos e orientações.

A triagem neonatal no Paraná é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de interferir no curso da doença, permitindo, dessa forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou a eliminação das sequelas associadas a cada doença.

Os testes de triagem neonatal realizados no Paraná são:

- **Teste do Pezinho:** é realizado em 100% das crianças nascidas vivas e tem por objetivo diagnosticar condições de saúde como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hiperplasia adrenal congênita, deficiência da biotinidase, fibrose cística e hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue).

- **Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal:** é um exame importante para detectar se o recém-nascido tem problemas de audição. Após a realização é possível iniciar, precocemente, o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas.

- **Teste do Olhinho:** é um exame realizado a fim de detectar qualquer alteração que possa causar obstrução no eixo visual e uma possível cegueira. O diagnóstico precoce possibilita o tratamento adequado.

- **Teste do Coraçãozinho:** consiste na aferição da oximetria de pulso (quanto de oxigênio o sangue está transportando) de forma rotineira em recém-nascidos e tem por objetivo detectar precocemente as cardiopatias congênitas.

O controle da triagem neonatal é feito pela SESA com o intuito de monitoramento e de acompanhamento das crianças que tiveram os testes alterados.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano destina-se ao apoio e estímulo ao aleitamento materno, com vistas à redução da mortalidade infantil. Essa rede é composta por Bancos de Leite Humano (BLH) e Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH). No Paraná existem 13 BLH e 17 PCLH, em 11 Regionais de Saúde (2ª, 3ª, 5ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª, 15ª, 16ª, 17ª e 20ª). O aleitamento materno é incentivado e apoiado até o segundo ano de vida ou mais, sendo exclusivo até o sexto mês de vida pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – no Paraná, há nove unidades de APS certificadas nessa estratégia.

A APS deve fortalecer o vínculo com a família por meio do ACS, que é responsável por realizar a primeira visita domiciliar após o parto, com atenção aos sinais de alerta que indicam perigo à vida da criança e necessidade de encaminhamento ao serviço de emergência, bem como agendamento da primeira consulta de puericultura na UBS (PARANÁ, 2016).

Por sua vez, o Programa Saúde na Escola (PSE), ação interministerial entre MS e MEC, contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de agravos, promoção e atenção à saúde. Para o biênio 2019-2020, foram 373 municípios paranaenses aderidos, contemplando cerca de 980 mil educandos entre crianças, adolescentes e jovens de 4.470 escolas.

Ainda com relação às ações realizadas no contexto escolar, o Programa Crescer Saudável reforça a prevenção e o controle da obesidade infantil, fortalecendo o cuidado integrado e multidisciplinar. No Paraná, para o biênio 2019-2020, foram pactuados 250 municípios, contemplando 436 mil educandos nas ações de prevenção da obesidade infantil para os alunos matriculados (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019d).

O MS lançou, em 2015, o documento “Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva”, que estabelece marcos norteadores que estruturam o desenvolvimento e a qualificação de ações necessárias e adaptadas a cada território para a atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes.

Nesse cenário, é fundamental que os serviços de saúde ampliem a cobertura e facilitem o acesso de adolescentes homens e mulheres às unidades de saúde e que as equipes de profissionais reconheçam a importância de seu papel no cuidado diferenciado a essas pessoas como sujeitos de direitos, o que requer sensibilidade e disponibilidade para exercerem sua prática com vistas à melhoria da qualidade no atendimento.

A Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em situação de privação e restrição de liberdade é realizada na APS. A Secretaria da Justiça, Família e Trabalho (SEJUF) é responsável pela gestão do Sistema Socioeducativo, no qual estão alocadas as Unidades Socioeducativas (USE), que compreendem os Centros de Socioeducação (CENSE) e as Casas de Semiliberdade. A SESA cofinancia essa política para os municípios sede de USE, repassando incentivo financeiro mensal aos 16 municípios sede de CENSE.

7.1.3 Linha de Cuidado à Saúde do Idoso

Para enfrentar os desafios demográficos, o Paraná vem desenvolvendo estratégia inovadora, coordenada pela APS, centrada na pessoa e fundamentada na promoção e na manutenção da capacidade funcional dos idosos pela prevenção, pela identificação precoce e pelo manejo da fragilidade multidimensional por equipe multidisciplinar integrada, tendo como processo de trabalho a Avaliação Multidimensional do Idoso e Plano de Cuidado compartilhado. Para o rastreamento de idosos frágeis no domicílio e estratificação do risco na APS, inicialmente, foram usados, respectivamente, os instrumentos VES-13 (MAIA et al., 2012) e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (MORAES et al., 2016). A Linha de cuidado vem sendo aprimorada e progressivamente implantada em todo o estado. Atualmente, deve ser utilizado apenas o instrumento IVCF-20 nos domicílios e nos níveis primário e secundário de atenção.

Por se tratar de mudança de paradigma do cuidado, os resultados dependem de extenso programa de capacitação profissional, que vem sendo realizado por meio de eventos presenciais e à distância. Em razão da escassez de profissionais de referência para a área do envelhecimento, especialistas estão sendo incluídos na AAE, gerenciadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

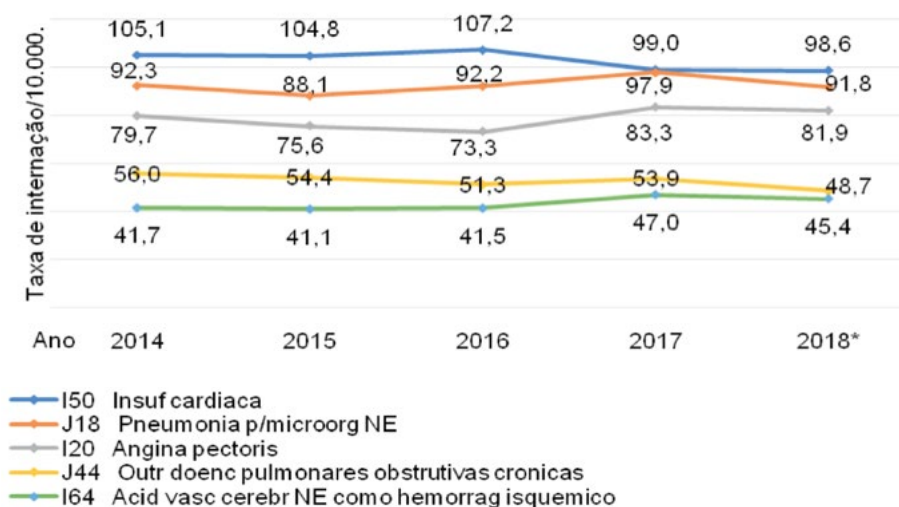
Destaca-se que o projeto piloto do PlanificaSUS no Paraná tem como linha prioritária a Saúde do Idoso. Discute-se a inclusão de propostas para outros pontos de atenção e serviços de apoio, entre eles atenção domiciliar, hospitais, serviços de urgência/emergência, Unidades de Cuidado Continuado Integrados, Instituições de Longa Permanência para Idosos, além da indispensável integração intra e inter setorial.

Para o atendimento integral das demandas da população idosa, identifica-se, além da necessidade de ampliação do programa de capacitação e de formação profissional na área do envelhecimento, a organização, a adequação e a integração de serviços e diferentes setores de gestão; a inclusão de insumos, medicamentos e procedimentos apropriados; e a discussão de um modelo de cuidados de longo prazo.

A estratégia de cuidado da população idosa proposta pelo Paraná está alinhada à recente proposição da OMS que visa à manutenção ou à reabilitação da capacidade intrínseca e funcional dos indivíduos à medida que envelhecem.

Informações ainda preliminares de 2018 sobre internações hospitalares mostram que, no Paraná, os idosos foram responsáveis por 29,6% de todos os internamentos. As causas mais frequentes de internação hospitalar de idosos em 2018 são apresentadas na Figura 44.

FIGURA 44 – TAXAS DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS POR 10 MIL HABITANTES PELAS CINCO CAUSAS MAIS FREQUENTES (CATEGORIA CID 10) – PARANÁ, 2014-2018¹



NOTA¹: 2018 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Fonte: SESA/DAV/Saúde do Idoso/SIH, 2019.

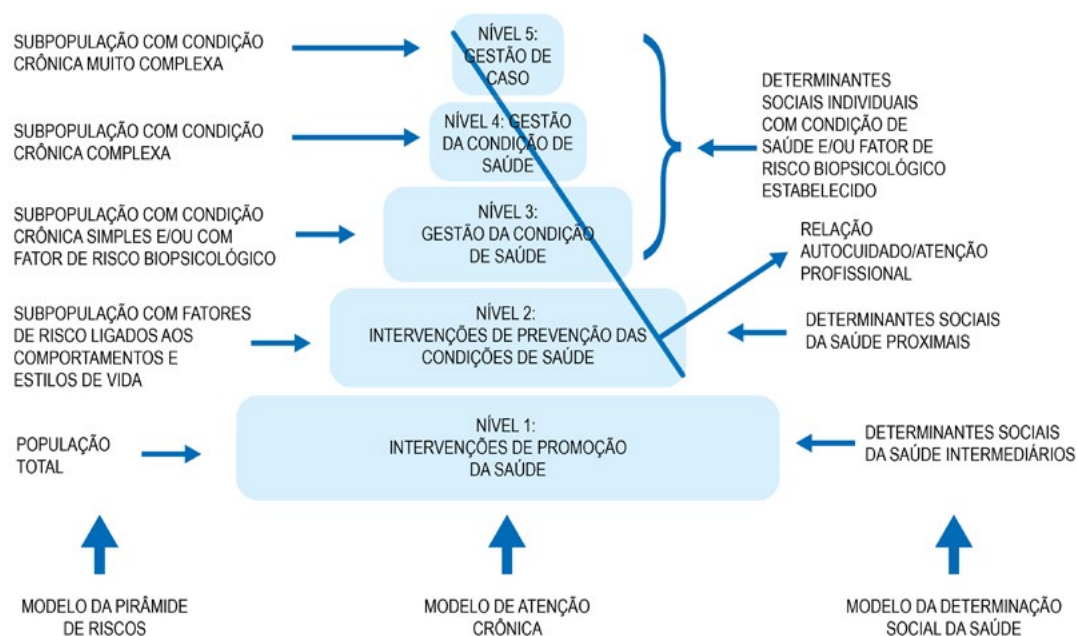
Conhecer as causas de morbimortalidade de idosos é importante, mas não suficiente. É fundamental identificar o grau de funcionalidade, o Risco para Fragilidade e as condições frequentes, como as síndromes geriátricas. Fragilidade é um dos fundamentos da linha de cuidado do idoso no Paraná, é condição que se associa ao declínio das funções fisiológicas no envelhecimento, predispondo o indivíduo a desfechos negativos de saúde, como quedas, dependência, institucionalização, internações hospitalares e morte. Desde 2014, o Risco para Fragilidade vem sendo rastreado na APS paranaense.

7.1.4 Linha de Cuidado às Condições Crônicas

A SESA adotou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desde 2014, a fim de melhorar a resolutividade do atendimento aos usuários. A estratificação de risco é uma das bases desse modelo, onde a população é estratificada em diferentes níveis para ser atendida no ponto de atenção adequado.

No MACC existem cinco níveis de intervenção, os quais vão desde a promoção da saúde até a gestão das condições crônicas complexas, conforme mostra a Figura 45.

FIGURA 45 – MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



Fonte: MENDES, 2011, p. 246.

Os usuários são atendidos na AAE de acordo com a estratificação do risco e do nível. A estreita relação entre as equipes da APS e da AAE é um dos pilares do MACC, pois esses níveis de atenção são interdependentes, e o usuário transita entre eles durante o acompanhamento de sua condição crônica de saúde. O MACC é um modelo inovador para o manejo das condições crônicas nas seguintes linhas de cuidado: Materno-Infantil, Hipertensão Arterial e Diabetes, Saúde Mental e Idosos. Implantado em várias regiões do Paraná, apresenta resultados positivos.

7.1.5 Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

No Paraná, a estimativa é que existam 2.280.549 pessoas com uma ou mais deficiências. Isso faz do estado o segundo com maior número de pessoas com deficiência da Região Sul do país, conforme demonstra a Tabela 18.

TABELA 18 – POPULAÇÃO RESIDENTE POR ESTADO DA REGIÃO SUL SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA – PARANÁ, 2010

	População geral	Pessoas com deficiência	%
Paraná	10.444.527	2.280.549	21,83
Santa Catarina	6.248.436	1.330.704	21,30
Rio Grande do Sul	10.693.930	2.548.419	23,83
Brasil	190.755.800	45.606.049	23,91

Fonte: IBGE, Censo Demográfico – Dados da Amostra, 2010.

A Linha de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2016 por meio da Resolução SESA nº 144/2016 e tem como objetivo promover o cuidado integral à pessoa com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomias ou múltiplas deficiências, temporárias ou permanentes, progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas.

Estima-se que, entre os tipos de deficiência, a população residente no Paraná apresenta em sua maioria deficiência visual, seguida por deficiência motora, e esta por deficiência auditiva.

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação é formado por estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, composto pelo Centro Especializado em Reabilitação (CER) e pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A Atenção Especializada tem por objetivo realizar ações de reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Esses pontos de atenção estão distribuídos por todo o estado, nas 22 Regiões de Saúde.

Atualmente, o Paraná conta com 25 serviços de modalidade única em reabilitação física e 19 serviços de modalidade única em reabilitação auditiva. No estado, não há serviço habilitado para realizar reabilitação visual, havendo apenas 15 serviços habilitados que realizam a distribuição de órteses, próteses e meios de locomoção (OPML). Existe um Centro Especializado de Reabilitação em Foz do Iguaçu. O atendimento em reabilitação intelectual é realizado em 323 serviços, entre eles as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES). No Paraná, foi elaborado o cadastro da pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA), com informações que auxiliarão nas ações de atenção e cuidados a essa população, com o objetivo de identificar e conhecer a realidade dessas pessoas.

A Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e pela Atenção Especializada, em conformidade com a Rede de Atenção à Saúde. O avanço para a identificação e o levantamento de dados de pessoas com doenças raras resultou na implantação do cadastro Síndromes e Doenças Raras (SIDORA), com a finalidade de identificar quem são as pessoas acometidas, quantas são, onde estão e como são atendidas, de modo que sejam desenvolvidas ações em seu benefício.

7.1.6 Linha de Cuidado em Saúde Mental

Em 2011, o cuidado em saúde mental foi priorizado pela gestão estadual de saúde, tendo em vista o advento do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como as recomendações da OMS, que, 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 Paraná, 1.372.000 pessoas apresentem transtornos mentais e 686.000 pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

No Brasil em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que trouxe novas normativas para a implantação de serviços não previstos anteriormente e a proposta de inserção da lógica da Atenção Psicossocial em diversos pontos de atenção, além dos específicos de saúde mental. A RAPS é uma estratégia para redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e implementar a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Seguindo essa lógica de cuidado, a SESA realizou o processo de planejamento estratégico da Linha de Cuidado à Saúde Mental, no qual foram definidas as competências dos pontos de atenção por nível de complexidade e de outros pontos que ofertam cuidado em saúde mental de outras políticas públicas e de organização comunitária. Foram elaborados instrumentos para auxiliar no processo de trabalho das equipes, destacando-se a estratificação de risco, o plano de cuidados e a programação para a APS, os quais foram inseridos no processo de qualificação profissional promovido pela SESA.

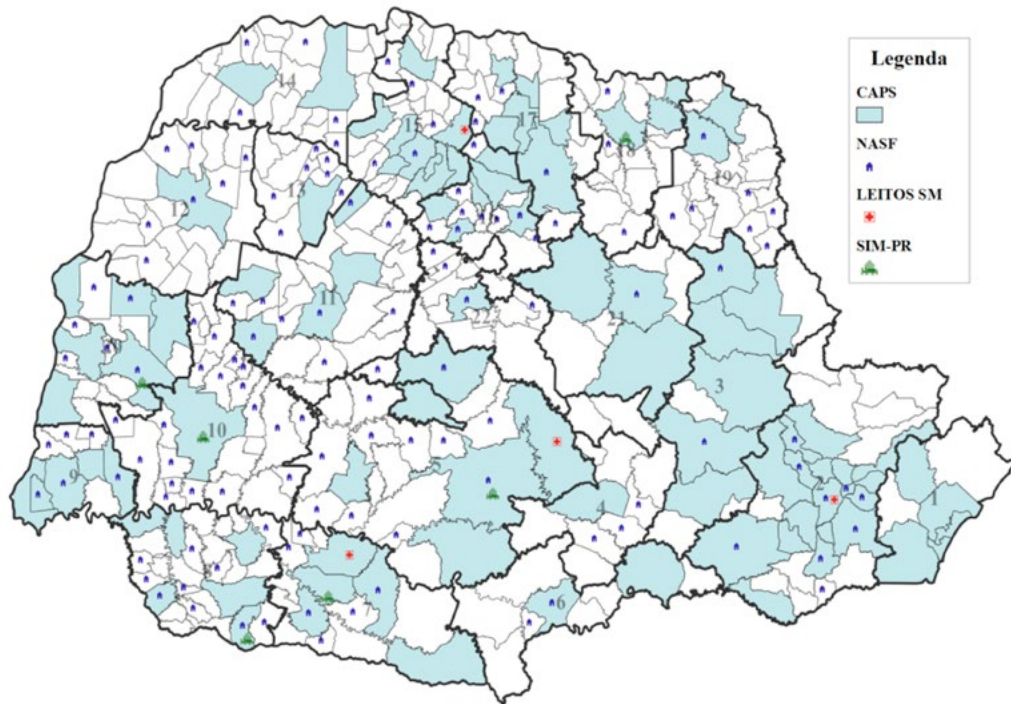
Um dos grandes avanços nesse processo foi o investimento de recursos financeiros próprios do estado em serviços não hospitalares, com incentivo financeiro para o NASF e para o Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná (SIMPR).

Visando ao desenvolvimento de ações em saúde mental na Atenção Primária, foi instituído o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental (NASF), que estabelece a inclusão de, no mínimo, um profissional de saúde mental na composição das equipes NASF. A importância dessa proposta decorre do fato de abranger municípios que não contam com serviços especializados em saúde mental, possibilitando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada aos usuários, auxiliando no fortalecimento do cuidado à saúde mental na Atenção Primária. As habilitações iniciaram em fevereiro de 2015 e, atualmente, estão contempladas 265 equipes em 206 municípios.

Ainda na lógica da expansão e da qualificação dos serviços extra-hospitalares, também foi instituído o Incentivo Financeiro Estadual para a implantação e o custeio do SIMPR, composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA), implantados conjuntamente e com o objetivo de promover arranjos regionais, a fim de 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. Trata-se de 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.

No Paraná estão implantados 7 SIMPRs, além dos municípios contemplados com o incentivo de custeio para os NASFs e os 143 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme apresentado na Figura 46.

FIGURA 46 – DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – PARANÁ, 2019



LEGENDA: Escala: 1:1500000.

Fonte: CNES/DVSAM/SESA, 2019.

Na Atenção Especializada, o cuidado também é ofertado por meio dos ambulatórios, tanto municipais quanto regionais, que estão sendo organizados gradativamente. Esses pontos de atenção necessitam de aprimoramentos técnico e operacional para que atinjam o objetivo ao qual se propõem, além da implantação de novos serviços nos locais onde há potencial e não há cobertura.

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 às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas nas populações de várias faixas etárias e de ambos os sexos, quando se verifica a necessidade desse recurso terapêutico.

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. A fim de promover a equidade do acesso ao tratamento ofertado nesse ponto de atenção e nos hospitais gerais com leitos de psiquiatria, foi implantada a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental, responsável pela regulação dos 1.892 leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS e disponibilizados a todos os municípios do estado.

A fase do diagnóstico situacional do PRI apontou escassez de consulta especializada em psiquiatria e de leitos especializados em psiquiatria, demonstrando o quanto precisamos avançar para realmente mudar o modelo assistencial em saúde mental, pois ainda é onipresente, tanto culturalmente quanto no processo de trabalho em saúde pública, o cuidado centrado no médico e no hospital.

No que tange à desinstitucionalização, a principal estratégia são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), porém, no estado, são somente 11 serviços, ou seja, insuficientes para a demanda apresentada.

A SESA contrata serviços especializados 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 ou transtorno mental, à vulnerabilidade e ao risco pessoal, com rompimento dos vínculos familiares e comunitários.

7.1.7 Linha de Cuidado à Saúde Bucal

A Linha de Cuidado à Saúde Bucal desenvolve ações visando atender aos 399 municípios do estado, que contam com equipamentos e profissionais para seu desenvolvimento.

Na APS, as ações são desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, organizadas ou não, por meio da ESF, responsável pelas ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais e reabilitação do usuário.

A Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Estadual de Saúde Bucal. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são pontos de Atenção Ambulatorial Especializada funcionando como um sistema de referência regulado, com base territorial estabelecida, os quais complementam as ações realizadas pela APS. Atualmente, existem 51 CEOs – 11 deles encontram-se dentro de AAE gerenciados pelo CIS e 3 estão vinculados a universidades estaduais (Maringá, Londrina e Cascavel), cobrindo várias regiões de saúde –, além de 95 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Na Atenção Hospitalar, os usuários com necessidades especiais são encaminhados para a realização de procedimentos odontológicos em centro cirúrgico quando houver impossibilidade ou riscos de realizar o atendimento convencional na APS. O estado conta, atualmente, com uma referência no Complexo Hospitalar do Trabalhador, na Macrorregião Leste.

