PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 | 2027

PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 – 2027

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Plano Estadual de Saúde: 2024 - 2027 / SESA. 1.ed. Curitiba : SESA, 2024.

228 p. color.

1. Planejamento em Saúde - Paraná. 2. Diretrizes para o Planejamento em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Título. II. Autor.

CDD 362.1068 (23.ed.)

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

2024

Governador do Estado
Carlos Massa Ratinho Junior

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

Diretor-Geral
César Augusto Neves Luiz

Diretor-Administrativo
Carlos Batista Soares

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde
Maria Goretti David Lopes

Diretor-Executivo
Ian Lucena Sonda

Diretora de Contratualização e Regulação
Lilimar Regina Nadolny Mori

Diretor-Executivo do Fundo Estadual de Saúde
Adriano Márcio Rissati

Diretor de Governança e Auditoria
Henrique Bonatti Rego Barbosa

Diretor de Obras
Adilson José Silva Lino

Diretor de Planejamento e Atenção Especializada
Vinícius Augusto Filipak

Diretor de Unidades Próprias
Guilherme Fernandes Graziani

Grupo Condutor
Resolução SESA nº 924/2023
Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr
Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Jessica Oliveira de Lima
Sandra Christiane Kloser Busnello
Sonia Maria Dotto Ampessan

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr
Adilson José Silva Lino
Adriane Miró Vianna Benke Pereira
Alix Sandra Mazzetto
Ana Paula Cleto Chaves
Ana Paula Magalhães de Abreu de Giácomo
Ana Paula Stelmach da Silva Hagedorn
Ana Carolina Geffer Dalla Vecchia Fiorentin
Ana Caroline Dias
Antonio Avimar de Lima
Andrea Carmen Mattos
Amanda de Paula Boni Navarro
Andreia Clerice da Silva Barboza
Andressa Desyreé Jobbins
Beatriz Pina Iazzetti
Camila dos Santos Menezes
Clarice Maria Hrenechen Krechinski
Caren Cristiane Muraro
Carla Giovana Vieira da Rosa
Carla Konieczniak Aguiar
Célia Fagundes da Cruz
Claudia Boscheco Moretoni
Carolina Bolfe Poliquesi
Carolina de Oliveira Azim Schiller
Caroline de Paula Oliveira e Silva
Camila Mertzig
Camila da Silva Figueira
Cristina Klobukoski
Cristiane Baecker Avila
Cynthia Akemi Endo
Débora de Farias Guelfi Waihrich
Debora Maria Mendonça da Cunha
Déborah Tockus Rocha
Deise Regina Sprada Pontarolli
Dora Yoko Nozaki Foto
Eder Novaski Biscouto
Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Elenir Moises Bueno
Emanuelle Gemin Pouzato
Estelamaris da Silva Santos
Erickson Luiz de Lima
Fernanda Crosewski
Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos
Fernanda Pietrangelo Merlino
Fernanda de Oliveira Biaggio Correa
Franciele Cavalheiro
Franciele Rocha
Francisco Beraldi de Magalhães
Gabriela Silveira Spisla
Gabriela de Souza dos Santos
Gefferson Alexandre Fernandes de Freitas
Gisella Sanches Henle Piassetta
Guilherme Fernandes Graziani
Giovana Fratin
Giseli da Rocha
Ivana Lucia Belmonte
Jaqueline Shinnae de Justi
Jéssica Oliveira de Lima
Jociene Santana Pimentel
José Carlos Silva de Abreu
Jucelia Stadinicki (colaboradora do MS)
Juliana Clelia Cequinel
Juliana Eggers
Juliana Ferreira Pinto dos Santos
Juliana Istchuk Bruning de Oliveira
Juliana Ribeiro Giugni
Juliana Scheller
Juliana Taques Pessoa da Silveira
Karla Barros de Morais
Lais Alves Ventura
Leni Silva de Araújo
Liana Andrade Labres de Souza
Lilimar Regina Nadolny Mori
Luana Alcântara
Lucas Fernando Camargo
Lucimar Pasin de Godoy
Lucineia Denkil Pogorzelski
Luciana Champion
Maiquel Rodrigues Martins
Mara Carmen Ribeiro Franzoloso
Maria Carolina Lobo da Silva Leal
Maria de Lourdes Krolikovski
Mario Martins Junior
Marilda Keller Zarpelon
Mariane Rodrigues de Melo
Mariana Watanabe Ribeiro
Marília de Melo Santos de Castilhos
Marcello Zaia Oliveira
Margely de Souza Nunes
Marcia Zinelli da Silveira Pereira
Maisa Cristina Mendes
Mauricio Mesadri
Merari Gomes de Souza
Natalia Cristina Diaz Flores