7.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU)

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) é um conjunto de ações e serviços voltados às necessidades de saúde da população em situação de urgência, além de ações integradas e direcionadas à prevenção e à resposta às situações emergenciais de natureza coletiva (emergências em saúde pública, acidentes com múltiplas vítimas etc.).

A RAU tem como pressupostos: acolher o usuário; classificar o risco assistencial do quadro de acordo com o grau de urgência; estabelecer o diagnóstico definitivo; aplicar as medidas terapêuticas necessárias de acordo com o grau de resolutividade do ponto assistencial; e encaminhar o usuário para a continuidade terapêutica.

De acordo com resultado da classificação de risco, ocorre a identificação do grau de urgência e a priorização de atendimento para o tratamento. Assim, o acolhimento e a classificação de risco estão entre as ações prioritárias para a implementação em todos os pontos assistenciais da rede de urgência até 2023 – ação fundamental para garantir tempo oportuno para o atendimento às situações de maior necessidade e organizar o fluxo da rede assistencial locorregional.

7.2.1 Componentes da Rede Estadual de Atenção às Urgências

Para alcançar os objetivos propostos, a RAU trabalha com componentes, pontos assistenciais e ações, que devem atuar de forma complementar, articulada e integrada com outros setores.

Promoção e Prevenção em Saúde

O fortalecimento do Projeto “Vida no Trânsito” e outras ações integradas com demais atores responsáveis serão intensificados.

Atenção Primária em Saúde

A APS deve oferecer o primeiro atendimento de urgência qualificado e o encaminhamento adequado para outros pontos da rede assistencial e padronização de KIT básico de materiais e equipamentos para as UBS, com vistas ao atendimento inicial das urgências.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE)

Os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência têm o objetivo de chegar precocemente à pessoa acometida de um agravo à saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. A configuração do SAMU no Paraná está estruturada por regiões, com a proposta de integrar, hierarquizar e aperfeiçoar o fluxo dos usuários na rede. Atualmente, no Paraná, 90,25% da população têm acesso ao atendimento do SAMU 192, com previsão de expansão da cobertura no próximo ano.

O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), serviço de atendimento pré-hospitalar, atua com responsabilidade compartilhada entre SESA, Corpo de Bombeiro/SESP e municípios e conta com ambulâncias de suporte básico tripulada por bombeiros em polos como Curitiba, São José dos Pinhais, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel. Há também as Viaturas de Intervenção Rápida tripuladas por médico, enfermeiro e condutor. Na organização das redes locorregionais, o SIATE divide as responsabilidades pelo atendimento pré-hospitalar móvel de origem traumática, e o SAMU prioriza atendimentos clínicos.

Serviço Aeromédico

O Serviço Aeromédico é um componente de alta relevância para a RAU, tendo em vista a redução do tempo/resposta para atendimento e o acesso precoce do usuário ao serviço para as medidas terapêuticas definitivas. São cinco helicópteros, sediados em Maringá, Londrina, Ponta Grossa, Cascavel e Curitiba, e um avião voltado à transferência interhospitalar de usuários que necessitam de serviço de maior complexidade. Cada helicóptero tem raio de atuação de 250 km em média, cobrindo todo território do Estado, e acima de 250 km, o avião tem 100% de disponibilidade para a rede de urgência.

Salas de Estabilização (SE)

São pontos de atenção para a estabilização de usuários em situação de urgência e que funcionam 24 horas, atuando de maneira articulada com outros pontos assistenciais por meio da Central de Regulação de Urgência. Podem funcionar de forma isolada, como um PA 24 horas, anexada a outro serviço (UBS, Centro de Especialidades), ou como porta de entrada dos hospitais de pequeno/médio porte (PA).

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

De complexidade intermediária entre as UBS e os hospitais, as UPAs devem oferecer atendimento qualificado aos usuários acometidos de quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma. Têm objetivo de promover retaguarda hospitalar às UBS e reduzir a sobrecarga dos hospitais portas de urgências. Atualmente, existem 37 UPAs habilitadas/ qualificadas distribuídas no estado. Entretanto, está prevista uma revisão do papel das UPAs na RAU no sentido de fortalecer o funcionamento e a resolutividade desses serviços.

Atenção Domiciliar

É um conjunto de ações de saúde que acontece no domicílio das pessoas, com oferta da continuidade terapêutica e de reabilitação. Serviço em fase inicial de implantação no estado, com poucas equipes habilitadas e com proposta para expansão, a fim de garantir a implementação efetiva das redes de urgência. O objetivo é promover a desospitalização precoce do usuário, a liberação de leitos de internamento e favorecer sua recuperação no meio familiar.

Linhas de Cuidado Cardiovascular, Cerebrovascular e Trauma

Considerando as diretrizes de implantação das Linhas de Cuidado prioritárias na RAU, são elas: a cardiovascular (IAM), a cerebrovascular (AVC) e a de trauma. A relação tempo-resposta é estabelecida como meta para direcionar a organização da rede estadual de urgência para cada Linha de Cuidado, de modo a garantir maiores chances de sobrevivência.

Diversas ações foram desencadeadas com a finalidade de implantar a telemedicina em tempo real e otimizar o diagnóstico e o tratamento nas linhas de cuidado prioritárias. Foram construídos protocolos operacionais de regulação e de intervenção para atendimento nessas Linhas de Cuidado (IAM, AVC e, Trauma) e realizados treinamento das equipes de regulação e assistenciais dos SAMUs, nos protocolos de Dor Torácica, AVC, entre outros adotados pela RAU. Também já foi disponibilizado os trombolíticos – medicamento fundamental para assistência ao IAM – aos serviços aeromédicos e a outros pontos estratégicos da rede, em locais onde o acesso a um serviço de hemodinâmica seja maior que 1h30min.

Componente Hospitalar

A rede de serviços hospitalares da urgência é constituída pelas portas hospitalares de urgência, pelos leitos de retaguarda e de cuidados intensivos e pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, os quais devem acolher a demanda espontânea e referenciada de urgência e funcionar de maneira articulada para os outros componentes da rede.

Os serviços hospitalares de referência habilitados pelo MS que compõem a RAU são 62: 19 hospitais na região Macrorregião Leste; 12 na Macrorregião Norte; 14 na Macrorregião Oeste; e 17 na Macrorregião Noroeste. Devem oferecer a retaguarda nas linhas de cuidado prioritárias, atendimento de média e de alta complexidade, procedimentos de maior complexidade, leitos de cuidados prolongados e de terapia intensiva.

Além de incentivo do MS, a RAU conta com o incentivo financeiro do tesouro do estado aos hospitais para a melhoria da qualidade assistencial, com investimentos na manutenção e na ampliação da capacidade instalada, equipamentos, aumento da oferta de serviços e custeio de ações e serviços e melhoria da gestão.

Central de Regulação de Urgência/Complexo Regulador

É o principal instrumento de gestão da rede de urgência e atua como estrutura ordenadora do fluxo de usuários. O Paraná conta com 12 Centrais de Regulação de Urgência, sendo 10 Centrais Regionais, uma microrregional, que regula os municípios de Ponta Grossa e de Castro, e uma municipal em Guarapuava. Com isso, 85,96 % dos municípios do Paraná tem acesso à Central de Regulação de Urgência SAMU 192. Os municípios que não tem acesso à Central de Regulação do SAMU recebem cobertura da Central Estadual de Regulação de Leitos (CERL) nas situações de urgência.

A próxima etapa é a implantação dos Complexos Reguladores macrorregionais, integrando as Centrais de Regulação de Urgência dos SAMUs com as Centrais Estaduais de Regulação de Leitos nas quatro macrorregiões do estado. O objetivo é estabelecer um processo de trabalho uniforme, com a integração operacional das duas Centrais (Urgência SAMU e Leitos). Além disso, proporcionar um gerenciamento efetivo de todos os recursos pré-hospitalares e dos serviços de referência, tendo em vista a efetividade na resposta, a economicidade e a garantia de acesso qualificado à grade de referência pactuada.

Núcleo Estadual de Educação em Urgência NEU-PR

O NEU-PR participa ativamente no processo de educação continuada das equipes assistenciais de urgência para todo estado. Em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESPP), oferta capacitações e cursos de formação aos profissionais com foco na qualificação de todos os componentes da RAU, conforme Resolução da SESA n. 609/2010.

7.2.2 Monitoramento da Rede de Urgência

O monitoramento da Rede de Urgência é realizado por meio do Grupo Condutor Estadual, que é constituído por representantes da SESA e do COSEMS, com o objetivo de planejamento integrado e monitoramento do funcionamento dos diversos componentes da rede. Cabe destacar que já está em andamento o monitoramento da rede hospitalar nas Macrorregiões Leste e Norte, com oportunidade de evidenciar as fragilidades e visualizar necessidades de correções.

7.2.3 Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública

A organização das ações voltadas para prevenção e respostas às situações de emergências em saúde pública, desastres e acidentes com múltiplas vítimas está em andamento. O Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública (PASEM), aprovada pela Deliberação CIB n. 435/2017, é a matriz operacional e institucional de resposta rápida, coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública.

7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A promoção da equidade é a capacidade de “reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (FIOCRUZ, 2020a). Portanto, o objetivo da promoção da equidade em saúde é ampliar o acesso das populações vulneráveis no SUS. Essas populações apresentam maior risco de adoecimento, tendo em vista fatores como desigualdades sociais e distribuição de renda, orientação sexual, raça/cor e etnia, fluxo migratório, baixa escolaridade e dificuldade de acesso às principais políticas públicas. Para enfrentar os diversos desafios que expõem essas populações ao maior risco de adoecer, é necessário conhecer suas especificidades, desde a APS e os demais níveis de atenção do SUS, e inserir as temáticas na RAS em todas as linhas de cuidado.

7.3.1 População Negra

As desigualdades sociais e a dificuldade de acesso às políticas públicas, bem como o racismo em todas as suas formas, contribuem para o adoecimento da população negra. Esses fatores estão expressos na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

No Paraná, a população que se autodeclarou negra em 2010 foi de 28,26% (IBGE, 2010). Em 2018, verificou-se que o preenchimento do campo raça/cor nos sistemas de informação – Internações Hospitalares, Mortalidade e Agravos de Notificação (SIH, SIM, SINAN) foi em torno de 91,0%, sendo SIH com o pior desempenho (83%); e desejável pelo menos 95%. Portanto, a SESA está investindo na formação dos profissionais de saúde para preencher o campo de forma qualificada, com respeito à autodeclaração do usuário.

As comunidades negras tradicionais e quilombolas também estão presentes em diversos municípios do Paraná, sendo aproximadamente 50 comunidades (Grupo Clovis Moura, 2009). Para contribuir para o acesso dessa população ao SUS, a SESA repassa o incentivo estadual para os municípios com comunidades no Paraná. O recurso contribui para ações de promoção de saúde por meio da vinculação de um agente comunitário de saúde às comunidades.

7.3.2 Migrantes

Estima-se que, no Paraná, há aproximadamente 4.500 pessoas de diversas nacionalidades: paraguaios, argentinos, venezuelanos, haitianos, sírios, africanos etc. Destaca-se, nas áreas de fronteira do estado, um elevado fluxo de população que cruza as fronteiras em busca de atendimento em saúde no SUS.

A população migrante está exposta a muitas vulnerabilidades, como a falta de trabalho e/ou trabalho precário, moradia inadequada, dificuldade de comunicação, cultura diferente, preconceito, discriminação e várias formas de violência. Esses fatores contribuem para agravos na área da saúde, em especial de saúde mental.

7.3.3 População em Situação de Rua (PSR)

Estima-se que o Paraná tenha uma população de 6.905 vivendo nas ruas. A maioria dessas pessoas são homens jovens, porém também existem indivíduos de meia idade e alguns idosos. No entanto, verifica-se um aumento gradativo de mulheres em situação de rua, que estão expostas a adversidades que a rua impõe, inclusive violência de gênero.

O cuidado em saúde dessa população deve obedecer à lógica dos territórios, a partir das equipes de APS. No entanto, em algumas realidades e de acordo com Política Nacional de Atenção Básica, há possibilidade de dispor de equipes específicas para cuidar dessa população. Essas equipes, além do cuidado itinerante que efetivam com tal população nos territórios, realizam a interface com as unidades de saúde de referência e articulações com as demais políticas públicas, em especial, com assistência social, trabalho e geração de renda, educação etc. No Paraná, os municípios de Maringá, de Londrina e de Curitiba têm equipes de consultórios na rua habilitadas pelo MS.

7.3.4 População Indígena

A Atenção à Saúde da população indígena está sob responsabilidade do MS, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que está subdividida em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), responsáveis pela atenção primária, com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), bem como aos serviços de saneamento básico dos povos que vivem em territórios indígenas.

No Paraná, a população indígena é de 25.915 (IBGE, 2010), e desta, 16.182 vivem em 63 territórios indígenas em 31 municípios (DSEI Lsul, 1º sem. 2019). O cuidado em saúde dos povos que vivem nas aldeias está sob a responsabilidade do DSEI Litoral Sul. Os demais níveis de atenção são compartilhados com os municípios e o estado. As condições socioeconômicas das comunidades indígenas impactam na saúde dessa população, somadas ao uso abusivo de álcool, violências, suicídio, bem como à saúde materno-infantil, que merece um cuidado especial. Dessa forma, o trabalho de articulação e de parceria da SESA com o DSEI Litoral Sul e com municípios com territórios indígenas tem contribuído para o enfrentamento dos desafios atuais relativos ao cuidado da população indígena.

7.3.5 Pessoas Privadas de Liberdade

Essa população aumentou nos últimos anos. No Paraná, há aproximadamente 28.540 pessoas (27.162 homens e 1.378 mulheres) em privação de liberdade em 65 unidades fechadas e 5 unidades de semiaberto (Mapa Carcerário, nov. 2019). De acordo com a Lei de Execução Penal (LEP), a pessoa privada de liberdade está sob custódia do estado e tem seus direitos políticos suspensos, porém estão preservados os direitos sociais e civis, em especial a assistência à saúde.

Com o objetivo de assegurar o cuidado dessa população de acordo com os princípios do SUS, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), mediante a municipalização do cuidado com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio das equipes de atenção básica no sistema prisional (EABP) no Sistema Penitenciário, incluindo delegacias e cadeias públicas. Atualmente, há oito municípios que fizeram adesão à essa política e cinco equipes habilitadas pelo MS. Os municípios com equipes habilitadas recebem recurso federal e contrapartida estadual. Nos demais municípios com unidades penais, a Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade é realizada pelas equipes de saúde da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Administração Penitenciária (SESP). Nas delegacias, o cuidado é realizado pelas equipes de atenção básica do território.

7.3.6 Populações do Campo, da Floresta e das Águas

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) visa à melhoria do nível de saúde dessas populações por meio do acesso aos serviços de saúde, da redução de riscos decorrentes do processo de trabalho e da melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2014b). Considerando que essas populações vivem, em sua maioria, em áreas rurais, é necessário possibilitar o acesso aos serviços do SUS, em especial a ações de promoção à saúde por meio das equipes de Atenção Primária.

Em 2018, a SESA lançou a Linha Guia de Atenção as Populações Expostas aos Agrotóxicos, instrumento que possibilita um olhar ampliado à saúde das populações que fazem do campo seu espaço de trabalho e de moradia.

7.3.7 Povo Cigano

Entre as populações vulneráveis, a população cigana é a mais invisível, seja por preconceito, discriminação ou desconhecimento. Em 2018, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, com o objetivo de fortalecer o acesso dessa população ao SUS, em todas as linhas de cuidado. As cidades com existência de acampamentos ciganos são: São José dos Pinhais, Campo Largo, Araucária, Sarandi, Campo Mourão, Chopinzinho, Curitiba, Lapa, Loanda, Londrina, Morretes, Paiçandu, Telêmaco Borba.

7.3.8 População Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+)

As populações LGBT+ vivem no contexto de preconceito, discriminação e violência, fatores que causam adoecimento nessas populações, bem como dificultam o acesso ao SUS.

A SESA instituiu o Comitê Técnico de Saúde Integral das Pessoas LGBT (Resolução n. 80/2016), que garante a utilização do “nome social” nos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Em 2016, foi habilitado pelo MS o Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT), uma unidade ambulatorial que oferece assistência diagnóstica e terapêutica especializada às pessoas com indicação para a realização do processo transexualizador. Esse serviço é único no Paraná e acolhe usuários de todos os municípios do estado.

Existem muitos desafios a serem enfrentados e que contribuem para as iniquidades em saúde das populações vulneráveis. A SESA tem trabalhado ao longo dos anos sob a perspectiva de dar visibilidade às políticas de promoção de equidade em saúde. O trabalho de articulação entre as áreas técnicas de Atenção e Vigilância em Saúde, bem como as parcerias com outras estruturas governamentais e não governamentais, tem impactado positivamente nos resultados já alcançados, contribuindo para superar dificuldades e consolidar a implementação de políticas de equidade no estado.

8 GESTÃO EM SAÚDE

8.1 INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A relação de parceria entre VS e APS está presente no monitoramento e no controle de vetores, na investigação de óbitos, na coleta de dados de fichas de doenças e agravos de notificação compulsória, em ações estratégicas como Programa Nacional de Imunização; Atenção à Mulher e Materno-Infantil; Prevenção da Dengue, do Controle da Tuberculose, da Sífilis, das Hepatites e da Hanseníase; e articulações intersetoriais nas quais a integração é obrigatória para a efetividade das ações.

A integração entre as ações da Atenção e Vigilância em Saúde por meio da compatibilização dos territórios de atuação para a identificação conjunta dos condicionantes e determinantes da saúde da população sob a lógica da RAS, contemplando as especificidades de cada região, é um dos pilares para promover ações sinérgicas e sustentáveis para alcançar a integralidade do cuidado.

8.2 REGULAÇÃO, AUDITORIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

8.2.1 Regulação

A Regulação em Saúde é compreendida como instrumento de gestão essencial para garantia da assistência qualificada e resolutiva e abrange ações de regulamentação, contratualização, regulação do acesso, controle, auditoria e avaliação sobre a produção de serviços em saúde.

Entre as principais funções da gestão da Regulação salienta-se o papel de indutor da política de regulação com elaboração de atos normativos, organização e coordenação de fluxos de acesso entre os níveis de complexidade de forma regionalizada, considerando as referências e as contrarreferências entre os pontos da RAS, o estabelecimento de protocolos operacionais de acesso e a programação das ações e serviços.

A Política Nacional de Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação:

- 1) Regulação de Sistemas de Saúde: definição de macro diretrizes para a regulação da atenção.

2) Regulação da Atenção à Saúde: garantia da adequada prestação de serviços à população por meio da contratação de serviços de saúde, de controle e de avaliação.

3) Regulação do Acesso à Assistência: organização e gerenciamento dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS por meio do Complexo Regulador e Unidades Operacionais.

A regulação do acesso dos usuários aos diferentes pontos do SUS é um instrumento de gestão essencial para a garantia de assistência qualificada e resolutiva a ser disponibilizada para toda população. Essa atividade cumpre papel preponderante na organização da Rede de Assistência, visando à eficiência e à 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.

O complexo regulador macrorregional do Paraná será organizado em quatro macrorregiões – cada central macrorregional mantida no município-sede de macro e uma central estadual, situada em Curitiba, com ascendência sobre as centrais macrorregionais. Na nova configuração, haverá integração de processos de trabalho entre a Regulação de Urgência e de Leitos Especializados, a fim de garantir a linearidade de cada atendimento.

Uma ferramenta de regulação do acesso assistencial é o Sistema Estadual de Regulação Care Paraná (Central de Acesso à Regulação do Paraná). Implantado desde 2012 e atualizado em 2019, o sistema proporciona as seguintes formas de Regulação: Urgência e Emergência e Unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida; controle de internações hospitalares; agendamentos de consultas e procedimentos especializados; cirurgias eletivas; liberação de 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 Sistema de Regulação, em seus diversos módulos implantados, evidencia uma evolução do perfil de regulação de acesso segundo a série histórica de 2014-2018, como apresentado no Quadro 16.

QUADRO 16 – EVOLUÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO NO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DESDE A IMPLANTAÇÃO – 2014-2018

AÇÃO	2014	2015	2016	2017	2018
INTERNAÇÕES	343.462	408.112	550.704	638.218	685.009
CONSULTAS	478.629	479.757	557.426	629.326	712.522
EXAMES		73.608	107.432	120.931	58.438
APAC	1.455	60.242	120.939	147.256	180.739
AIH		99.604	333.125	452.543	485.761
SAMU 192		301.185	337.026	512.869	743.579

Fonte: Sistema Estadual de Regulação, 2019.

A SESA está continuamente aprimorando a gestão da regulação com novos recursos no Sistema Estadual de Regulação e cada vez mais aplicando regras da gestão no sentido de efetivamente obter a totalidade de consultas, exames, procedimentos e leitos hospitalares ordenados por meio desse sistema.

8.2.2 Auditoria em Saúde

No Paraná, a auditoria é regulamentada pela Lei Estadual n. 13.331/2001 – Código de Saúde do Paraná; pelo Decreto Estadual n. 5.711/2002 e pela Resolução SESA n. 113/2004. Em 2019, por meio do Decreto Estadual nº 1.416/2019, a auditoria, o monitoramento e a avaliação encontram-se no nível de execução programática da estrutura organizacional da SESA.

A auditoria no SUS realizada pela SESA, no que tange aos serviços de média e de alta complexidade dos contratualizados, é executada de forma descentralizada nas 22 Regiões de Saúde e no nível central da SESA, que está na fase de desenvolvimento de ações, buscando fortalecer a auditoria e incorporá-la como ferramenta de gestão, voltada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS.

8.2.3 Monitoramento e Avaliação

A SESA realiza a contratualização com os prestadores de saúde ao SUS que estão sob sua gestão financeira, seja para pagamento da produção, seja para repasses provenientes de incentivos financeiros e programas de governo. Alguns contratos têm instrumentos próprios de avaliação por metas físicas e/ou qualitativas. Até meados de 2019, para alguns contratos, o monitoramento e a avaliação ocorreram baseados em avaliações predefinidas visando ao pagamento aos prestadores, sendo consolidadas por meio das Comissões Regionais de Acompanhamento e Avaliação e das Comissões de Acompanhamento dos Contratos.

Os formulários de avaliação são encaminhados em processos físicos, pelas Regiões de Saúde, e são acompanhados pelo nível central por meio de planilhas mensais com cálculos manuais.

A SESA desenvolverá instrumentos para aprimorar o processo de controle por meio de novas tecnologias, o que possibilitará o fluxo de documentos digitais entre as Regiões de Saúde e o nível central, a consolidação de dados coletados, a sistematização dos resultados, a geração de série histórica e um painel de monitoramento para auxílio nas tomadas de decisão.

8.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF), que tem marcos referenciais no SUS como a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto de ações envolve seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento e da avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados em saúde e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Para tanto, constitui um dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde, juntamente ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e aos sistemas de informação em saúde. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção e tem como característica a transversalidade (MENDES, 2010).

Duas importantes vertentes estão envolvidas nas ações da AF: gerencial e clínica (cuidado farmacêutico). A primeira compreende uma série de atividades para garantir a disponibilidade do medicamento no local e no momento oportuno, e a segunda deve prover o cuidado ao usuário com foco na obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

No âmbito do SUS, em nível ambulatorial, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). A avaliação de incorporação de novos produtos, com base em critérios de eficácia, de eficiência e de custo-efetividade 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 dispostas no Formulário Terapêutico Nacional e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Lei n. 12.401/2011 e pelo Decreto n. 7.508/2011. Estados e municípios podem, ainda, adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores.

As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) relativas aos medicamentos estão definidas em três componentes: básico, estratégico e especializado. As características de cada componente e as atribuições de cada ente constam no Quadro 17.

QUADRO 17 – COMPETÊNCIAS QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES DAS INSTÂNCIAS GESTORAS COM RELAÇÃO AOS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

	Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (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\$ 5,58/habitantes/ano	Federal	Federal: Grupos 1A e 1B
Competência	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)
Local de acesso	Municipal: farmácias de Unidades Básicas de Saúde	Municipal: farmácias de Unidades Básicas de Saúde	Estadual/Municipal: farmácias das Regionais de Saúde do Estado e farmácias de Unidades Básicas de Saúde

Fonte: SESA, 2019.

Além dos medicamentos padronizados nos componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio do Elenco Complementar da SESA, financiado com recurso do tesouro estadual.

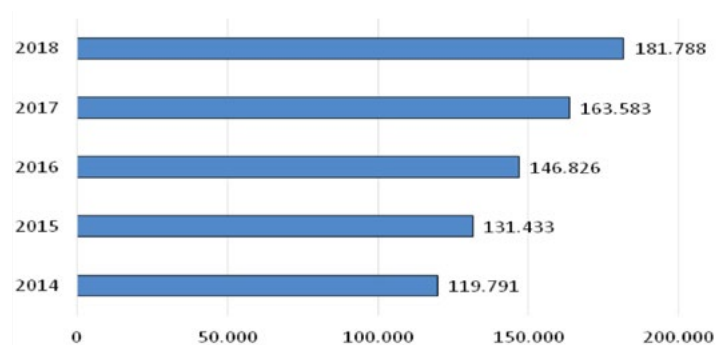
No Componente Básico da Assistência Farmacêutica estão previstos os medicamentos para tratamento das condições clínicas e dos agravos no campo da Atenção Primária em Saúde, ficando sua gestão a cargo dos municípios. No Paraná, para otimizar a utilização dos recursos financeiros das contrapartidas federal e estadual desse componente, a aquisição dos medicamentos é realizada de forma centralizada pelo Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CPS) para os 398 municípios consorciados. Os municípios também podem aportar o recurso da própria contrapartida no CPS. O elenco de medicamentos para aquisição via CPS é pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e tem por base a Rename. A SESA, por meio das 22 Regionais de Saúde, dá suporte a essa estratégia, realizando o recebimento e a distribuição para 355 municípios.

Com relação ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), a responsabilidade pela execução é das Secretarias Estaduais de Saúde. Cabe à gestão estadual a garantia e a organização do acesso dos usuários aos medicamentos desse componente. As condições clínicas contempladas no CEAF envolvem principalmente agravos crônicos, cujo diagnóstico e definição de conduta terapêutica estão inseridos na Atenção Especializada e envolvem tratamentos de custos mais elevados ou de maior complexidade em comparação aos outros componentes (BRASIL, 2010).

Quanto aos custos, o CEAF representa o maior impacto orçamentário-financeiro na Assistência Farmacêutica ambulatorial no SUS. Na SESA, em 2018, o valor financeiro correspondente para atendimento de aproximadamente 181 mil usuários cadastrados foi da ordem de 400 milhões de reais.

Atualmente, a dispensação desse grupo de medicamentos é realizada nas farmácias das 22 Regionais de Saúde e em 347 farmácias de municípios, perfazendo um total de 369 pontos de dispensação. Nos municípios onde a dispensação ainda não é realizada, o usuário precisa deslocar-se até a farmácia da Regional de Saúde para ter acesso ao medicamento. Tem sido crescente o número de usuários atendidos no âmbito desse componente, conforme demonstrado no gráfico da Figura 47.

FIGURA 47 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE USUÁRIOS DO CEAF – 2014-2018



Fonte: SISMEDEX, 2019.

O CEAF tem como característica a necessidade de cumprimento de critérios de inclusão definidos pelo Ministério da Saúde nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Dessa forma, há considerável volume de documentos e exames que devem ser apresentados pelo usuário tanto para a solicitação quanto para a continuidade do tratamento. Atualmente, esses documentos são apresentados e tramitam de forma física, o que gera certa morosidade ao processo e dificuldade na gestão documental.

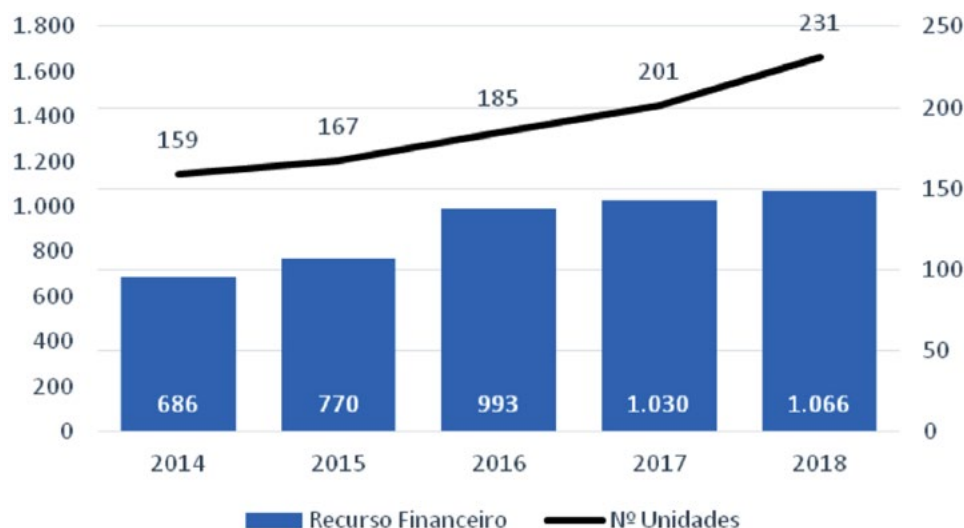
Para garantir o gerenciamento eficiente dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sistemas de informação robustos e procedimentos adequados de registro de dados são essenciais. O Sismedex é o sistema utilizado no gerenciamento do CEAF no Paraná, o qual permite o cadastro dos usuários por medicamento e condição clínica, o registro das dispensações, o gerenciamento dos estoques, o registro dos serviços de cuidado farmacêutico e, mais recentemente, o registro de parâmetros para monitoramento clínico. Esse sistema e suas ferramentas de *Business Intelligence (BI)* possibilitam a consolidação dos dados de forma centralizada, o que subsidia tanto ações operacionais, como o planejamento das compras e a programação da distribuição desses medicamentos, quanto ações gerenciais para tomada de decisões guiadas por dados (decisões *data driven*).

O Cuidado Farmacêutico que vem sendo implementado no CEAF envolve um conjunto de serviços voltados tanto à melhoria do processo de uso dos medicamentos, incluída a adesão à terapia, quanto à avaliação de resultados e intervenções que melhorem os desfechos em saúde. Atualmente, dois serviços estão sendo ofertados aos usuários nas farmácias das Regionais de Saúde da SESA: o serviço de Primeiro Atendimento e o serviço de Farmacovigilância Ativa. Para tanto, farmacêuticos de todas as Regionais de Saúde foram capacitados para a realização dos atendimentos (ROSSIGNOLI et al., 2019). Apresenta-se como desafio para os próximos anos a implementação de outros serviços voltados à avaliação de desfechos.

De forma geral, as Secretarias Estaduais podem ser consideradas um elo entre as esferas de gestão federal e municipal. Na Assistência Farmacêutica, isso ocorre, por exemplo, no suporte logístico da distribuição de medicamentos e insumos. O Centro de

Medicamentos do Paraná (Cemepar) é a unidade responsável por programação, recebimento, armazenamento e distribuição desses produtos, adquiridos tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela SESA, às 22 Regionais de Saúde, que os repassam aos municípios de sua abrangência. Somente em 2018 foram mais de 261 milhões de unidades de medicamentos e insumos distribuídos pelo Cemepar, com um valor financeiro correspondente a cerca de R\$ 1 bilhão para atendimento da população paranaense. A Figura 48 apresenta o crescimento da distribuição tanto em volume quanto em valor financeiro de medicamentos e insumos no período de 2014-2018.

FIGURA 48 – EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PELO CEMEPAR – 2014-2018



Fonte: SYSMED, 2019.

Com relação à análise da Assistência Farmacêutica no âmbito das Regionais de Saúde, realizada por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI), algumas questões foram evidenciadas. Uma delas é que o aporte da contrapartida municipal na aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica tem superado os valores das contrapartidas estaduais e federais, contrariando a pactuação inicial do financiamento entre os três entes. Ficou demonstrada a necessidade de apoio técnico da SESA na orientação aos municípios quanto à elaboração das Relações Municipais de Medicamentos (Remume), a necessidade de revisão do elenco de medicamentos adquiridos pelo CPS e a importância de divulgação das relações de medicamentos padronizados. Outra questão apontada foi a importância da descentralização da dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para que o usuário tenha acesso em seu município de residência.

Com relação à qualificação da Assistência Farmacêutica (AF), foram relatadas necessidades de melhoria de estrutura física de farmácias e Centrais de Abastecimento

Farmacêutico em âmbito municipal, bem como da manutenção do repasse de financeiro estadual para essa finalidade. Além disso, foi apontada a necessidade de recomposição das equipes nos municípios e nas Regionais de Saúde; de sistemas de informação nos municípios para gerenciamento de medicamentos e insumos; e de protocolos, diretrizes e demais normatizações para nortear o uso racional de medicamentos e garantir a segurança do usuário. O acesso a médicos especialistas e a exames diagnósticos para prescrição de tratamento de condições clínicas previstas no CEAF, assim como a capacitação das equipes municipais e regionais no âmbito da Assistência Farmacêutica, incluindo o Cuidado Farmacêutico, também foram necessidades levantadas nos diagnósticos do Planejamento Regional Integrado.

8.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O direito à saúde é garantia constitucional desde o processo de recuperação democrática nacional de 1985, e alguns aspectos acabam por ainda ser controversos, como o custo-benefício dos tratamentos pleiteados ou, até mesmo, de forma ainda mais basilar, sua eficiência e indicação terapêutica.

Há uma imensa dificuldade em se estabelecer o equilíbrio entre a prestação dos serviços de saúde pelo ente público, por meio de programas e ações governamentais, e a exigibilidade judicial dos direitos a tratamento de saúde em sua integralidade, tendo em vista a limitação dos recursos orçamentários disponíveis.

Nos últimos anos, percebe-se um movimento significativo de crescimento das demandas judiciais da saúde no Estado. No ano de 2011, no âmbito exclusivo de medicamentos requeridos por via judicial, o Paraná despendeu o valor de R\$ 45.062.204,04, entretanto, nos anos de 2017 e 2018, esse montante quase que quadruplicou, chegando a R\$ 194.797.661,49 e 207.888.882,77, respectivamente.

Com relação a medicamentos, nos dois primeiros quadrimestres do ano de 2017, foram ajuizadas mais de 4.401 ações e atendidos 15 mil usuários. Nos dois primeiros quadrimestres do ano de 2018, foram ajuizadas mais de 4.863 ações e atendidos 17 mil usuários. Por fim, nos dois primeiros quadrimestres do ano de 2019, já foram ajuizadas 5.592 ações e atendidos 18.575 usuários.

Nesse cenário, é essencial a criação do Núcleo de Judicialização da SESA. O NJS ficará sediado dentro do Gabinete do Secretário de Estado e Saúde e terá as seguintes funções: definir estratégias para atuação da SESA em questões vinculadas à área de saúde e que possam envolver demandas judiciais; organizar e promover o planejamento e a definição de mecanismos estratégicos relacionados ao controle, ao monitoramento e à resolução das demandas relacionadas à assistência à saúde; proceder o controle do cumprimento e da efetividade do atendimento de ordens judiciais de demandas da saúde no âmbito do Paraná; e acompanhar e implementar todos os esforços para viabilizar os

possíveis ressarcimentos de despesas referentes a medicamentos e/ou tratamentos cujo fornecimento é de competência da União.

Sinteticamente, o NJS atuará em três vertentes, quais sejam: (a) pré-judicial, no intuito de verificar quais os pleitos estão sendo realizados pelos usuários e tentar garantir o direito à saúde de forma eficiente, com base na medicina por evidência, ágil e resolutiva, sem a necessidade de ajuizamento de ações na Justiça; (b) durante o processo judicial, quando não for possível evitá-lo, garantindo o cumprimento da demanda de forma rápida e qualificada, precavendo o Estado de pagamentos de eventuais multas pela mora ou de sequestros judiciais; e (c) após os processos judiciais, buscando o ressarcimento de custas expendidas em tratamentos que seriam de competência da União Federativa.

A missão do Núcleo de Judicialização da Saúde da SESA é a de garantir o acesso qualificado à saúde para todos os cidadãos paranaenses, respeitando integralmente os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência.

Governança em Aquisições

O modelo de gestão administrativa aos processos de aquisição proposto para o quadriênio 2020-2023 tem como principal finalidade a construção de relações governamentais mais transparentes, éticas, eficientes e eficazes, capazes de atender ao interesse público.

A administração das aquisições é uma atividade fundamental para uma gestão eficaz e que influencia diretamente nos resultados institucionais, estando também relacionada ao sucesso da organização. A aquisição de produtos e serviços representa um fator primordial, pois pode gerar melhor aproveitamento dos recursos públicos e, consequentemente, a possibilidade de ampliação das ações governamentais.

Para tanto, a implantação de preceitos de Governança em Aquisições, entendida como a aplicação de princípios e práticas de governança com enfoque na função de aquisição da instituição, passa a ser a principal estratégia para aprimorar a eficiência dos processos como meio para atingimento do objetivo institucional, ou seja, as ações de saúde pública voltadas ao cidadão.

Aliado ao uso efetivo de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), o que se pretende é prover a instituição de inovação às ações de planejamento e execução relacionados à gestão de aquisições.

8.5 CONTROLE INTERNO

A Unidade de Controle Interno foi instituída no âmbito da Administração direta e indireta do Estado do Paraná em 2014, no nível de assessoramento, subordinada administrativamente ao dirigente máximo do órgão ou da entidade, tendo como finalidade implementar, manter, monitorar, avaliar e revisar os controles internos da gestão.

No exercício de suas atribuições, os integrantes da Unidade de Controle Interno deverão ter livre acesso a todos os documentos, sistemas, informações e outros elementos indispensáveis ao cumprimento de suas atribuições.

O Sistema de Controle Interno consiste em um plano organizacional de métodos e procedimentos, de forma ordenada, para salvaguardar os ativos; obter informações oportunas e confiáveis; promover a eficiência operacional; assegurar a observância de leis, normas e políticas vigentes; e estabelecer mecanismos de controle que possibilitem informações à sociedade e impeçam a ocorrência de fraudes e desperdícios na gestão da coisa pública.

8.6 FINANCIAMENTO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo - federal estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando, em conjunto, a receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, cujo financiamento ocorre por meio de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

Em cumprimento ao que rege a Constituição Federal, foi editada a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição, estabelecendo o valor mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos municípios 15% do produto da arrecadação dos impostos; os estados deverão aplicar 12%; e, para a União, a regra determina a aplicação do valor empenhado para exercício financeiro do ano anterior acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrido no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2012a). Com efetivação da Emenda Constitucional n. 95, ficam congeladas as despesas do governo federal pelo período de 20 anos.

O Paraná financia a saúde no âmbito da SESA por meio da Unidade Gestora Fundo Estadual de Saúde (Funsaude), que executa os recursos financeiros destinados às ações e aos serviços públicos de saúde.

Entre os anos de 2014 e 2018, a arrecadação para área da saúde foi no montante de R\$ 23.140.054.163,71 (vinte três bilhões, cento e quarenta milhões, cinquenta e quatro mil, cento e sessenta e três reais e setenta e um centavos), com a participação de todas as fontes de recursos (Tabela 19).

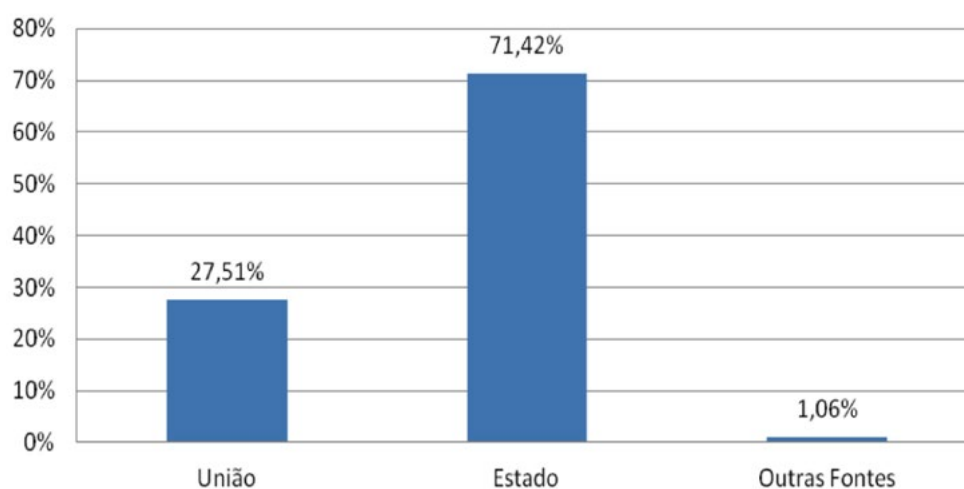
TABELA 19 – RECEITAS ARRECADADAS NA ÁREA DA SAÚDE – 2014-2018

ANO	UNIÃO	ESTADO	OUTRAS FONTES
2014	1.067.526.576,45	2.781.040.694,55	19.984.335,40
2015	1.133.135.038,73	3.082.565.842,83	21.543.961,02
2016	1.220.547.893,60	3.292.384.107,57	19.227.492,49
2017	1.389.372.318,93	3.629.090.146,54	14.189.829,90
2018	1.556.364.601,48	3.741.788.229,31	171.293.094,91
TOTAL	6.366.946.429,19	16.526.869.020,80	246.238.713,72

Fonte: SIOPS/MS, 2019.

Do montante da receita arrecadada, verifica-se a participação de cada ente União, estado e outras fontes no financiamento total da área da saúde (Figura 49).