Olga Regina Cotovicz de Castro Deus
Pamela Alice Klosz
Paula Rossignolli
Paula Rocha Silva
Priscilla Marys Limberger
Priscila Meyenberg Cuinha Sade
Patrícia Capelo
Patrícia Rodrigues Absalão
Raquel Kovac de Muzio Carvalho Bampi
Raquel Mazetti Castro
Raissa Bittencourt
Raul Júnior Bely
Rauni Gomes
Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Rosana Aparecida Piler
Rosane Souza Freitas
Roselane Oliveira de Souza Langer
Rodolfo Eggers Portella
Rodrigo Rossi
Rosiane Aparecida da Silva
Rúbia Thomaz de Aquino Antunes
Rubens Luiz Ferreira Gusso
Ruth Edivangela Vieira Colaço
Sandra Aparecida Martins Grochovski
Salesia Maria Moscardi Prodocimo
Sidneya Marques Svierdsovski
Sirleni Brito dos Santos da Silva
Solange Rothbath Bara
Suelen Letícia Gonçalo
Thais Trybus
Tamires Aparecida Pereira de Souza
Tatiane Motta Huggler
Tatiana Gomara Neves
Tatiana da Silva Oliveira
Ticiane Maria Pereira e Silva
Vanessa Cristina Ribeiro Fedrich
Vânia Venzel
Vivian Patrícia Raska
Viviane Dias Ribeiro
Vinicius Augusto Filipak
Virginia Dobkowski Franco dos Santos
Wilse Gorges de Almeida

COLABORAÇÃO TÉCNICA

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)
Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS/Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Fabiana da Mota Almeida Peroni

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES
Leonildo Pereira de Souza
Julio Takeshi Suzuki Júnior

MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

GESTÃO MAR/2022 - FEV/2024

Presidente
Rangel da Silva
Segmento dos Prestadores

1° Vice-Presidente
Fabio Stahlschmidt
Segmento dos Trabalhadores

2° Vice-Presidente
Cesar Augusto Neves Luiz
Segmento dos Gestores

3° Vice-Presidente
Livaldo Bento
Segmento dos Usuários

1° Secretária
Marcia Beghini Zambrim
Segmento dos Usuários

2° Secretária
Maria Elvira de Araujo
Segmento dos Usuários

1° Tesoureiro
Joarez Camargo
Segmento dos Usuários

2° Tesoureira
Christine Paschenda Pereira Pinto
Segmento dos Trabalhadores

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – CES/PR

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO FEVEREIRO/2020 – FEVEREIRO/2024

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES
USUÁRIOS		
Robson Vieira da Silva	Titular	ANEPS
Milene Aparecida Padilha Galvão	Suplente	ANEPS
Maria Lucia Gomes (MALU)	Titular	ASSEMPA
Marinês Boff Gerhardt	Suplente	ASSEMPA
Maria Elvira Araújo	Titular	ASSEMPA
Andréia Baltazar Dias	Suplente	DEFIPAR
José de Oliveira Lima	Titular	CUT
Irene Rodrigues da Silva	Suplente	CUT
Marcos Aparecido Soares	Titular	CONAM
Francisco dos Santos	Suplente	CONAM
Joarez Camargo	Titular	FAMOPAR
Aparecido Rubio de Araújo	Suplente	FAMOPAR
Amaury César Alexandrino	Titular	DEFIPAR
Palmira Aparecida Soares Rangel	Suplente	DEFIPAR
Nuncio Mannala	Titular	Força Sindical
Luiz Carlos de Oliveira	Suplente	Força Sindical
Sandra Dias Moreira	Titular	FAMOPAR
Rodrigo Alves	Suplente	MOPS
Ivone da Silva Rodrigues	Titular	Fórum ONG/AIDS
Silmara da Conceição Ribas	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