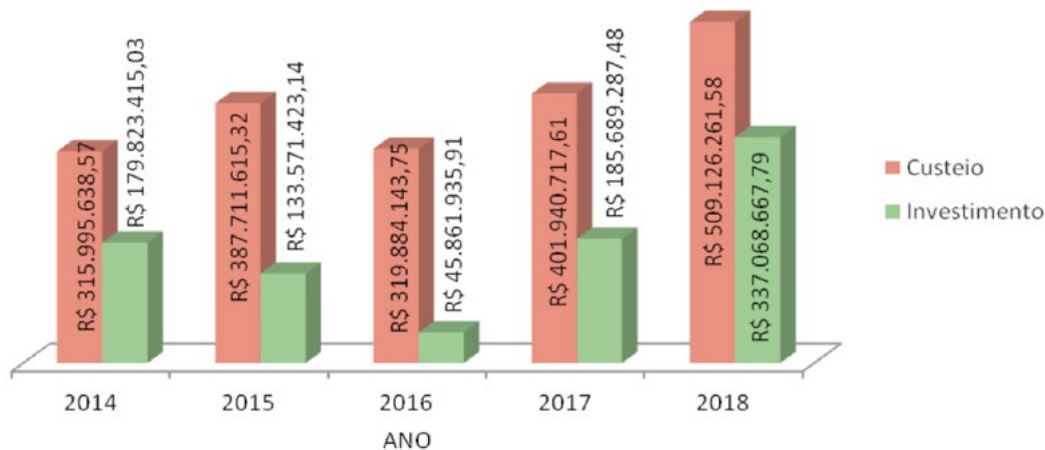
FIGURA 49 – FINANCIAMENTO EM SAÚDE CONDENSADO EM TODAS AS FONTES – PARANÁ, 2014-2018



Fonte SIOPS/MS, 2019.

Do valor total das despesas que corresponde a R\$ 22.106.289.579,83 (vinte e dois bilhões, cento e seis milhões, duzentos e oitenta e nove mil, quinhentos e setenta e nove reais e oitenta e três centavos), executadas por meio do Fundo Estadual de Saúde, foram analisadas sob ótica de área de atuação, ou seja, para as despesas com: Atenção Básica, Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância em Saúde, Alimentação e Nutrição assim como Administração Geral (Figura 50).

FIGURA 50 – DESPESAS POR ÁREA DE ATUAÇÃO – PARANÁ, 2018



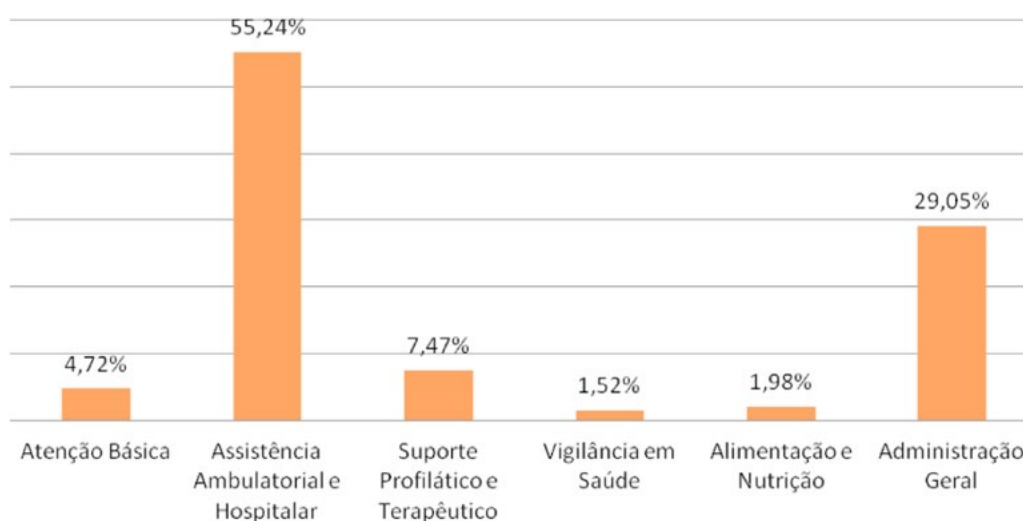
Fonte: SIOPS/MS, 2019.

Pode-se observar que a despesa que desponta com maior destinação de recursos é a Assistência Ambulatorial e Hospitalar (55,24%) do total geral das despesas executadas.

A participação do estado no financiamento dos municípios do Paraná de forma supletiva ou complementar como apoio financeiro materializa-se por meio de repasses para entidades filantrópicas, consórcios, prefeituras e fundos municipais de saúde.

Para o período de 2014-2018, foram repassados aos municípios o valor total de R\$ 2.816.673,18 (dois bilhões, oitocentos e dezesseis mil, seiscentos e setenta e três reais e dezoito centavos) de custeio e investimentos para ações e serviços públicos de saúde (Figura 51).

FIGURA 51 – REPASSES AOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ



Fonte: SICOFI/SIAF, 2019.

Mesmo com a participação da União e do estado, segundo o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), no ano de 2018, registra-se que 160 municípios aplicam entre 15% a 20,97%; 218 municípios aplicam entre 21% a 29,65%; e 21 municípios aplicam entre 30% a 36,44% de suas receitas tributárias.

No tocante os recursos federais, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, propõe uma mudança na alocação das transferências federais da Atenção Primária como principal porta de entrada do SUS. Para tanto, apresenta cinco objetivos:

- 1) Estimular o aumento da cobertura (cadastro) da Atenção Primária em Saúde, principalmente entre as populações vulneráveis.
- 2) Ressaltar resultados em saúde da população por meio da valorização do desempenho.
- 3) Incentivar os avanços na capacidade instalada, a organização dos serviços de Atenção Primária em Saúde e as ações de promoção e prevenção.
- 4) Enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais.
- 5) Estar em conformidade com a Lei Complementar n. 141/2012.

A estratégia é mudar a forma de repasse também para os níveis de Atenção Secundária e Terciária de Saúde. Portanto, avaliação de qualidade do serviço, estabelecimento de metas de produtividade e ampliação das equipes de estratégia de saúde da família parecem ser os norteadores do nosso sistema de saúde para os próximos anos.

O Estado por sua vez, propõe um financiamento na área da saúde de forma ascendente, conforme dispõe a Lei Complementar n. 141/2012: o rateio dos recursos do Estado transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

Estamos vivendo o processo de transição demográfica e epidemiológica que demandam que o sistema de saúde se organize para ofertar serviços, impondo, portanto, uma transição também na Atenção à Saúde na elaboração de novas políticas públicas, principalmente com relação à lógica do gasto público e à forma de financiamento.

Financiamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

O financiamento da assistência de média e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar é de responsabilidade tripartite entre os entes federados. No Estado do Paraná, essa assistência é custeada com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são transferidos parte para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e parte para os Fundos Municipais de Saúde dos municípios que optaram pela gestão desse recurso. Essa transferência engloba dois tipos de recursos: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), que tem limite financeiro preestabelecido, e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que não tem limite financeiro e é transferido conforme produção apresentada.

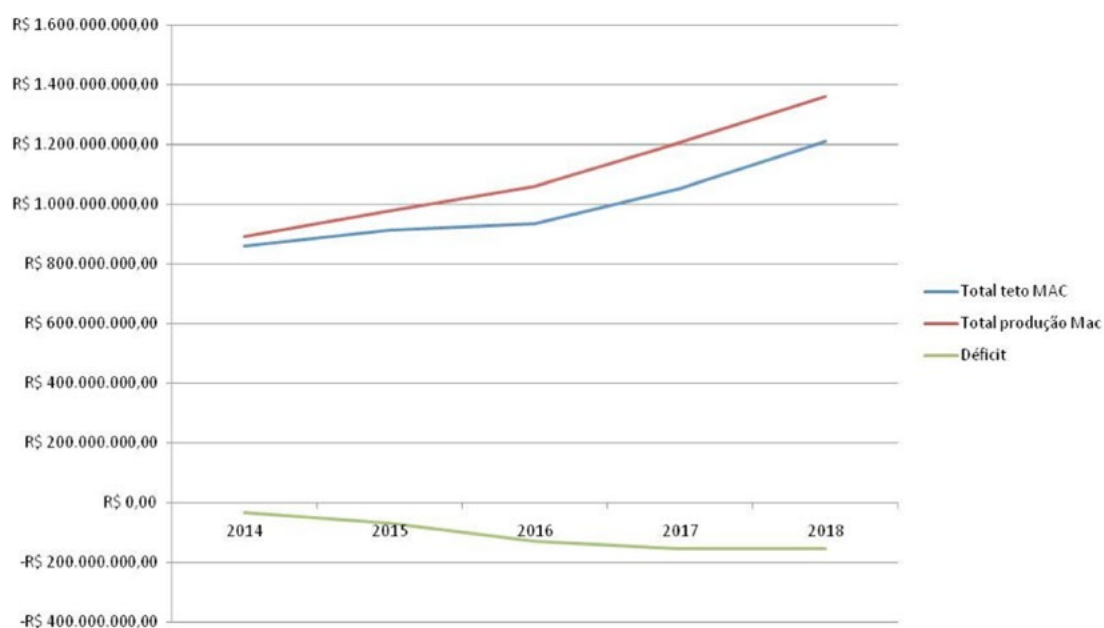
No ano de 2014, o Teto MAC da Gestão Estadual disponível (transferido ao FES) era de R\$ 858.102.025,57, e os valores correspondentes aos serviços ambulatoriais e hospitalares realizados foi de R\$ 890.535.070,74, o que demonstra déficit anual à época de R\$ 32.433.045,17.

No ano de 2018, o Teto MAC da Gestão Estadual anual disponível era de R\$ 1.208.610.113,98, e os valores correspondentes aos serviços ambulatoriais e hospitalares realizados foi de R\$ 1.360.395.175,40, o que demonstra déficit anual à época de R\$ 151.785.061,42.

Ao analisarmos os dados de 2014-2018, verifica-se que houve aumento de 40,85% dos valores de repasse no Teto MAC para a gestão estadual, porém houve aumento na produção de 52,76% e do déficit financeiro estadual de 368% para custeio da atenção ambulatorial e hospitalar.

Quanto à evolução do Teto MAC de gestão estadual, cabe ressaltar que o déficit anual existente é custeado integralmente com recursos do Tesouro do Estado (Figura 52).

FIGURA 52 – EVOLUÇÃO DO TETO MAC DA GESTÃO ESTADUAL – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: MS/SIH/SIA/SISMAC/FNS, 2019.

Conforme informações do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) do Ministério da Saúde, em 2018, o valor total anual programado para o Teto MAC para a gestão estadual correspondeu a 39% do total do programado para o estado, ficando a diferença de 59% programada para os municípios que contam com a gestão do Teto MAC.

Se realizarmos análise comparativa entre o Teto MAC de Gestão Estadual do Paraná (gestão estadual + gestão municipal) em relação aos recursos disponíveis para a Região Sul do Brasil e o total disponível para o país, é possível verificar que, no período de 2014-2018, o aumento dos valores repassados pelo Ministério da Saúde foi de 21,01% no Paraná; 17,04% na Região Sul; e 19,12% no Brasil. Apesar do maior aumento ter sido para o Paraná, o crescimento da população foi de 2,58% em média, ou seja, semelhante entre os comparados. Quanto aos valores per capita, o Paraná apresenta o maior valor, que é de R\$ 237,14, seguido pela Região Sul, com R\$ 232,81, e esta pelo Brasil, com R\$ 204,48.

Além dos recursos federais transferidos para o Estado do Paraná para custeio das ações de média complexidade e da utilização de recursos do Tesouro Estadual para o pagamento das extrapolações dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, existe a contratualização pela SESA para pagamento de procedimentos não constantes da Tabela SIGTAP ou não realizados pelos estabelecimentos em razão do baixo valor de ressarcimento, bem como para repasse de incentivos e complementos previstos nos programas estaduais.

Os recursos financeiros do Tesouro do Estado também são utilizados para pagamento de incentivos de qualidade e complementos de valores dos procedimentos, previstos em Resolução SESA e em programas estaduais.

Quanto aos incentivos de custeio para atenção hospitalar, a SESA tem vigente o Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS, instituído em 2011 e que tem como objetivo promover a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da eficiência, da eficácia e da equidade dos hospitais integrantes do SUS. O Programa conta com quatro fases instituídas e, no período de 2014-2018, foram realizados repasses para custeio no valor total de R\$ 817.953.909,15 para seus integrantes, sendo necessário rever os critérios de inclusão dos prestadores, bem como das metas de avaliação pactuadas.

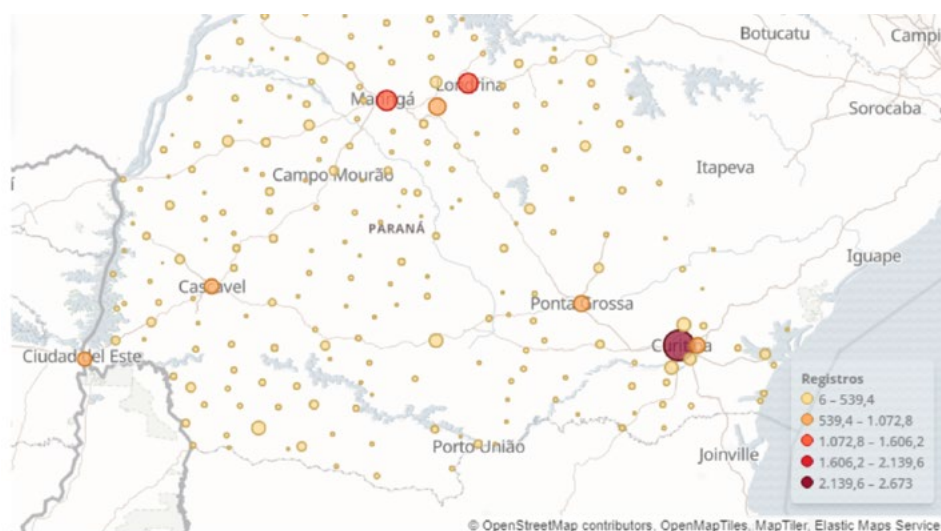
9 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Brasil enfrenta grandes desafios relacionados à disponibilidade, à distribuição e ao desempenho de sua força de trabalho em saúde, assim como na formação e na prática profissionais. A força de trabalho de saúde disponível é menor do que em países com um nível similar de desenvolvimento e bem abaixo da média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por exemplo (OPAS, 2018).

De acordo com a consulta de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até setembro de 2019, o Paraná contava com 160.673 trabalhadores. Destes, 66.980 de nível superior, sendo 35,4% médicos, 21,6% enfermeiros, 14,5% odontólogos e 28,5% outros profissionais; e 93.693 de nível técnico/auxiliar e qualificação elementar (agentes de saúde), sendo 39,9% auxiliares e técnicos de enfermagem, 23,5% agentes comunitários de saúde e 36,6% de outras categorias.

Destaca-se que a distribuição geográfica e setorial da força de trabalho na área da saúde é marcada por desigualdades, muitos profissionais atuam em áreas urbanas ou em atendimento especializado (Figura 53).

FIGURA 53 – DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR MUNICÍPIO – PARANÁ, 2019



Fonte: SESA/CNES, 2019.

A gestão do trabalho em saúde deve ser realizada com foco na formação, na qualificação e na regulação do trabalho a partir das necessidades desse processo produtivo, com estudos das características da força de trabalho de forma ampla e a efetividade da atuação desses trabalhadores em um ambiente em constante transformação. Assim, os trabalhadores em saúde tornam-se agentes transformadores de seus ambientes, atuando de forma integrada, dinâmica e sistêmica, compreendendo seus papéis e responsabilidades.

A força de trabalho da SESA é representada pelos servidores efetivos do Quadro Próprio dos Servidores da SESA (QPSS), conforme Lei Estadual n. 18.136, de 3 de julho de 2014 (PARANÁ, 2014), formado pela carreira de Promotor de Saúde, que é constituída por três cargos:

1) Promotor de Saúde Profissional: exigência de escolaridade de nível superior e registro profissional no órgão de classe, para as funções em que o exercício profissional esteja regulamentado por lei.

2) Promotor de Saúde Execução: exigência de escolaridade de nível médio, profissionalizante ou pós-médio e de registro profissional no órgão de classe, para as funções em que o exercício profissional esteja regulamentado por lei.

3) Promotor de Saúde Fundamental: exigência de escolaridade de nível fundamental.

A própria lei entende “cargo” como unidade funcional básica da estrutura organizacional, de caráter genérico e composto por funções singulares e multiocupacionais providas exclusivamente por aprovação em concurso público.

Após a criação do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde, ampliou-se o quantitativo de vagas por cargo da SESA com a respectiva transferência de servidores do Quadro Próprio do Poder Executivo (QPPE) por meio da Lei Estadual n. 18.599, de 26 de outubro de 2015 (PARANÁ, 2015), conforme apresentado no Quadro 18.

QUADRO 18 – QUANTITATIVO DE VAGAS CONFORME PREVISTO EM LEI

Cargo	Lei Estadual n. 18.136/2014	Lei Estadual n. 18.599/2015 (ampliação de cargos)
Promotor de Saúde Profissional	3.109	4.243
Promotor de Saúde Execução	3.080	4.060
Promotor de Saúde Fundamental	3.016	3.016
Total de Servidores do QPSS	9.205	11.319

Fonte: PARANÁ, 2014; PARANÁ, 2015.

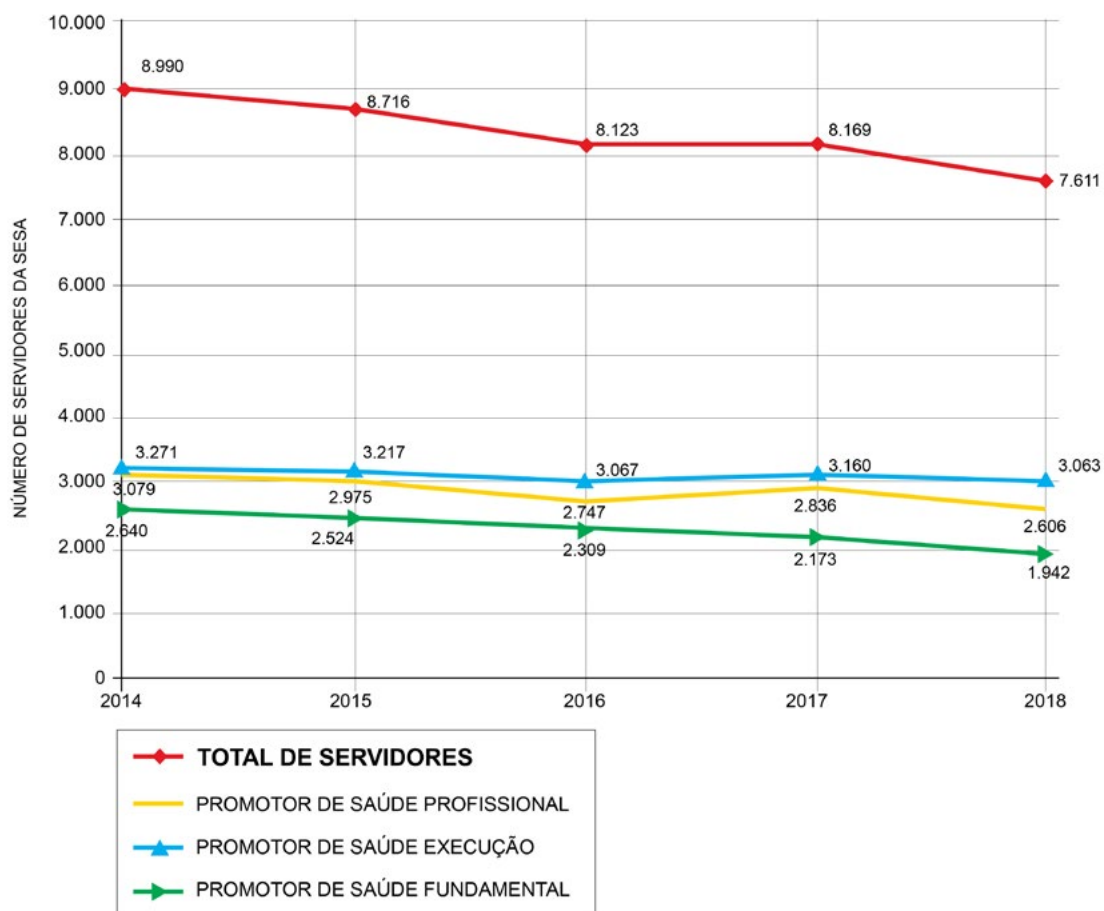
De acordo com relatório de servidores do sistema de gerenciamento de Recursos Humanos utilizado na SESA – Meta 4, o total de servidores efetivos do QPSS da SESA em

setembro de 2019 foi de 7.196 servidores, o que representa aproximadamente 63,57% do total de vagas disponíveis para o Quadro Próprio dos Servidores da Saúde. Além disso, restam 73 servidores do QPPE.

Quanto à distribuição dessa força de trabalho, quando analisados os números atuais de setembro de 2019, dos 7.196 servidores efetivos do Quadro Próprio, 4.921 servidores estão lotados em unidades sob gestão da SESA, 1.470 servidores sob gestão da FUNEAS, 542 servidores sob gestão da Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (SETI) e 263 estão municipalizados.

Na série histórica de quantitativo de servidores efetivos por cargo e vaga ocupada do Quadro Próprio de Servidores da SESA (Figura 54), observa-se que, entre os anos de 2014 e 2018, houve queda no número de servidores em todos os níveis (fundamental, execução e profissional), com perda total de 1.379 servidores, o que representa diminuição de 15,34% do quantitativo de servidores efetivos se comparado com o ano de 2014.

FIGURA 54 – SÉRIE HISTÓRICA DO QUANTITATIVO DE SERVIDORES SESA/PR POR CARGO – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: Relatórios do Sistema Gerencial de RH SESA, 2019.

Esse decréscimo do número de servidores nesse período deve-se a inúmeros fatores, como servidores que adquiriram direito à aposentadoria; longos períodos sem novos concursos; e instabilidade do quadro político atual com a reforma da previdência, o que justifica a necessidade de contratação de novos servidores.

Também é possível verificar que, no ano de 2017, houve ligeiro aumento no quantitativo de vagas ocupadas justificado pela entrada de novos servidores após aprovação em concurso público (Edital n. 73/2016), o qual continua vigente até dezembro de 2020. Para compreender a situação atual da força de trabalho na SESA, é necessário entender as entradas e as saídas de servidores, conforme apresentado na Tabela 20.

TABELA 20 – COMPARATIVO DE ENTRADAS E SAÍDAS DE SERVIDORES, SESA – PARANÁ – 2014-2018

ANO	Número de servidores	Nomeações*	Saídas				Total de saídas***
			Aposentadorias	Exonerações Demissões	Falecimentos	Outros**	
2014	8.963	701	251	96	27	211	585
2015	8.716	5	164	66	20	4	254
2016	8.123	1	516	60	26	0	602
2017	8.169	533	392	86	13	2	493
2018	7.611	162	608	98	13	1	720

LEGENDA: *As nomeações apresentadas na Tabela representam os servidores que efetivamente entraram em exercício no ano correspondente. **O item “Outros” refere-se às nomeações tornadas sem efeito ou decisões judiciais. ***O “Total de Saídas” é a soma das saídas por aposentadorias, exonerações, demissões, falecimentos e outros.

Fonte: Relatórios do Sistema Gerencial de RH SESA, 2019.

Em todos os anos apresentados, a saída pelo motivo de aposentadoria representa expressividade em relação aos outros tipos de desligamento – em 2018, 608 foram aposentados de um total de 720 saídas, ou seja, 84,44% das saídas foram por aposentadoria.

Com relação aos investimentos com folha de pagamentos e demais encargos de pessoal, quando comparado ao percentual mínimo de gastos com saúde – 12% da Receita Corrente Líquida, previsto na Lei Complementar n. 141/2012, observa-se, no Quadro 19, que houve expressivo decréscimo (-5,68%) no ano de 2018 em relação ao ano anterior, apesar do número de entrada de novos servidores do último concurso, nomeados, em sua maioria, no ano de 2017. Esse fato não implica significativo aumento nos gastos com pessoal, uma vez que também foi alto o número de saída de servidores em final de carreira por aposentadoria.

QUADRO 19 – PERCENTUAL DE DESPESAS COM FOLHA DE PAGAMENTOS E ENCARGOS EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE 12% DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA (RCL) DO PARANÁ – 2014-2018

Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% Gastos com Pessoal x RCL	44,77%	43,74%	45,72%	43,31%	37,63%

Fonte: Relatórios do SIOP/FUNSAUDE, 2019.

Em suma, a força de trabalho da SESA, quando analisada pela perspectiva do QPSS, está em declínio para todos os níveis de cargos no decorrer dos anos, como demonstrado em série histórica, motivada principalmente pela saída por aposentadorias e pelo longo período de tempo sem realização de novos concursos para a manutenção do quadro próprio. A força de trabalho no âmbito SUS não foi contemplada, uma vez que apresenta características heterogêneas de quadros funcionais e de vínculos empregatícios e sem gerência direta da SESA.

No que se refere à formação/qualificação da força de trabalho no SUS do Paraná, esta fundamenta-se na Educação Permanente em Saúde (EPS). Nessa lógica, a ESPP criada em 1958 e o CFRH criado em 1954, unidades da SESA, em suas vertentes de formação superior, inicial e técnico-profissionalizante planejam, articulam e coordenam os processos de EPS, voltados para trabalhadores já inseridos no SUS, com foco educacional nos processos de trabalho de acordo com análise de situação de saúde, a realidade regional e o princípio da integralidade da atenção, assistência e gerência.

O CFRH encontra-se credenciado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) desde sua criação para o desenvolvimento de ações de formação profissional de nível médio. A ESPP, em 2018, foi reconhecida pela Superintendência Geral de Ensino, Tecnologia e Inovação (SETI) pelo prazo de cinco anos, de acordo com o Decreto Estadual n. 11.237, estando autorizada a ofertar, em nível de pós-graduação lato sensu, cursos de especialização no campo da Saúde Pública, bem como é autorizada pelo Ministério da Educação (MEC) a ofertar cursos de Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia e Neonatologia, Multiprofissional em Saúde Mental e Uniprofissional: em Enfermagem Obstétrica. Tais modalidades de ensino são desenvolvidas de forma descentralizada para as quatro macrorregiões de saúde, proporcionando maior capilaridade aos processos de EPS.

A ESPP com objetivo de fortalecer a Política de EPS, recentemente adotou a modalidade de ensino à distância (EAD), por meio da plataforma ESPPR Virtual, ampliando o alcance das ofertas de formação. Atualmente, a ESPP oferta 34 cursos, livres e com tutoria, em diversos segmentos da saúde pública, alcançando aproximadamente 29 mil alunos em todo o estado. Destaca-se o curso de Prevenção do Suicídio, lançado em 2018, que registra até o momento cerca de 10 mil inscritos, obtendo alto índice de satisfação pelos usuários. E, em parceria com a Divisão de Regulação e Acesso (DRA) e com a Celepar, lançou, em setembro de 2019, o curso de treinamento a distância do novo Sistema Estadual de Regulação Care Paraná. Esse curso conta com 17 módulos e abrange os vários perfis de profissionais usuários desse sistema, atingindo até o momento mais de 8 mil alunos.

Quanto às certificações concedidas, entre os anos de 2014 e 2018, foram emitidos um total de 7.861 diplomas referentes à formação em Educação Popular, Inicial, Nível Técnico e Especialização na modalidade presencial, conforme demonstrado Quadro 20.

QUADRO 20 – CERTIFICAÇÕES EMITIDAS REFERENTES ÀS AÇÕES DE EPS OFERTADAS PELA ESPP-CFRH – 2014-2018

Eixo de formação	Curso/atividade	Número de certificações emitidas					
		2014	2015	2016	2017	2018	Total
Educação Popular	Capacitação de Conselheiros Municipais, Estaduais e Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde do Paraná	400	-	425	155	-	980
	Oficina de Comunicação para Multiplicadores do Controle Social	-	-	-	-	161	161
Inicial	Agente Comunitário de Saúde - ACS	1358	1023	133	617	-	3131
	Agente de Combate a Endemias – ACE	666	-	-	-	322	988
	Cuidador de Idoso	-	788	163	258	153	1.362
Nível Técnico	Técnico em Vigilância em Saúde	387	-	-	-	-	387
	Técnico em Prótese Dentária	25	14	-	-	-	39
	Técnico em Hemoterapia	13	09	-	-	-	22
	Técnico em Saúde Bucal	42	20	-	-	-	62
Especialização (Lato sensu)	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	-	-	-	58	75	133
	Gestão Hospitalar	-	-	-	-	63	63
	Gestão do SUS	157	-	-	28	-	185
	Saúde Pública (parceria MS/Fiocruz)	-	-	-	31	18	49
	Qualidade e Segurança no Cuidado ao Usuário (parceria IEL/HSL)	-	-	-	75	-	75
	Vigilância em Saúde	196	-	-	28	-	224

Fonte: ESPP-CFRH, 2019.

Além dessas ações de EPS, as áreas técnicas da SESA e as Regionais de Saúde do estado realizam, em parceria e com apoio da ESPP-CFRH, Projetos de EPS em outras modalidades de ensino, a saber: capacitações, encontros científicos, jornadas e oficinas. Entre os anos de 2014 e 2018, foram apoiados pela ESPP-CFRH 476 projetos, média de 119 por ano, e emitidos 32.980 certificados.

Ressalta-se que o planejamento de ações da EPS no Paraná articula formação, atenção, gestão e controle social no setor da saúde, portanto, ocorre por meio da integração com as instituições formadoras (no ensino médio e superior); de parcerias com Gestores Municipais (SMS e COSEMS/PR); do Controle Social (CES/PR); da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CIESC); do Planejamento Regional Integrado (PRI); das Áreas, Departamentos, Regionais de Saúde e Diretorias da SESA; além de demais parceiros, para fomento do desenvolvimento profissional de forma interdisciplinar.

Outro ponto a se ressaltar é que a EPS deve ser considerada um movimento contínuo e transversal, que faz parte do projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS e, portanto, deve inserir-se no processo de descentralização de gestão do sistema e de reorganização da rede de serviços em bases territoriais. Tal demanda, fomenta a necessidade do desenvolvimento da Política Estadual de EPS de maneira regionalizada e articulada ao Plano Estadual de Saúde, com a participação interinstitucional, a partir da implantação das Comissões de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CIESC) Regionais.

A perspectiva é manter a oferta de cursos que a ESPP-CFR já tem expertise, assim como oferecer novos cursos, de acordo com as necessidades de formação e qualificação dos profissionais do SUS no Paraná, nas diversas modalidades (presencial, semipresencial e à distância) e vertentes (formação inicial, ensino técnico, ensino superior, programas de residência e projetos de EPS apoiados). Além de outras atividades que condizem com a manutenção da política de EPS no Paraná, como fomento à pesquisa, disseminação do conhecimento científico, formação e participação em órgãos de controle social e realização de eventos político-educativos.

10 CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) regulamentado pela Lei Estadual n. 10.913, de 4 de outubro de 1994, é composto paritariamente por 50% de representantes dos usuários de saúde, 25% de representantes de profissionais de saúde, 25% de representantes de gestores e de prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS. No total, são 72 conselheiros, sendo 36 titulares e 36 suplentes.

O CES/PR é uma instância colegiada superior, deliberativa, de caráter permanente, representativa, normativa, consultiva e fiscalizadora das ações e dos serviços de Saúde no âmbito do Paraná, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Decide sobre as matérias de que tratam sobre assuntos que lhe são submetidos e também atua nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (art. 2º da Resolução CES/PR n. 57/2016).

O CES/PR é coordenado por uma Mesa Diretora composta por oito membros com a mesma composição paritária e por seis Comissões Temáticas de Saúde, sendo elas: Assistência e Acesso ao SUS & Saúde Mental; Orçamento; Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social; Intersetorial de Saúde do Trabalhador & Intersetorial de Recursos Humanos; Vigilância em Saúde & IST/AIDS e Saúde da Mulher, além de uma Comissão de Ética e de Conduta. Conta também com uma Secretaria Executiva, atualmente, com três servidores. Além disso, o CES/PR conta com um assessor regional para o Controle Social por Regional de Saúde, que atua como facilitador junto aos Conselhos Municipais de Saúde e ao CES/PR.

Essa situação enseja uma cobertura territorial integral quando das atividades propostas pela SESA, bem como do CES/PR, as quais são discutidas e deliberadas pelo Colegiado.

Cabe aos representantes das entidades, indistintas de seus segmentos, trazer assuntos pontuais de suas regiões de atuação para que o CES/PR tome conhecimento e propague ações de saneamento dessas ocorrências.

Em 2019, 371 municípios do Paraná realizaram suas Conferências Municipais de Saúde, elegendo seus delegados para participar da 12ª Conferência Estadual de Saúde.

Entre os dias 11 a 13 de junho de 2019, o CES/PR promoveu sua 12ª Conferência Estadual de Saúde, tendo um público total de 1.174 participantes, entre 1.015 delegados(as), 121 observadores(as) e 38 convidados(as), com os seguintes objetivos:

I. Avaliar a situação da Saúde no Estado do Paraná;

II. Avaliar as diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, enquanto políticas públicas e aprovar as propostas de âmbito estadual e nacional, oriundas das Conferências Municipais de Saúde;

III. Eleger e homologar as instituições, órgãos e entidades que irão compor o Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, Gestão 2020 a 2024;

IV. Eleger delegados e delegadas para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (intitulada 8ª + 8), a ser realizada de 28 a 31 julho de 2019, em Brasília/DF;

V. Aprovar as propostas de âmbito da Política Nacional de Saúde, a serem encaminhadas para a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Nos Conselhos Municipais de Saúde do Paraná, há a necessidade de qualificar a adesão e a representatividade dos diferentes segmentos que compõem o Controle Social do estado. São problemas que decorrem dessa situação: pouca mobilização da comunidade e de entidades organizadas para esse fim; dificuldades na identificação do perfil de cidadãos para composição dos Conselhos; baixa ou quase inexistente renovação do quadro de conselheiros nos Conselhos Municipais de Saúde; e dificuldades no cumprimento da paridade exigida por lei, fatos estes que colocam a organização do SUS em segundo plano.

Nesse contexto, a construção de um plano estratégico de fortalecimento da participação social, não apenas na área da Saúde, é imprescindível para o cumprimento do papel de promoção da Saúde sob a égide do Controle Social.

Esse movimento deve contar com a estrutura mínima para que ocorra de forma permanente, com a indicação de servidores de carreira do Executivo municipal e do estadual para compor o quadro de servidores da Secretaria Executiva, bem como de infraestrutura operacional, além da construção de normas estaduais para qualificação e uniformização da organização desses espaços, tal qual sustenta e preconiza a Resolução CNS n. 453/2012.

A Ouvidoria da Saúde é um instrumento de gestão e cidadania. É um mecanismo institucional de participação social por meio do qual o usuário do SUS registra denúncias, reclamações, críticas, sugestões, solicitações de informações e elogios. A ouvidoria é ao mesmo tempo a garantia do direito de expressão do cidadão e a análise dos dados adquiridos a partir da experiência de quem utiliza o serviço: o usuário. Trata-se, então, de um instrumento de gestão, aperfeiçoamento da qualidade e da efetividade das ações e dos serviços prestados pelo SUS.

A Ouvidoria Geral da Saúde (OGS/SESA) foi formalmente instituída pela Resolução SESA n. 113/2011, que estabeleceu objetivos, atribuições, prazos de resposta e estrutura física. Depois, a Resolução SESA n. 443/2013 criou as ouvidorias do SUS nas unidades próprias e nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, estando estas sob a coordenação da OGS. Em razão do objetivo previsto na Resolução SESA n. 113/2011 – asses-

sorar no processo de implantação das ouvidorias municipais de saúde, propósito compartilhado pela Lei n. 8.080/1990, de descentralização do SUS (BRASIL, 1990b), a OGS levou e aprovou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a Deliberação CIB n. 42/2012, que estabelece os quatro critérios mínimos para implantação de Ouvidoria Municipal do SUS no Estado, sendo a indicação oficial de um ouvidor, a criação de um instrumento normativo de ouvidoria, a disponibilização de um número exclusivo para a ouvidoria e a elaboração de relatórios gerenciais quadrimestrais ao gestor e disponibilizados a ouvidoria regional.

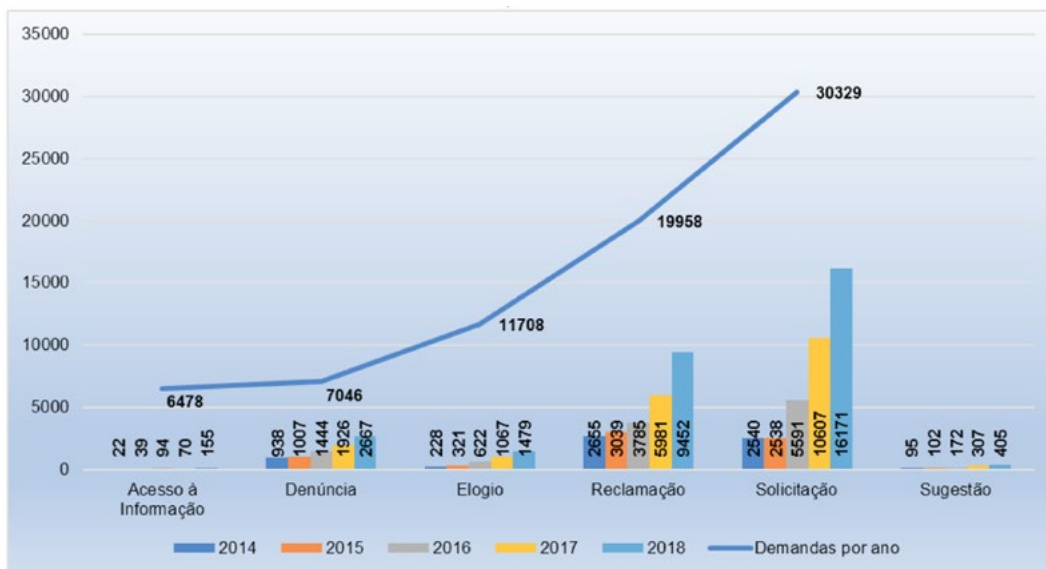
Em 2018, houve a necessidade de atualizar o instrumento normativo da OGS, revogando a Resolução SESA n. 113/2011 e publicando a Resolução SESA n. 40/2018, que, apesar das alterações, manteve o apoio às estruturas descentralizadas das ouvidorias do SUS. Dessa forma, a ouvidoria da SESA, nível central e ouvidorias regionais de saúde, estão, desde o princípio, como órgão de acompanhamento, auxílio e orientação técnica, disponível a todas as ouvidorias gerais e do SUS no Paraná.

O Paraná conta com 525 Ouvidores do SUS, de acordo com o levantamento realizado pela Ouvidoria Geral da Saúde no ano de 2019. Já os serviços de ouvidoria do SUS estão distribuídos em: 399 ouvidorias municipais de saúde; 22 ouvidorias regionais de saúde; 24 ouvidorias de consórcios intermunicipais de saúde; 20 ouvidorias de hospitais e unidades próprias; 58 ouvidorias de hospitais contratualizadas ao SUS; 1 Ouvidoria na FUNEAS; e 1 Ouvidoria no nível central da SESA.

Por se tratar de um instrumento de gestão, a Ouvidoria da Saúde elabora relatórios gerenciais e encaminha-os para os gestores. A partir das manifestações dos usuários do sistema SUS, os gestores podem conhecer os principais problemas ou dificuldades e administrá-los com agilidade, visto que solicitações, denúncias e elogios que chegam à ouvidoria são, todas elas, demonstrações da percepção e da vivência dos usuários de saúde com relação aos serviços prestados. Os problemas levantados podem, portanto, receber respostas rápidas e eficazes, pois foram fundamentados em manifestações sobre eventos verdadeiramente ocorridos.

A Figura 55 aponta as manifestações recebidas pelas Ouvidorias do SUS entre 2014 e 2018.

FIGURA 55 – MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PELAS OUVIDORIAS DO SUS – PARANÁ, 2014-2018



Fonte: Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias/Ouvidoria Geral da Saúde, 2019.

Com os dados apresentados, nota-se a crescente participação dos cidadãos na gestão da saúde em todo o Paraná. Em cinco anos, houve um aumento de mais de 400% nas manifestações registradas, com um aumento mais expressivo nas manifestações em que os cidadãos solicitam informações sobre o funcionamento do SUS.

Além de prestar um serviço de atendimento à população e garantir um instrumento de gestão aos gestores, a Ouvidoria Geral da Saúde do Paraná atua como órgão orientativo das práticas e dos processos de trabalho das ouvidorias do SUS em todo o estado, auxiliando ouvidores e ouvidorias com vistas aos objetivos maiores de melhoria e de avaliação dos serviços do SUS no estado.

A OGS entende que é necessária a constante capacitação dos Ouvidores do SUS, sempre levando em consideração as legislações vigentes relacionadas ao trabalho da ouvidoria, para que, dessa forma, ouvidores e gestores entendam a importância do trabalho da ouvidoria e compreendam o serviço como uma ferramenta de gestão.

Buscando ainda mais o aperfeiçoamento da Ouvidoria como instrumento de gestão, será instituído o processo de avaliação da satisfação dos usuários em relação ao SUS, bem como a garantia de inclusão de uma cláusula de implantação e de funcionamento das Ouvidorias nos contratos dos consórcios intermunicipais de saúde e dos hospitais contratualizados com a SESA. A Ouvidoria Geral da Saúde permanece, dessa forma, como órgão de acompanhamento, auxílio e orientação técnica para as ouvidorias do SUS no Paraná, tendo como foco a melhoria contínua do serviço prestado ao cidadão paranaense.

11 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES

As **Diretrizes** expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em razão 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, em um enunciado-síntese. Especificamente, expressam decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e orientar o planejamento: Quais os compromissos prioritários serão assumidos? Qual a pauta de assuntos que o governo e a sociedade prioriza na área de saúde?

O(s) **Objetivo(s)** de cada diretriz representa(m) os resultados desejados, “o que se quer”, “o que se pretende”, a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados, em coerência com as políticas de governo e com as viabilidades política, econômica, técnica e institucional. Na elaboração do(s) objetivos do PES-PR 2020-2023, foram consideradas as seguintes premissas: **Atenção Primária em Saúde, Envelhecimento Saudável, Inovação Tecnológica em Saúde, Regionalização, Eficiência na Gestão, Parcerias Público-Privadas e Compliance.**

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 razão da relevância destas para seu alcance. A meta requer ser monitorada e avaliada por meio de um indicador de fonte oficial. Necessita ser factível e alcançável e, ao mesmo tempo, ousada no sentido de visualizar um futuro melhor. Para tanto, no estabelecimento das metas, foi considerado 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 constituiu a linha de base, ou seja, o último resultado aferido para o indicador, caso haja.