Teresa Gonçalves Moreschi	Titular	Pastoral da Saúde
Edvaldo Viana	Suplente	FAMOPAR
Cibelle Santos de Oliveira	Titular	Rede de Mulheres Negras
Ivanete Paulino Xavier	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
Ângelo Barreiro	Suplente	UGT
GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS		
Maria Goretti David Lopes	Titular	FUNSAÚDE
Adriano Marcio Rissati	Suplente	FUNSAÚDE
Luiz Armando Erthal	Titular	Ministério da Saúde
Mirian Cordeiro Martins Gonçalves	Suplente	Ministério da Saúde
Cesar Augusto Neves Luiz	Titular	SESA
José Carlos Silva de Abreu	Suplente	SESA
PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
Daniela Aparecida gregório França Cavalcante	Titular	ACISPAR
Joana Darc Previatti	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
Vivian Biazon El Reda Feijó	Titular	HU-UEL
Meire Aparecida Talvino Mafra	Suplente	HU-UEL
Rita Cristina Cardoso Cestari	Titular	UEM-HUM
José Gilberto Pereira	Suplente	UEM-HUM

PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
João Maria Oliveira Lima	Titular	ASSEF
Elisangela Tatiane Caleones	Suplente	ASSEF
Nilson Hideki Nishida	Titular	CRF
Fábio Stahlschmidt	Suplente	CRF
Fernando Cesar Iwamoto Marcucci	Titular	CREFITO-8
João Eduardo de Azevedo Vieira	Suplente	CREFITO-8
Silvia Regina Nishiyama Sucupira Sarto	Titular	CREF9
Silvana Maria dos Santos	Suplente	CRN8
Mariângela de Assis Gomes Fortes	Titular	ABO-PR
Christine Paschenda Pereira Pinto	Suplente	CRO-PR
Suzete Ferreira dos Santos	Titular	CRP
Ana Ligia Bragueto Costa	Suplente	CRP
Elves Vieira Rocha	Titular	ABEN
Sueli Preidum de Almeida Coutinho	Suplente	CRESS
Eliel Joaquim dos Santos	Titular	SINDPREVS
Osmar Batista	Suplente	SINDPREVS
Mari Elaine Rodella	Titular	SINDSAÚDE
Priscila dos Santos Brasil	Suplente	SINDSAÚDE