O registro da **Linha de Base** e da data de aferição desse resultado “possibilita a comparação do indicador ao longo da execução do plano de saúde, partindo de um resultado anterior” (BRASIL, 2018a, p. 30).

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 respectivo alcance. Os principais atributos de um indicador são validade, confiabilidade, mensurabilidade.

As **Ações** são iniciativas de caráter estratégico a serem desenvolvidas, por meio dos quais se pretende alcançar os objetivos e as metas. Portanto, as **ações são relativas às metas**, constarão no Plano de Trabalho ou na Programação anual e respondem a: Como fazer para atingir os objetivos? Por meio de quais estratégias serão alcançados os resultados propostos?

As Diretrizes, os Objetivos, as Metas, as Linhas de Base, os Indicadores e as Ações que constituem este Plano Estadual de Saúde foram definidas considerando a Análise de Situação e as referidas premissas, assim como as referências do Mapa Estratégico, do Planejamento Regional Integrado (PRI), do Relatório Preliminar da 12ª Conferência Estadual de Saúde, do Plano de Governo e dos Relatórios Anuais de Gestão da SESA – 2016, 2017, 2018, 2019 – e da Lei Orçamentária Anual 2020, suas respectivas ações e recursos.

Nesse sentido, obteve-se um processo de construção coletiva da SESA e junto à sociedade, representada pelo Conselho Estadual de Saúde, com a definição de **5 Diretrizes, 35 Objetivos, 126 Metas e 220 Ações**. Apresentam-se essas diretrizes a seguir.

DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar o processo de gestão do financiamento em saúde.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
1	Implantar 1 sistema de gestão orçamentária e financeiro por meio de 4 módulos	0	Módulos de Sistema de Gestão Orçamentária e Financeiro implantados	a) Elaborar projeto em parceria com a Celepar para o desenvolvimento dos módulos: 1.1 Módulo I FAF -Fundo a Fundo; 1.2 Módulo II Investimento e Obras; 1.3 Módulo III Convênios; 1.4 Módulo IV Contrato Administrativos.
2	Disponibilizar 100% das informações orçamentárias e financeiras no portal de transparência do governo	0	Disponibilizar informações orçamentárias e financeiras	a) Elaborar projeto dos módulos a serem implantados. b) Integrar os módulos no Sistema de Gestão Orçamentária e Financeira.
Objetivo 2: Fortalecer instâncias de pactuação intergestores bipartite do SUS.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
3	Atingir 90% de participação dos municípios do Paraná nas reuniões da CIB Estadual e CIR	50,0%	Percentual de municípios que participam das reuniões da CIB estadual e das CIR	a) Encontros macrorregionais para fortalecer a importância da participação dos municípios nos fóruns de pactuação CIB Estadual.
4	Atingir 90% de participação dos municípios do Paraná nas reuniões de CIR	50,0%	Percentual de municípios que participam das reuniões de CIR	a) Encontros regionais para fortalecer a importância da participação dos municípios nos fóruns de pactuação CIR.
5	Implantar 4 Comitês Macrorregionais de Governança da Rede de Atenção à Saúde	0	Número de Comitês de Governança da Rede de Atenção à Saúde implantados	a) Implantar os Comitês Executivos Macrorregionais.
6	Organizar 1 encontro para acolher os novos gestores municipais do SUS que tomarão posse em 2021, apresentando a política de saúde do Paraná com foco na Rede de Atenção à Saúde	0	Encontro estadual realizado	a) Organizar Encontro Estadual com a participação dos 399 gestores municipais do SUS.

Objetivo 3: Implantar e ampliar os serviços em tecnologia da informação e comunicação.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
7	Desenvolver 1 plataforma para metodologias de análises	0	Número de plataforma desenvolvida	a) Identificar demanda analítica. b) Mapear dados e fluxos de trabalho.
8	Implantar 50% dos sistemas de tecnologia de informação nos processos administrativos da SESA	0	Porcentagem de processos mapeados na SESA	a) Identificar áreas prioritárias. b) Mapear processos de trabalhos por equipe externa. c) Implantar sistemas desenvolvidos.
9	Implantar 100% da Rede Nacional de Dados em Saúde no Paraná	0	Percentual de serviços disponibilizados na Rede Nacional de Dados no Paraná	a) Elaborar Plano para Implantação da Rede Nacional de Dados. b) Capacitar equipes municipais e fornecedores de soluções informatizadas para o prontuário eletrônico. c) Reestruturar as redes de telecomunicações do Estado para prover a infraestrutura necessária para Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

Objetivo 4: Fortalecer as instâncias de regulação de acesso aos serviços contratualizados.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
10	Regular 100% o acesso da população aos leitos hospitalares contratualizados pela SESA por meio do Sistema de Regulação	0%	Percentual de estabelecimentos contratualizados regulados por meio do Sistema de Regulação	a) Disponibilizar o Sistema de Regulação e monitorar a efetiva utilização por todos os estabelecimentos de saúde da gestão estadual em todos os módulos operacionais. b) Definir os estabelecimentos de saúde que serão regulados por porte (nº de leitos).
11	Organizar os Complexos Reguladores Macrorregionais em 10 Regiões de Saúde	3 RS	Número de RS incorporadas aos Complexos Reguladores Macrorregionais	a) Implementar Complexos Reguladores Macrorregionais.
12	Implantar 20 protocolos de regulação de acesso às consultas e exames especializados	0	Número de Protocolos de Regulação de acesso implantados no Sistema de Regulação Estadual	a) Implantar os protocolos de regulação de acesso às consultas e exames especializados.

Objetivo 5: Fortalecer o sistema estadual de auditoria, avaliação e monitoramento.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
13	Incluir em sistema informatizado de monitoramento 100% dos prestadores contemplados nos programas, incentivos, contratualizados e/ ou termo de cooperação entre entes públicos financiados pelo tesouro do Estado.	0	Percentual de prestadores dos programas, incentivos, contratos assistenciais e/ ou termo de cooperação incluídos em sistema de monitoramento.	<p>a) Desenvolver Sistema Informatizado para Painel de Controle, Monitoramento e Avaliação.</p> <p>b) Padronizar o processo de auditoria nos prestadores contratualizados nas Regiões de Saúde.</p>

DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ

Objetivo 1: Fortalecer as ações de promoção da saúde com foco nos temas prioritários da política nacional de promoção da saúde (PNPS).				
Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
14	Implantar uma linha de cuidado específica para controle, tratamento e prevenção da obesidade no estado do Paraná	0	Linha de cuidado para controle, tratamento e prevenção da obesidade no estado implantada	a) Articular com os setores envolvidos para a construção da linha de cuidado para controle, tratamento e prevenção da obesidade no estado.
15	Aumentar em 10% o registro no Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) do estado nutricional de crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos	16,1%	Percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional no Sisvan	a) Apoiar os municípios na qualificação dos profissionais da APS para o acompanhamento do estado nutricional de crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. b) Estimular o cadastro de indivíduos no Sisvan e o respectivo registro de dados de acompanhamento do estado nutricional.
16	Implantar em mais 08 municípios o Programa Vida no Trânsito	12	Número de municípios com adesão ao Programa Vida no Trânsito	a) Manter a articulação intersetorial no estado do Paraná para a coordenação do Programa Vida no Trânsito. b) Apoiar os municípios para a adesão ao Programa Vida no Trânsito.
17	Implantar em mais 20 municípios o Programa de Controle do Tabagismo	249	Número de municípios com adesão ao Programa de Controle do tabagismo em relação ao total de municípios do estado	a) Capacitar os municípios e regionais de saúde sobre o Programa de Controle do Tabagismo. b) Apoiar os municípios na promoção da não iniciação do uso de tabaco e outras drogas em adolescentes e jovens em articulação com a Secretaria de Educação. c) Normatizar no estado a prescrição da farmacoterapia de antitabagismo conforme preconizado pelo INCA/MS.
Objetivo 2: Fortalecer a atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.				
Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
18	Promover a ampliação para 77% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária em Saúde	75,15%	Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde	a) Apoiar os municípios por meio de recursos financeiros para custeio, investimento e educação permanente das ações de serviços da Atenção Primária à Saúde com foco em desempenho e qualidade.

19	Manter abaixo de 27% as internações por causas sensíveis na Atenção Primária em Saúde	26,79%	Proporção de internamentos por causas sensíveis à Atenção Primária	a) Consolidar nos municípios a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
20	Reorganizar perfil assistencial em 20 Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com equipes multidisciplinares sob coordenação da APS	0	Número de HPP com perfil assistencial reorganizados	a) Capacitar equipes multiprofissionais. b) Apoiar a adequação da estrutura física e dos equipamentos dos HPPs.
Objetivo 3: Fortalecer a linha de cuidado em saúde bucal.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
21	Ampliar em 54,79% a cobertura de Saúde Bucal	52,69%	Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (e-gestor / DAB)	a) Aumentar o número de equipes de saúde bucal. b) Realizar o projeto piloto de educação na primeira infância.
Objetivo 4: Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e colo de útero.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
22	Atingir a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,65 ao ano na população-alvo	0,51	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	a) Monitorar a intensificação da coleta de citologia do colo do útero na população feminina, prioritariamente na faixa etária de 25 a 64 anos.
23	Atingir a razão de mamografias realizadas na população-alvo em 0,42 ao ano	0,38	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária	a) Monitoramento e intensificação da realização de mamografias na população prioritariamente na faixa etária de 50 a 69 anos. b) Rastreamento de mulheres para as ações de controle do câncer do colo de mama na APS.

Objetivo 5: Qualificar e ampliar a linha de cuidado à saúde da mulher e atenção materno-infantil.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
24	Reduzir a Razão da Mortalidade Materna (RMM) no Estado do Paraná para 34,47	38,41	Razão da Mortalidade Materna RMM Número de óbitos maternos/número de nascidos vivos x 100.000	a) Fortalecer e ampliar as ações do Near Miss Materno. b) Promover a Educação Permanente com vistas a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento às gestantes e crianças.
25	Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Estado do Paraná para 9,9	10,3	Taxa de Mortalidade Infantil TMI Número de óbitos de crianças menores de um ano / número de nascidos vivos x 1.000	a) Implantar referências e estabelecer protocolos de atendimento para má formação fetal. b) Ampliar serviços de banco de leite humano.
26	Aumentar para 88,60% o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas no pré-natal	85,20%	Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	a) Capacitar profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço.
27	Reduzir para 12,93% o número de gestações em adolescentes	13,20%	Percentual de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos	a) Capacitar equipes da APS para atenção integral a saúde de adolescentes (acesso, acolhimento, orientações, planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério).
Objetivo 6: Implementar a linha de cuidado em saúde mental na rede de atenção à saúde.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
28	Implementar a linha de cuidado em saúde mental nas equipes de APS nas 22 Regiões de Saúde do Paraná	0	Número de RS com a linha de cuidado em saúde mental implementada na APS.	a) Qualificar as equipes de atenção primária em saúde para o cuidado em saúde mental. b) Ampliar os incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de serviços
29	Implantar 12 novos pontos de atendimento em atenção especializada ambulatorial em saúde mental – CAPS, SIMPR e ambulatórios	202	Número de serviços implantados	a) Manter e ampliar os incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de serviços. b) Qualificar equipes da atenção especializada ambulatorial para o cuidado em saúde mental.
30	Ampliar em 40 o número de leitos de saúde mental em hospital geral	21	Número de leitos habilitados e/ou em funcionamento	a) Promover a qualificação das equipes da atenção hospitalar para o cuidado em saúde mental. b) Qualificar o processo de trabalho das Comissões Revisoras de Internações Involuntárias (CERIFI).

Objetivo 7: Implementar a linha de cuidado à pessoa com deficiência.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
31	Manter em 100% o Teste do Pezinho dos nascidos vivos no Estado do Paraná	100%	<p>Percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho por ano.</p> <p>Número de testes realizados / número nascimentos de crianças no ano vigente</p>	a) Implementar e Monitorar o Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência com o objetivo de ampliar a rede de serviços de maneira qualificada.
32	Realizar teste de Emissões Otoacusticas Evocadas para triagem auditiva em 100% dos nascidos em vivos em Hospitais da Rede SUS do Paraná	57,57%	<p>Percentual de crianças que realizaram o teste de Emissões Otoacusticas evocadas por ano.</p> <p>Número de testes realizados / número nascimentos de crianças no ano vigente</p>	a) Implementar e Monitorar o Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência com o objetivo de ampliar a rede de serviços de maneira qualificada.
33	Realizar teste do Coraçãozinho em 100% dos nascidos em vivos em Hospitais da Rede SUS do Paraná	65,75%	<p>Percentual de crianças que realizaram o teste do coraçãozinho por ano.</p> <p>Número de testes realizados / número nascimentos de crianças no ano vigente</p>	a) Implementar e Monitorar o Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência com o objetivo de ampliar a rede de serviços de maneira qualificada.
34	Realizar teste do Olhinho em 100% dos nascidos em vivos em Hospitais da Rede SUS do Paraná	68,19%	<p>Percentual de crianças que realizaram o teste do olhinho por ano.</p> <p>Número de testes realizados / número nascimentos de crianças no ano vigente</p>	a) Implementar e Monitorar o Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência com o objetivo de ampliar a rede de serviços de maneira qualificada.

Objetivo 8: Implementar a linha de cuidado do idoso.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
35	Implantar a estratificação de risco para Fragilidade utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) em 80% dos municípios paranaenses	0%	Percentual de municípios que realizam estratificação do risco de fragilidade de idosos pelo IVCF-20	<p>a) Capacitar as equipes técnicas para estratificação de risco.</p> <p>b) Desenvolver e implantar sistema informatizado para registro e monitoramento da aplicação do IVCF-20.</p>
36	Incluir 04 novos pontos de atenção ambulatorial e hospitalar	2	Número de pontos de atenção incluídos na Linha de Cuidado da saúde do Idoso	<p>a) Propor modelo de cuidado de idosos para serviços de urgência/emergência.</p> <p>b) Propor modelo de cuidado de idosos para a atenção terciária (hospitais).</p> <p>c) Propor modelo de cuidado de idosos para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).</p>
37	Reduzir para 356,05 a taxa de internações de indivíduos com 80 anos e mais por pneumonia	358,05	Taxa de internação de indivíduos com 80 anos e mais por pneumonia	<p>a) Oferecer vacinação antipneumocócica para indivíduos com 80 anos e mais.</p> <p>b) Ampliar a atenção domiciliar ao idoso.</p>
38	Implantar nas 22 regiões de saúde a Planificação da Atenção à Saúde na perspectiva de integrar as ações da APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	0	Número de Regiões de Saúde com a Planificação implantada	<p>a) Apoiar as Regiões de Saúde para a implantação e implementação do processo de Planificação da Atenção à Saúde.</p>

Objetivo 9: Promover o cuidado integral e humanizado às pessoas em situação de violência, com foco na atenção, promoção e cuidado em saúde.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
39	Manter nas 22 Regionais de Saúde o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual com serviços de referência	22	Número de Regionais de Saúde com serviços de referência para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual com serviços de referência	a) Renovar termo de cooperação entre SESA e SESP/IM. b) Apoiar regionais e municípios para garantia de atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual.
40	Apoiar os municípios para implantar 60 novos Núcleos Municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz	60	Número de Núcleos Municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz criados	a) Apoiar tecnicamente e monitorar as regionais de saúde e municípios. b) Capacitar intersetorialmente os profissionais para promoção da saúde, prevenção às violências e cultura de paz.

Objetivo 10: Promover a oferta de leite humano para todas as crianças internadas em unidades de tratamento intensivo e cuidados intermediários, para atenção integral e continuada.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
41	100% das Regiões de Saúde com serviços de Banco de Leite Humano e Posto de Coleta	50%	Percentual de Regiões de Saúde (RS) com Banco de Leite Humano implantado no Paraná/Número de Regionais de Saúde x 100	a) Apoiar as Regionais de Saúde na implantação de 01 Banco de Leite Humano por Regional. b) Apoiar as Regionais de Saúde na implantação de 01 Posto de Coleta de Leite Humano para cada Banco de Leite Humano.
42	100% das Regiões de Saúde com hospitais habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança	50%	Percentual de Regiões de Saúde com hospital habilitado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Paraná/Número de Regionais de Saúde x 100	a) Apoiar as Regionais de Saúde na habilitação de 01 hospital na Iniciativa Hospital Amigo da Criança por Regional.
43	Aumentar para 472 o número de leitos de habilitados em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal – UCIN (Canguru – UCINCa e Convencional – UCINCo)	160	Número de Leitos Habilitados	a) Investir em unidades hospitalares, ampliando o número de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCINCa e UCINCo). b) Realizar capacitações e formação de tutores no Método Canguru.

44	Implantar nas 22 Regiões de Saúde a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI Neonatal	6	Número de RS com Estratégia AIDPI Neonatal implantadas	a) Capacitar profissionais da Atenção Primária à Saúde de 100% das Regionais de Saúde na Estratégia AIDPI Neonatal.
45	Certificar unidades básicas de saúde na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) nas 22 Regiões de Saúde	1	Número de Regionais de Saúde com técnicos capacitados na EAAB	a) Realizar oficinas de capacitação da EAAB. b) Estimular e monitorar a solicitação de certificações.

Objetivo 11: Qualificar o cuidado à criança e ao adolescente, ampliando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações.

Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
46	Manter 373 municípios aderidos ao Programa Saúde na Escola (PSE)	373	Número de municípios aderidos ao Programa Saúde na Escola (PSE)	a) Apoiar tecnicamente regionais de saúde e municípios. b) Monitorar adesões aos ciclos bianuais e das ações realizadas pelos municípios.
47	Manter em 16 o número de municípios elegíveis que recebem incentivo financeiro para atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade	16	Número de municípios elegíveis que recebem incentivo financeiro para atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade	a) Monitorar e apoiar financeiramente os municípios sede de CENSE. b) Subsidiar e apoiar a aquisição de equipamentos, insumos e medicamentos ao CENSE.

Objetivo 12: Promover a equidade em saúde no SUS a todas as populações vulneráveis do Paraná.

Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
48	Realizar 22 oficinas sobre as políticas de promoção da equidade em saúde nas Regionais de Saúde/RS	1	Número de RS com oficinas realizadas	a) Intensificar parcerias com áreas técnicas e de gestão da SESA para desenvolver o projeto das oficinas.
49	Implantar 01 Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPPAT) em mais uma Macro Regional no Estado	1	Número de Centros Implantados	a) Articular com áreas da SESA (técnicas e gestão) envolvidas na temática para viabilizar o encaminhamento da demanda. b) Definir a Região de Saúde com maior capacidade técnica e demanda para implantar o serviço. c) Realizar parcerias com outras instituições para implantar o Centro.

50	Realizar 2 encontros macrorregionais para promover a saúde indígena no Paraná	0	Número de encontros realizados	a) Articular com o DSEI Lsul, COSEMS e áreas da SESA (técnicas e gestão) para desenvolver o projeto dos encontros.
Objetivo 13: Proporcionar acesso e assistência qualificada em tempo oportuno às pessoas em situação de urgência em todo o território do Paraná.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
51	Reduzir para 69 por 100 mil/habitantes a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária entre 0 a 69 anos	71,1 por 100 mil habitantes	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório na faixa etária de 0 a 69 anos, por 100 mil habitantes na população residente no Paraná	<p>a) Implantar/Implementar protocolos assistenciais de urgência em pontos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde (Linha de cuidado IAM e AVC).</p> <p>b) Implementar estratégias de prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares de maneira articulada com outros setores.</p> <p>c) Implantar Telemedicina em Tempo Real para Fortalecer e estruturar a Linhas de Cuidado da Urgência IAM e AVC (Telemedicina Síncrona).</p>
52	Reduzir para 44,68 por 100 mil habitantes a taxa de mortalidade por causas externas, exceto agressões interpessoais	45,6 por 100 mil habitantes	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto agressões interpessoais, por 100 mil habitantes na população residente no Paraná	<p>a) Implantar/Implementar protocolos assistenciais na urgência em pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde com foco no atendimento qualificado do traumatizado.</p> <p>b) Ampliar e qualificar o componente hospitalar do SUS na área de Urgência.</p> <p>c) Qualificar as equipes das portas de urgência (APS, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorros e portas de urgências dos hospitais) para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgência e o encaminhamento adequado para continuidade de tratamento nos pontos da Rede de Atenção à Saúde.</p>

53	atingir cobertura de 97% da população do Estado pelo Samu	90,25%	Índice de cobertura do Samu da população do Paraná	<p>a) Implementar e consolidar e expandir bases dos Samus Regionais para melhorar resolutividade e tempo/resposta do serviço.</p> <p>b) Monitorar a qualidade dos serviços de urgência e emergência e rever o papel dos componentes da Rede no processo de trabalho e na efetividade da rede de urgência.</p> <p>c) Apoiar a implantação dos Complexos Reguladores Macrorregionais como estratégia de acesso e garantia de assistência qualificada a ser disponibilizada para toda população.</p> <p>d) Implantar/Implementar protocolos assistenciais e de fluxo de urgência no Samu e Siate.</p>
Objetivo 14: Fortalecer a assistência farmacêutica no Paraná.				
	Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
54	Instituir nas farmácias das 22 Regionais de Saúde a tramitação eletrônica de documentos para solicitação de medicamentos	0	Número de farmácias com serviço instituído	<p>a) Mapear a tramitação dos processos de solicitação de medicamentos.</p> <p>b) Definir e implantar a solução tecnológica mais adequada.</p> <p>c) Normatizar a tramitação eletrônica de documentos nas farmácias.</p>
55	Expandir para 8 Regionais de Saúde o serviço de entrega em casa de medicamentos sob gestão da SESA/PR	1	Número de Regionais de Saúde com serviço implantado	<p>a) Definir recursos humanos e estrutura física para a execução dos processos de trabalho que envolvem o serviço de entrega em casa.</p>
56	Implementar nas farmácias das 22 Regionais de Saúde o serviço de Cuidado Farmacêutico com foco na avaliação do resultado do tratamento	0	Número de farmácias com serviço implementado	<p>a) Definir os resultados clínicos que serão avaliados e registrar no sistema de informação.</p> <p>b) Realizar busca ativa de usuários com resultado fora da meta terapêutica.</p> <p>c) Realizar consulta farmacêutica para os usuários selecionados.</p>

Objetivo 15: Qualificar os ambulatórios multiprofissionais especializados, contribuindo para a regionalização das ações e serviços de saúde.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
57	Manter qualificada a Atenção Ambulatorial Especializada em 20 regiões de saúde	20	Número de ambulatórios que atingiram nível mínimo de qualificação na avaliação do Programa de Qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados	<p>a) Implementar o Programa de Qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados gerenciados por Consórcios Intermunicipais de Saúde.</p> <p>b) Fomentar a organização efetiva dos ambulatórios multiprofissionais no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), nas linhas de cuidado prioritárias, integrando-se com os demais níveis de atenção da RAS.</p> <p>c) Apoiar os ambulatórios multiprofissionais especializados para que desenvolvam as funções assistencial, supervisonal, educacional e pesquisa.</p>

Objetivo 16: Garantir o acesso da população em tempo oportuno aos serviços de saúde.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
58	Implantar Programa Estadual de Ampliação e Qualificação do Acesso aos procedimentos Cirúrgicos Eletivos nas 22 regiões de saúde	0	Número de regiões de Saúde com o Programa implantado	<p>a) Implantar Protocolo de Acesso aos procedimentos Cirúrgicos Eletivos.</p> <p>b) Estabelecer programação assistencial mínima para operacionalização do Programa indicadores de monitoramento.</p> <p>c) Definir os pontos de atenção e de apoio dentro do Programa.</p>
59	Monitorar e Avaliar 100% das unidades hospitalares vinculadas a programas de incentivo	100%	Percentual de unidades hospitalares integrantes do Programa	<p>a) Rever critérios de inclusão dos hospitais nos Programas.</p> <p>b) Rever indicadores de acompanhamento e avaliação dos hospitais.</p> <p>c) Modernizar sistema de monitoramento.</p>

60	Manter em 35 por milhão de habitantes o índice de doação de órgãos por morte encefálica	35	Índice de doação por morte encefálica (ME)	<p>a) Aprimoramento da rede de doação e transplante por meio do fortalecimento das políticas contidas no Plano Estadual de Transplantes.</p> <p>b) Manutenção dos índices de doação de Morte Encefálica com a redução das taxas de recusa familiar por meio de tutoria e treinamentos contínuos em comunicação de más notícia e entrevista familiar pelo setor de educação permanente da CET-PR.</p> <p>c) Ações contínuas voltadas a educação permanente como a realização de cursos de aperfeiçoamento do processo de doação/transplante, formação de médicos para realização de Doppler transcraniano, formação de coordenadores intra hospitalares de doação de órgãos e tecidos e reuniões semanais entre a CET e as OPOs com o objetivo de estabelecer metas e planejar as ações e sensibilização da população sobre a importância da doação de órgãos e tecidos.</p>
----	---	----	--	---

Objetivo 17: Fortalecer a gestão dos serviços próprios assistenciais.

Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
61	Aumentar para 10 o número de Hospitais Próprios com taxa de ocupação mínima de 75%	4	Número de hospitais com taxa de ocupação acima de 75%.	<p>a) Instituição do núcleo interno da regulação e otimização de cirurgias e salas cirúrgicas.</p> <p>b) Aperfeiçoamento do processo de gestão dos hospitais próprios por meio da inovação em metodologias de gestão.</p>
62	Ativar 3 Unidades hospitalares próprias	0	Número de unidades hospitalares em funcionamento cadastradas no CNES	<p>a) Realização de estudo de viabilidade técnico e econômico sobre novas metodologias de gestão.</p> <p>b) Discussão aprovação e implantação de novos modelos para gestão dos serviços assistenciais.</p> <p>c) Acompanhamento e avaliação das parcerias firmadas.</p>
63	Concluir 100% a construção do Hospital Regional de Telêmaco Borba	84,75%	Percentual de Unidade construída	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
64	Concluir 100% a construção do Hospital Regional de Ivaiporã	35,54%	Percentual de Unidade construída	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.

65	Concluir 100% a construção do Hospital Regional de Guarapuava	85,39%	Percentual de Unidade construída	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
66	Concluir 100% da Unidade Coleta Transfusão em Toledo	40,87%	Percentual de construção de obra (PRED)	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
67	Construir 100% do Hemonúcleo de Foz do Iguaçu	0	Percentual de construção de obra (PRED)	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
68	Construir 04 Regionais de Saúde	0	Número de Regionais de Saúde construídas	a) Monitoramento e avaliação do processo de execução da obra.
69	Construir, ampliar ou reformar 04 Ambulatórios Multiprofissionais Especializados Regionais.	0	Número de Ambulatórios Multiprofissionais Especializados Regionais Construídos, ampliados ou reformados.	a) Construir os Ambulatórios Multiprofissionais Especializados ampliando o acesso as ações e serviços de saúde o mais próximo possível da residência dos paranaenses.
Objetivo 18: Fortalecer a assistência hemoterápica para o SUS.				
	Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
70	Manter a cobertura de atendimento transfusional pela rede HEMEPAR ao leito SUS em 92%	92%	Percentual de leitos SUS atendidos pela rede Hemepar	a) Investimento na Rede HEMEPAR em infraestrutura física, equipamentos e novas tecnologias, de acordo com o número de leito SUS atendidos. b) Mapeamento e monitoramento de número de leitos SUS cadastrados no sistema de cadastro de estabelecimentos de saúde - CNES, para a manutenção de atendimento. c) Manutenção das parcerias com as Universidades Estaduais e Fundações.

DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar as ações de atenção e vigilância em saúde.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
71	Atingir 70% das ações pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Atenção e Vigilância em Saúde	67,50%	Proporção de ações que atingiram a meta	a) Monitorar quadrimestralmente as ações pactuadas.
72	Implantar 4 Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente (DESP)	0	Número de Diretrizes de Segurança do Paciente implantadas	a) Implementar, monitorar e avaliar as medidas estratégicas voltadas à qualificação do cuidado em saúde e à Segurança do Usuário.
Objetivo 2: Identificar e monitorar, com base na análise de situação de saúde e na avaliação de risco, os determinantes e condicionantes de doenças e agravos.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
73	Alcançar 75% de homogeneidade das coberturas vacinais do Calendário Básico das Crianças até 1 (um) ano de idade, no estado do Paraná	12,50%	Percentual de Homogeneidade da Cobertura Vacinal adequada nos municípios do Paraná	a) Implementar projetos de educação permanente para a atualização e integração dos profissionais que desenvolvem atividades com Imunização. b) Realizar Seminário Anual para sensibilização dos gestores e profissionais da rede pública.
74	Encerrar a investigação de 87% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), registradas no SINAN em até 60 dias após a notificação	86,60%	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação	a) Capacitação para tabulação e qualificação do banco de dados e Curso de Bioestatística para melhorar análise de situação de saúde.
75	Implantar 1 unidade sentinela de vigilância de fronteira	0	Número de unidade sentinela implantada	a) Elaboração de projeto de vigilância de fronteira/ Articulação intra e intersetorial e treinamento simulado para emergências em saúde pública. b) Fortalecimento do Núcleo de vigilância Hospitalar na fronteira.
76	Notificar e investigar no mínimo 23 casos de Paralisia Flácida Aguda/ Poliomielite em menores de 15 anos	28	Número de casos de PFA/Polio em menores de 15 anos, notificados por ano	a) Monitorar a notificação de casos. b) Orientar a investigação e coleta oportuna de amostras biológicas.

77	Ampliar para 96% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	95,00%	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	a) Capacitação/ Sensibilização dos profissionais para preenchimentos dos dados raça/cor respeitando a auto-declaração do usuário de saúde para caracterização da pessoa que sofreu violência.
78	Reduzir para 1 o número de casos de AIDS em menores de 5 anos	4	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	a) Monitorar a investigação de transmissão vertical do HIV em todas as crianças menores de 5 anos de idade. b) Monitorar a cobertura de TARV nas gestantes HIV positivas. c) Atualizar e capacitar os profissionais fortalecendo a padronização de condutas adequadas.
79	Reduzir para 715 os casos de transmissão vertical da sífilis congênita em menores de um ano de idade	879	Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	a) Monitorar as gestantes diagnosticadas com sífilis que realizaram o pré-natal (cobertura maior ou igual a 80% das gestantes diagnosticadas). b) Monitorar o tratamento adequado da gestante com sífilis (maior ou igual a 90% da gestantes tratadas adequadamente).
80	Aumentar para 27% a proporção de municípios em eliminação da tuberculose	8,50%	Proporção de municípios com incidência menor que 10 casos novos por 100 mil habitantes e busca do sintomático respiratório acima de 0,3% da população ao ano.	a) Incentivar o aumento do percentual de sintomático respiratório examinado. b) Estimular a testagem para HIV de todos os casos diagnosticados por tuberculose.
81	Aumentar para 90% a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	88,00%	Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	a) Realizar suspeição, diagnóstico, tratamento e acompanhamento na atenção primária, com fluxos de encaminhamento estabelecidos à atenção secundária, terciária, referências e equipe multiprofissional.
82	Reduzir em 2% as Incapacidades Físicas Grau 2 (GIF2) no diagnóstico de casos novos de hanseníase	12,00%	Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	a) Disponibilizar acesso aos serviços existentes para cirurgias preventivas, de urgência e reabilitativas, órteses, próteses, fisioterapia, odontologia, oftalmologia e psicologia.

83	Manter em, no mínimo, 97% a proporção de registros de óbitos com causa básica definida	97,00%	Proporção de registros de óbitos com causa básica definida	<p>a) Formar codificadores de causa básica do óbito e de investigação de causa básica mal definida.</p> <p>b) Implantar Serviços de Verificação de Óbitos para elucidar causas de morte natural mal definidas.</p>
84	Manter a investigação de 100% dos óbitos maternos	100,00%	Proporção de óbitos maternos investigados no Módulo SIM Federal	<p>a) Monitorar mensalmente as investigações dos óbitos maternos.</p> <p>b) Fortalecer o Grupo Técnico de Agilização e Revisão dos Óbitos (GTARO) das Regionais de Saúde e do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado na Portaria MS/GM n. 1.119/2008.</p>
85	Manter a investigação em 99,32% dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	99,32%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados no Módulo SIM Federal	<p>a) Monitorar mensalmente as investigações dos óbitos MIF.</p> <p>b) Fortalecer Grupo Técnico de Agilização e Revisão dos Óbitos (GTARO) das Regionais de Saúde e do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado na Portaria MS/GM n. 1.119/2008.</p>
86	Manter a investigação em 97% dos óbitos Infantis	97,0%	Proporção de óbitos infantis investigados	<p>a) Validar as amostras das investigações das esferas municipais e regionais.</p> <p>b) Fortalecer o GTARO (Grupo de Trabalho de Agilização da Investigação dos Óbito) nas Regionais de Saúde e do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação.</p>
87	Manter a investigação em 97% dos óbitos fetais	97,00%	Proporção de óbitos fetais investigados	<p>a) Validar as amostras das investigações das esferas municipais e regionais.</p> <p>b) Fortalecer o GTARO (Grupo de Trabalho dos Agilização da Investigação de Óbito) nas Regionais de Saúde e do processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação.</p>
88	Implantar 4 unidades de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)	3	Número de serviços implantados	<p>a) Pactuação com a SESP (IML's), para utilização das estruturas já existentes.</p> <p>b) Estimular a parceria com municípios, universidades e programas de residência médica.</p>

89	Aumentar para 130 o número de supervisões em laboratórios que prestam serviços as SUS	110	Número de supervisões realizadas no ano	a) Supervisão nos laboratórios quanto à Gestão da Qualidade e Biossegurança.
Objetivo 3: Monitorar em conjunto com os municípios os agravos de interesse em saúde pública que sofrem influência do meio ambiente e os fatores ambientais, propondo medidas de intervenção para prevenção e controle.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
90	Reduzir para 31 o número de municípios com extratos do Índice de Infestação Predial (IIP) de alto risco	35	Número de municípios com IIP entre 1 e 3,99 no mês de novembro / 399 *100	a) Construir documento padronizado para nortear e conduzir a capacitação dos ACE e Supervisores/Coordenadores quanto à realização dos trabalhos de campo.
91	Reduzir para 750 os casos de intoxicações acidentais por medicamentos em crianças de 0 a 12 anos incompletos	778	Número de casos de intoxicações acidentais por medicamentos em crianças de 0 a 12 anos incompletos	a) Fortalecer ações conjuntas com a vigilância sanitária, atenção à saúde da criança e do adolescente e Secretaria de Estado da Educação. b) Realizar parceria com a assistência farmacêutica, por meio do conselho Regional de Farmácia para orientação de prevenção de acidentes no momento da entrega de medicamentos.
92	Monitorar o heterocontrole nas 22 Regiões de Saúde	0	Número de regiões de saúde com heterocontrole do íon fluoreto na água de consumo humano. (SISAGUA)	a) Estabelecer fluxo para o acompanhamento dos dados do SISAGUA. b) Capacitar profissionais com auxílio da vigilância para realizar o estudo dos dados coletados no SISAGUA. c) Realizar levantamento quanto à ocorrência de fluorose nos municípios das regionais de saúde.
93	Implementar 50% das ações estratégicas de Vigilância e Atenção à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos	0	Percentual de execução das metas pactuadas nas 10 ações estratégicas de Vigilância e Atenção à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos	a) Elaborar, pactuar e divulgar o Plano Estadual de Vigilância e Atenção à Saúde da População Exposta aos Agrotóxicos. b) Realizar ações de capacitação nos diferentes temas que compõe o Plano. c) Realizar as ações de vigilância e atenção à saúde consideradas prioritárias. d) Divulgar o resultado das ações por meio de boletins, relatórios, apresentações, entre outros.

Objetivo 4: Implementar ações de gerenciamento do risco sanitário e agravos à saúde decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde.

Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
94	Qualificar 100% dos municípios para implementação e gerenciamento do grau de risco em Vigilância Sanitária	0	Percentual de municípios qualificados (nº de municípios qualificados / 399 x 100)	<p>a) Regulamentar o risco sanitário no Estado, promovendo ações voltadas à desburocratização com foco no risco.</p> <p>b) Manter e aprimorar o Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária.</p> <p>c) Promover ações de capacitação para todos os municípios.</p>
95	Reduzir em 25% o percentil 90 da densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmada associada a Cateter Venoso Central (IPCL-CVC) em UTI Adulto	8,90%	Percentual anual de redução do P90 (100 - (P90 do ano atual x 100) / P90 do ano 2018)	a) Monitorar e desenvolver ações de prevenção focadas nos estabelecimentos que estão com indicadores de IPCSL-CVC no percentil 90 (ação educativa e de monitoramento).
96	Reduzir em 25% o percentil 90 da densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmada associada a Cateter Venoso Central (IPCL-CVC) em UTI Pediátrica	10,7%	Percentual anual de redução do P90 (100 - (P90 do ano atual x 100) / P90 do ano 2018)	a) Monitorar e desenvolver ações de prevenção focadas nos estabelecimentos que estão com indicadores de IPCSL-CVC no percentil 90 (ação educativa e de monitoramento).
97	Reduzir em 35% o percentil 90 da densidade de incidência de Infecção de Trato Urinário associada à Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD) em UTI Adulto	6,70%	Percentual anual de redução do P90 (100 - (P90 do ano atual x 100) / P90 do ano 2018)	a) Monitorar e desenvolver ações de prevenção focadas nos estabelecimentos que estão com indicadores de ITU-SVD no percentil 90 (ação educativa e de monitoramento).
98	Reduzir em 35% o percentil 90 da densidade de incidência de Infecção de Trato Urinário associada à Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD) em UTI Pediátrica	8,20%	Percentual anual de redução do P90 (100 - (P90 do ano atual x 100) / P90 do ano 2018)	a) Monitorar e desenvolver ações de prevenção focadas nos estabelecimentos que estão com indicadores de ITU-SVD no percentil 90 (ação educativa e de monitoramento).

99	Aumentar para 50% a implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente em municípios com mais de 100 mil habitantes	4,70%	Percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes com Núcleo de Segurança do Usuário instituído (número de municípios com mais de 100 mil com NSP / número de municípios com mais de 100 mil habitantes x 100)	<p>a) Desenvolver roteiro para formalização do NSP na Atenção Primária à Saúde.</p> <p>b) Desenvolver ações para implantação e monitoramento.</p>
100	Aumentar para 500 o número de Núcleos de Segurança do Usuário em Estabelecimentos de Assistência Hospitalar (EAH)	391	Número de Núcleos de Segurança do Usuário em Estabelecimentos de Assistência Hospitalar	<p>a) Desenvolver ações para fomentar a implantação de Núcleos de Segurança do Usuário nos EAH.</p> <p>b) Monitorar a implantação.</p>
101	Aumentar para 90% o percentual de amostras coletadas no Programa Estadual de Controle de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal	79%	Percentual de amostras coletadas por ano (número de amostras de alimentos de origem animal coletadas por ano / número de amostras programadas para coleta por ano x 100)	<p>a) Capacitar os técnicos quanto ao tema, aos procedimentos de coleta e ao preenchimento dos termos de apreensão de amostras.</p> <p>b) Definir pontos focais nas Regionais de Saúde para apoio aos municípios coletores.</p> <p>c) Discutir e divulgar resultados a cada ciclo de coletas.</p>

Objetivo 5: Fortalecer a saúde do trabalhador como uma ação transversal do SUS.

Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
102	530	Número de notificação das doenças relacionadas ao trabalho no Sinan	<p>a) Capacitar a Rede de Atenção em Saúde para diagnóstico e notificação dos casos.</p> <p>b) Implementar as ações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde n. 41/2018: Saúde do trabalhador e da trabalhadora.</p>

Objetivo 6: Retomar a capacidade produtiva e de pesquisa do CPPI.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
103	Produzir 20.000 frascos de soro antiloxoscélico	0	Número de frascos de soro antiloxoscélico produzidos por ano	a) Concretizar Acordo de Cooperação entre Instituto Butantan (I.B) e SESA para a viabilização da produção de soros.
104	Produzir 10.000 frascos de soro antibotrópico	0	Número de frascos de soro antibotrópico produzidos por ano	a) Concretizar Acordo de Cooperação entre Instituto Butantan (I.B) e SESA para a viabilização da produção de soros.
105	Produzir 5.000 frascos do antígeno de Montenegro	0	Número de frascos de antígeno de Montenegro produzidos por ano	a) Executar Cronograma de ações em parceria com o IBMP/FIOCRUZ/TECPAR do Projeto de Produção do Antígeno de Montenegro, com investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento, obras e adequações e equipamentos.
106	Realizar 6 pesquisas científicas para desenvolvimento de novos produtos e processos	1	Número de participações em projetos de pesquisa, submissão de artigos científicos, registro de patentes por ano	a) Estabelecer parcerias com diversas instituições de saúde, ciência e tecnologia.

DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Objetivo 1: Qualificar a gestão de pessoas da SESA/PR.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
107	Implantar 1 Plano de Gestão de Pessoas	0	Plano Elaborado e Implantado	<p>a) Organizar o processo de implantação para as unidades da SESA/PR.</p> <p>b) Mapear por função os perfis dos Servidores da SESA.</p> <p>c) Realizar estudo de redimensionamento da força de trabalho das unidades gerenciadas pela SESA/PR.</p>
Objetivo 2: Fortalecer a educação permanente em saúde e os processos de construção e disseminação do conhecimento voltados às necessidades do SUS do Paraná.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
108	Implantar 4 Comissões de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CIESC) Macrorregionais	0	Número de CIESC Macrorregionais implantadas	a) Indicar técnico/profissional de referência para coordenação da CIESC Macrorregional.
109	Elaborar 1 Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) 2020-2023	0	Número de PEEP elaborado	<p>a) Desenvolver Oficinas Estadual e Macrorregionais para planejamento das ações do PEEPS.</p> <p>b) Pactuar na CIB e CES/PR o PEEP.</p>
110	Formar 156 Profissionais de Saúde Especialistas por meio de Programa de Residência, conforme recursos financeiros disponibilizados, para o SUS	0	Número de Profissionais Especialistas formados por meio de Programas de Residência	<p>a) Recredenciar/credenciar programas de residência junto ao MEC.</p> <p>b) Implementar seleção anual de Residentes nos Programas de Residência da ESPP/SESA.</p> <p>c) Formar, selecionar e remunerar preceptores, tutores, docentes e orientadores.</p>
111	Formar 320 Profissionais de Saúde de Nível Superior Especialistas para o SUS por meio de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu na modalidade de Especialização	80	Número de Profissionais de Saúde Especialistas certificados	a) Realizar seleção de alunos, docentes e orientadores dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

112	Formar 1000 Profissionais de Saúde em Nível Técnico para o SUS	0	Número de Profissionais de Saúde de Nível Técnico certificados	<p>a) Selecionar de alunos e docentes.</p> <p>b) Realizar capacitação pedagógica de docentes.</p>
113	Formar 600 Profissionais em Nível Inicial para em áreas prioritárias da saúde	320	Número de Profissionais de em Formação Inicial certificados	<p>a) Selecionar de alunos e docentes.</p> <p>b) Realizar capacitação pedagógica de docentes.</p>
114	Desenvolver 8 cursos em áreas prioritárias da saúde na modalidade de Educação à Distância (EAD)	2	Número de cursos EAD desenvolvidos	<p>a) Elaborar plano de desenvolvimento de cursos em áreas prioritárias da Saúde na modalidade EAD em parceria com as áreas técnicas da SESA.</p> <p>b) Monitorar e avaliar os cursos.</p>
115	Desenvolver 400 Projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) encaminhados pelas áreas técnicas da SESA e Regionais de Saúde.	100	Número de Projetos de EPS desenvolvidos pela ESPP-CFRH	<p>a) Revisar e orientar a normatização para encaminhamento de Projetos de EPS à ESPP-CFRH às áreas técnicas da SESA e Regionais de Saúde.</p> <p>b) Analisar e acompanhar os projetos de EPS.</p>

DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Objetivo 1: Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
116	Manter a fiscalização de 100% dos instrumentos de Gestão do SUS	100%	Percentual de cumprimento de cada Instrumento de Gestão	a) Fiscalizar e avaliar execução: I. Plano Plurianual de Governo (PPA); II. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); III. Lei Orçamentária Anual (LOA); IV. Programação Anual de Saúde (PAS); V. Relatórios Quadrimestrais; VI. Relatório Anual de Gestão (RAG).
117	Atualizar 1 vez ao ano o Mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná	1	Mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná revisado	a) Realizar oficinas para atualização do mapa Estratégico do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.
Objetivo 2: Fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
118	Realizar oficinas/ capacitações para 100% dos conselheiros estaduais de saúde	100%	Número de oficinas/ capacitações realizadas	a) Organizar e realizar a oficina/ capacitação.
119	Realizar 1 Conferência Estadual e Temáticas de Saúde	0	Número de conferências realizadas	a) Organizar e realizar a Conferência Estadual e Temática de Saúde.
Objetivo 3: Fortalecer as ouvidorias do SUS e desenvolver estratégias para que se efetivem como um instrumento de gestão e cidadania.				
Meta 2020-2023		Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023
120	Realizar 176 capacitações para instrumentalizar os ouvidores municipais das regionais de saúde	22	Número de capacitações realizadas	a) Realizar 2 capacitações por Regiões de Saúde.
121	Realizar 16 encontros nas macrorregiões para qualificar os serviços de Ouvidoria do SUS no Estado	0	Número de encontros realizados	a) Realizar 1 encontro por macrorregião.
122	Realizar 4 encontros estaduais de Ouvidores do SUS	1	Número de encontros realizados	a) Realizar encontro estadual anual.

123	Ampliar para 24 as ouvidorias dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em funcionamento	20	Número de ouvidorias ampliadas por meio de convênios realizados entre a SESA e os CIS	a) Garantir cláusula de implantação e funcionamento das Ouvidorias nos contratos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
124	Manter 100% das ouvidorias dos Hospitais e Unidades Próprias em funcionamento	100%	Percentual de hospitais e unidades próprias com ouvidorias em funcionamento	a) Capacitar todos os ouvidores dos hospitais e unidades próprias. b) Manter o funcionamento da Ouvidoria da FUNEAS.
125	Garantir a implantação de Ouvidoria em 100% dos Hospitais contratualizados com a SESA	0	Percentual de implantação de ouvidorias nos hospitais contratualizados com a SESA	a) Garantir cláusula de implantação e funcionamento das Ouvidorias nos contratos dos hospitais contratualizados com a SESA.

Objetivo 4: Avaliar os serviços do SUS contratualizados com a SESA.

Meta 2020-2023	Linha de Base	Indicador	Ações 2020-2023	
126	Realizar 4 avaliações quanto ao grau de satisfação dos usuários com relação aos serviços prestados	0	Número de avaliações realizadas	a) Realizar pesquisa de satisfação dos usuários em 100% dos serviços da SESA e contratualizados pela SESA, que atendem diretamente a população.

12 PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A concepção de monitoramento representa o acompanhamento contínuo dos compromissos explicitados nas metas e nas ações do Plano, de modo a verificar se estão sendo executadas conforme o previsto. Já a avaliação é compreendida como um processo que implica emitir um juízo de valor sobre a intervenção, embasando-se em uma análise do que foi realizado ou em uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. Uma vez que não há execução perfeita, a avaliação identifica necessidades de ajustes, de redimensionamento e de redesenho.

Ao passo que o monitoramento verifica a realização regular e sistemática sobre o desenvolvimento das ações para o alcance das metas propostas, a avaliação se configura pela realização esporádica de pesquisas a fim de determinar os resultados e os impactos planejados. Nos dois casos, procura-se não apenas identificar pontos de fragilidade, necessidades que merecerão medidas ou intervenções para superá-las, mas também evidenciar pontos positivos e avanços no sentido de valorização, configurando-se em processo de aprendizagem e reaprendizagem. Portanto, monitoramento e avaliação são estratégias e momentos complementares. A avaliação necessita da informação gerada pelo monitoramento; e este, sem a avaliação, é incompleto.

O Monitoramento do PES-PR 2020-2023 tem a finalidade de contribuir com a tomada de decisão dos técnicos e gestores e qualificar a prestação de contas das políticas públicas para a sociedade paranaense. Dessa forma, articula os instrumentos e os sistemas de gestão preconizados pela legislação do SUS em uma sequência de monitoramento dividida em quatro fases, compreendidas pelos instrumentos de gestão do SUS, quais sejam: os Relatórios Detalhados dos Quadrimestre Anterior dos 1º; 2º e 3º Quadrimestres, apresentados respectivamente nos meses de maio, setembro e fevereiro ao Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES-PR) e à Assembleia Legislativa do Paraná (ALEP); e o Relatório Anual de Gestão, apresentado até 30 de março de cada ano ao CES-PR.

REFERÊNCIAS

- AMADEU, M. S. U. S. et al. **Manual de normalização de documentos científicos**: de acordo com as normas da ABNT. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.
- ANDRADE, B. C. P. et al. 1.000 dias: uma janela de oportunidades. **Revista Uningá Review**, v. 25, n. 2, fev. 2016. Disponível em: 34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1754. Acesso em: 25 mar. 2020.
- ARAÚJO, V. et al. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Study 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 20, supl. 1, p. 205-216, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00205.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BALLALAI, I.; BRAVO, F. (Org.) **Imunização**: tudo o que você sempre quis saber. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/books/imunizacao-tudo-o-que-voce-sempre-quis-saber.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BARBOSA, I. R. et al. Epidemiologia do dengue no Estado do Rio Grande do Norte. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 1, v. 21, p. 149-157, mar. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100015. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BATIGÁLIA, V. A.; DOMINGOS, N. A. M.; RODRIGUEZ, A. L. A. A. S.; AZOUBEL, R.; BATIGÁLIA, F. Desenvolvimento infantil e propensão a acidentes. **HB Científica**, n. 9, v. 2, p. 91-97, maio/ago. 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BRASIL. Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 mar. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. 17 ago. 2017a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/723-aco-es-e-programas/academia-da-saude/41282>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2019a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual do usuário: módulo planejamento – DigiSUS gestor. Brasília: 2018a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/digisus/15381-manual-do-usuario-modulo-planejamento-digisus-gestor/file>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificações dos agravos da saúde do trabalhador entre os anos de 2014 a 2018**. Dados enviados por e-mail ao CEST, 7 nov. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 993, de 4 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0993_04_09_2000.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, nov. 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun. 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2017d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. **Documento orientador:** indicadores e padrões de avaliação – PSE Ciclo 2017/2018. Brasília, fev. 2018b. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS**. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 25 mar. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIM – Sistema de Informações de Mortalidade**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 25 mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 37, de 22 de março de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mar. 2018c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Boletim Epidemiológico**, Brasília, número especial, p. 127-129. Set. 2019c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSus. **TabWin-SIH-SUS 2014, 2015, 2016, 2017, 2018**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 25 mar. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2015**, Brasília, ano 4, n. 1, dez. 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hivaids-2015>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018**, Brasília, n. 53, v. 49, 2018d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, 9 dez. 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Crescer Saudável 2019/2020**: Instrutivo. Brasília, jul. 2019d. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/livro-da-excepcionalidade-as-linhas-de-cuidado-o-ceaf.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. 2. ed. Brasília, 2015c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sitense_evidencias_politicas_saude_reduzindo_mortalidade_2ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito da Ministério da Saúde**. Brasília, 2017e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 9, v. 50, mar. 2019e. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Material instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais**. Brasília, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/material_instrucional_hepatites_virais.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018**, Brasília, v. 49, n. 31, 2018e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília, 2018f. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 11, v. 49, mar. 2018g. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_controle_qualidade_agua.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, número especial, out. 2019f. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sinan-Net**. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sinan_net/default.asp. Acesso em: 25 mar. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID 10**. 2019g. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. 2019h. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. 2019i. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT**. 2019j. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. 2019k. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: 2011-2022**. Brasília, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

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, 2015d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015-2016: uma análise da situação da saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília, 2017f. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, 2019l. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretriz nacional do plano de amostragem da vigilância da qualidade da água para consumo humano**. Brasília, 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_nacional_plano_amostragem_agua.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. 3. ed. Brasília, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_adulto_crianca_3ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

CABRERA, M. A. S.; ANDRADE, S. M.; WAJNGARTEN, M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Geriatrics & Gerontology**, n. 1, v. 1, p. 14-20, 2007. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/ggaging.com/pdf/v1n1a03.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A queda da imunização no Brasil. **Revista Consensus**, Brasília, n. 25, out./nov./dez. 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil>. Acesso em: 25 mar. 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Guia de apoio à gestão do SUS**. A regulação no SUS: alguns conceitos. Brasília, 21 set. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização da saúde: posicionamento e orientações**. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Cartilha-Regionalizacao_web.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Anuário dos Trabalhadores do SUS 2018**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/anuario/2018/AnuarioSUS.html>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. São Paulo, ano 3, 2019. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Pense Sus. **Equidade**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 25 mar. 2020a.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP – Idoso)**. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 25 mar. 2020b.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013**: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/estatistica/boletins/boletimfundacentro1vfinal.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

GABE, J. S. Dengue em idosos no estado do Paraná: internações, custos, mortalidade e condicionantes socioeconômicos. **Repositório Digital UniCesumar**, 30 dez. 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/961>. Acesso em: 25 mar. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** (PNAD) Contínua. 2018a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 25 mar. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade**: 2010-2060. Revisão 2018b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso: 25 mar. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018c. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101628>. Acesso em: 25 mar. 2020.

IHME – INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, 2018**. Disponível em: <http://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>. Acesso em: 25 mar. 2020.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/15-resenha-estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 4, v. 13, p. 217-228, dez. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400004. Acesso em: 25 mar. 2020.

MACIEL, J. A. P. et al. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 41, v. 14, p. 1.824, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1824>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MAIA, F. O. M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 116-122, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2020.

MAPELLI JÚNIOR, R. **Judicialização da saúde**: regime jurídico do SUS e intervenção na Administração Pública. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARTIN, G. B. **As repercussões do envelhecimento populacional na morbimortalidade e no sistema de saúde em Londrina** (Dissertação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S.M.; PAIVA, P. A. Envenenamentos acidentais entre menores de 15 anos em município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 2, v. 22, p. 407-414, fev. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26427033_Envenenamentos_acidentais_entre_menores_de_15_anos_em_municipio_da_Regiao_Sul_do_Brasil. Acesso em: 25 mar. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 25 mar. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, v. 15, p. 2.297-2.305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2020.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MORAES, E. N. et. al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 50-81, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000100254&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2020.

MULLER, E. V. et. al. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600006. Acesso em: 25 mar. 2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030** para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 11ª Revisão. jun. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 25 mar. 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório Técnico 57: gestão do trabalho e educação no SUS**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1766-rt-tc57-1sem2018-ultimaversao&category_slug=relatorios-tecnicos-2018-1&Itemid=965. Acesso em: 25 mar. 2020.

OPAS/OMS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D. C., EUA, 25 a 29 set. 2017. **Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo**, 26 jul. 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34464/CSP29-2-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Decreto Estadual n. 1.416, de 23 de maio de 2019. **Diário Oficial do Estado**, 23 maio 2019a. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=220458&indice=1&totalRegistros=1&dt=6.2.2020.9.47.30.894>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Lei Estadual n. 18.136, de 3 de julho de 2014. **Diário Oficial do Estado**, 3 jul. 2014. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=124206&indice=6&totalRegistros=560&anoSpan=2020&anoSelecionado=2014&mesSelecionado=0&isPaginado=true>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Lei Estadual n. 18.599, de 26 de outubro de 2015. **Diário Oficial do Estado**, 28 out. 2015. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=148420&indice=2&totalRegistros=282&anoSpan=2020&anoSelecionado=2015&mesSelecionado=0&isPaginado=true>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Lei Estadual n. 19.848, de 3 de maio de 2019. **Diário Oficial do Estado**, 20 maio 2019b. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=219774&indice=6&totalRegistros=320&anoSpan=2020&anoSelecionado=2019&mesSelecionado=0&isPaginado=true>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. **Paraná 2022: plano de governo** Carlos Massa Ratinho Junior Governador/Vice: Darci Piana. Curitiba, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Norma Operacional de Regulação Médica**. Curitiba, set. 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2013/6_reuniao_/7.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução n. 217, de 2 de setembro de 2011. **Diário Oficial do Estado**, 16 set. 2011a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucao2172011.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução n. 228, de 7 de abril de 2017. **Diário Oficial do Estado**, 10 abr. 2017a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2017/228_17.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019**. Curitiba, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Fundo Estadual de Saúde. **Dados referentes ao dispêndio com demandas judiciais da saúde no Paraná**. Curitiba: SESA, 2019c.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Grupo de Recursos Humanos Setorial. **Análises para o Planejamento Regional Integrado das Macrorregionais de Saúde**. Curitiba: SESA, 2019d.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba, SESA, 2017b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia_idoso.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná**. Curitiba, ago. 2011b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/politicaestadualdesaudedotrabalhador.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PEREIRA, A. M. V. B. et al. **Índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20) em mutirão de saúde como estratégia inicial de micro e macrogestão da saúde da população idosa**. In: JORNADA PARANAENSE DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 28., 2018, Curitiba: SBGG, 2018. Disponível em: <http://www.jornadasbggpr.org.br/trab.php>. Acesso em: 25 mar. 2020.

PREMISSA. In: **Significados**. Disponível em: <https://www.significados.com.br/premissa/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

REIS, P. O.; PEREIRA, T. L. S.; COSTA, A. G. **Boletim Informativo Imunização – Segundo bimestre Acumulado**, Distrito Federal, ano 1, n. 2 abr. 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/Boletim-2%C2%BAbim-CV_final-Imuniza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

RIPSA – REDE INTERAGERNCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.

Acesso em: 25 mar. 2020.

ROSSIGNOLI, P. et al. Inovação em serviços farmacêuticos clínicos no componente especializado da assistência farmacêutica do Paraná. **Revista Saúde Pública do Paraná**, n. 1, v. 2, p. 125-139, jul. 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rssp/article/view/207>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SATO, A. P. S. Programa Nacional de Imunização: sistema informatizado como opção a novos desafios. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 39, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 96, v. 52, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-52-87872018052001199.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. **Tecnologias em saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante os 30 anos do **Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.737-1.750, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601737&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 25 mar. 2020.

SUNDFELD, C. A. **Parcerias público-privadas**. São Paulo: Malheiros, 2005.

TEIXEIRA, A. M. S.; ROCHA, C. M. V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 217-226, set. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_coberturas_vacinacao.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Ageing 2019: Highlights**. New York, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>. Acesso: 25 mar. 2020.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report** 2019. Geneva, 2019a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 mar. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide: a Resource for Pesticide Registrars and Regulators**. Geneva, 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326947/9789241516389-eng.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the World: Global Health Estimates**. Geneva, 2019c. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002: Reducing the Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1. Acesso em: 25 mar. 2020.

LISTA DE SIGLAS

- AAE** – Atenção Ambulatorial Especializada
- ACE** – Agente de Combate de Endemias
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AF** – Assistência Farmacêutica
- AIDIP** – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- AIDS** – Acquired Immunodeficiency Syndrome (inglês) ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (português)
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAE** – Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- ATT** – Acidentes de Transporte Terrestre
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- BLH** – Bancos Leite Humano
- CACONs** – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
- CAD LAB** – Sistema de Cadastramento e Atualização dos Laboratórios Conveniados pelo SUS
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CBAF** – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- CE** – Causas Externas
- CEAF** – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- CEASA/PR** – Centrais de Abastecimento do Paraná
- CEE** – Conselho Estadual de Educação
- CELEPAR** – Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná
- CEMEPAR** – Centro de Medicamentos do Paraná

CENSE – Centros de Socioeducação

CEO – Centros de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIPI – Comissão Revisora de Internação Involuntária

CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CET – Central Estadual de Transplante

CFRH – Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIESC – Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço-Comunidade

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná

CM – Coeficiente de Mortalidade

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPATT – Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais

CPPI – Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos

CPS – Consórcio Intergestores Paraná Saúde

CRESEMS – Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde

CRU – Central de Regulação de Urgência

DAC – Doença Arterial Coronariana

DATASUL – Departamento de Informática do SUS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

DDA – Doença Diarreica Aguda

DNCI – Doenças de Notificação Compulsória Imediata

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRA – Divisão de Regulação e Acesso

DRC – Doença Renal Crônica

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos

EAD – Educação à Distância

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPP – Escola de Saúde Pública do Paraná

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

FIOCRUZ/RJ – Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro

FUNEAS – Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná

FUNSAÚDE – Fundo Estadual de Saúde

GBD – Carga Global de Doenças

GTARO – Grupo de Trabalho de Agilização da Investigação de Óbito

HB – Hepatite B

HC – Hepatite C

HEMEPAR – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HOSPSUS – Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná

HPP – Hospital de Pequeno Porte

HU – Hospital Universitário

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IIP – Índice de Infestação Predial

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IML – Instituto Médico Legal

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPCL-CVC – Infecções Primárias da Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmadas em usuários em uso de Cateter Venoso Central

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITU-SVD – Infecção de Trato Urinário associada a Sonda Vesical de Demora

IVCF-20 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

LACEN/PR – Laboratório Central do Paraná

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LIA – Levantamento de Índice Amostral

LIRAA – Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*

LOA – Lei Orçamentária Anual

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MDDA – Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas

MEC – Ministério da Educação

MIF – Mulher em Idade Fértil

MS – Ministério da Saúde

NSP – Núcleo de Segurança do Usuário

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OIE – Organização Internacional de Epizootias

OM – Óbito Materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPML – Órteses, Próteses e Meios de Locomoção

OPOs – Organizações de Procura de Órgãos

PA – Pronto Atendimento

PAMvet-PR – Programa Estadual de Controle de Resíduos de Medicamentos
Veterinários em Alimentos de Origem Animal

PARA/PR – Programa Estadual de Análise de Resíduos de Alimentos

PAS – Programação Anual de Saúde

PCLH – Postos de Coleta de Leite Humano

PCR-RT – Reação de Cadeia de Polimerase em Tempo Real

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PFA – Paralisias Flácidas Agudas

PNAISARI – Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a
Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE

PPA – Plano Plurianual de Governo

PRI – Planejamento Regional Integrado

PSE – Programa Saúde na Escola

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAU – Rede de Atenção às Urgências

REMUME – Relações Municipais de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RS – Regional de Saúde

SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SESLAB – Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná

SESP – Secretaria de Estado da Segurança Pública

SET/PR – Sistema Estadual de Transplantes do Paraná

SETI – Superintendência Geral de Ensino, Tecnologia e Inovação

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAGRO – Sistema de Monitoramento do Comércio e Uso de Agrotóxicos do Paraná

SIDORA – Síndromes e Doenças Raras

SIH – Sistema de Informação de Internações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIMPR – Sistema Integrado de Saúde Mental do Paraná

SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano

SISAP/Idoso – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso

SISPNCD – Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue

SNT – Sistema Nacional de Transplante

SONIH – Sistema Online de Notificações de Infecções Hospitalares

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO – Serviço de Verificação de Óbitos

SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TB – Tuberculose

TCU – Tribunal de Contas da União

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

TMP – Taxa de Mortalidade Prematura

UA – Unidades de Acolhimento

UBA – Unidade Básica de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

UNACONS – Unidades de Assistência de Alta Complexidade

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

UPMB – Unidade de Produção de Medicamentos Biológicos

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

PLANO
ESTADUAL
DE SAÚDE
2020 | 2023