SUMÁRIO

MENSAGEM DO SECRETÁRIO 18

MENSAGEM DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE 19

1 INTRODUÇÃO 20

2 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA 21

3 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI) 23

4 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) 24

5 PREMISSAS 25

5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE 25

5.2 EFICIÊNCIA NA GESTÃO 25

5.3 ENVELHECER COM SAÚDE 25

5.4 REGIONALIZAÇÃO 25

5.5 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE 26

5.6 *COMPLIANCE* 26

5.7 DEFESA DO SUS 26

5.8 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE 26

6 ANÁLISE SITUACIONAL 27

6.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO 27

6.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE 42

6.2.1 EQUIDADE EM SAÚDE 43

6.2.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 43

6.2.3 ATIVIDADE FÍSICA 44

6.2.4 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 45

6.2.5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA 45

6.2.6 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE 46

6.2.7 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE 46

6.2.8 LINHA DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE 47

6.2.9 LINHA GUIA DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ... 47

6.2.10 TABAGISMO ... 49

6.2.11 PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES ... 50

6.2.12 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ... 51

6.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ... 53

6.3.1 IMUNIZAÇÃO ... 53

6.3.2 NATALIDADE ... 55

6.3.3 MORTALIDADE ... 57

6.3.3.1 Mortalidade Geral ... 57

6.3.3.2 Serviço de Verificação de Óbito ... 57

6.3.3.3 Mortalidade Materna ... 58

6.3.3.4 Mortalidade Infantil e Fetal ... 59

6.3.3.5 Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis ... 60

6.3.3.6 Mortalidade Prematura por Neoplasias Malignas ... 61

6.3.3.7 Mortalidade por Violências e Acidentes ... 62

6.3.4 MORBIDADE ... 63

6.3.4.1 Doenças de Notificação Compulsória imediata (DNCI) ... 63

6.3.4.2 Poliomielite ... 64

6.3.4.3 Doenças Exantemáticas ... 65

6.3.4.4 Meningites e Doença Meningocócica ... 65

6.3.4.5 Coqueluche ... 67

6.3.4.6 Difteria ... 68

6.3.4.7 Tétano Acidental ... 68

6.3.4.8 Doenças Diarreicas Agudas ... 69

6.3.4.9 Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita ... 70

6.3.4.10 Influenza e COVID-19 ... 71

6.3.4.11 HIV/AIDS ... 73

6.3.4.12 Sífilis Adquirida, Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita 74
6.3.4.13 Tuberculose 76
6.3.4.14 Hepatites Virais 77
6.3.4.15 Hanseníase 78
6.3.4.16 Violência Interpessoal e Autoprovocada 80
6.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT) 80
6.5 VIGILÂNCIA AMBIENTAL 85
6.5.1 DENGUE E CHIKUNGUNYA 85
6.5.1.1 Monitoramento do vetor 85
6.5.1.2 Plano de Contingência 89
6.5.2 INTOXICAÇÃO EXÓGENA 89
6.5.3 VIGILÂNCIA DA ÁGUA 90
6.6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA 92
6.6.1 CONTROLE SANITÁRIO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS 92
6.6.2 GRAU DE RISCO SANITÁRIO DAS ATIVIDADES 93
6.6.3 SISTEMA ESTADUAL DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SIEVISA) .. 93
6.6.4 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE 93
6.6.5 PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO 94
6.6.6 PLANO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS (PEVASPEA) 95
6.6.7 PROGRAMAS DE ANÁLISE DE ALIMENTOS 96
6.7 PROGRAMA ESTADUAL DE FORTALECIMENTO EM SAÚDE (PROVIGIA PARANÁ) 98
6.8 VIGILÂNCIA LABORATORIAL (LACEN) 98
6.9 PERFIL ASSISTENCIAL 100
6.9.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 100
6.9.1.1 Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Paraná 102
6.9.1.2 Programa Mais Médicos 103
6.9.1.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) 103

6.9.2 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS 104
6.9.3 LINHA DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL 105
6.9.4 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 109
6.9.5 AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DO HOMEM 111
6.9.6 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA 113
6.9.7 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 115
6.9.8 LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 118
6.9.8.1 Doenças Raras 119
6.9.8.2 Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva Domiciliar 119
6.9.9 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE BUCAL 120
6.9.10 REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS 120
6.9.10.1 Componentes da Rede de Atenção às Urgências 123
6.9.10.2 Estruturantes voltadas aos componentes da Rede 126
6.9.11 TELESSAÚDE 128
6.9.12 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) 128
6.9.13 ATENÇÃO HOSPITALAR 138
6.9.13.1 COVID-19 144
6.9.13.2 Produção de Serviços Hospitalares 144
6.9.13.3 Cirurgias Eletivas 149
6.9.14 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE DO PARANÁ 150
6.9.15 SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS PRÓPRIOS DO ESTADO 152
6.9.15.1 Rede de Serviços de Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR) 158
6.9.15.2 Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI) 160
6.10 GESTÃO EM SAÚDE 162
6.10.1 AUDITORIA EM SAÚDE 162
6.10.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE 162
6.10.3 CONTROLE INTERNO 163

6.10.4 ÁREA DE PROCESSOS FUNCIONAIS 163

6.10.5 REGULAÇÃO 164

6.10.6 SAÚDE TRANSPARENTE 166

6.10.7 INTEMPORALIDADE DE DADOS DE GESTÃO DO SUS 167

6.10.8 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR 167

6.10.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 172

6.10.9.1 Assistência Farmacêutica na SESA/PR 173

6.10.10 FINANCIAMENTO EM SAÚDE 176

6.10.11 GOVERNANÇA E GESTÃO EM AQUISIÇÕES 179

6.11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 179

6.11.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE 179

6.11.2 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ 182

7 CONTROLE SOCIAL 186

7.1 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES/PR) 186

7.2 OUVIDORIA 186

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS, INDICADORES E AÇÕES (DOMIA) 188

DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE 189

DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ..... 190

DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE 206

DIRETRIZ 04 – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE 211

DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS 213

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 215

REFERÊNCIAS 216

LISTA DE SIGLAS 222

MENSAGEM DO SECRETÁRIO

Como Secretário de Estado da Saúde do Paraná, tive a oportunidade de executar o Plano Estadual de Saúde 2020/2023 que findou em dezembro de 2023. Na elaboração e aprovação do PES 2020/2023 não imaginávamos o que a saúde pública mundial enfrentaria: a pandemia da COVID-19.

No Paraná, trabalhamos incansavelmente para acolher e proteger a população, tratando os acometidos pelo vírus SARS-CoV-2, com o aumento histórico no número de leitos, investimentos em medicamentos, abertura de hospitais para atendimento exclusivo da doença, e o mais importante: lutamos pela imunização. A vacina foi e continua sendo a nossa principal ferramenta de combate contra a COVID-19.

Neste período, nos deparamos com a disseminação de fake news sobre a efetividade da vacinação, desmotivando segmentos da sociedade em buscar a imunização, e num movimento contrário, buscamos parcerias com todos os meios de comunicação objetivando esclarecer a população quanto a importância da ciência, da informação verídica e da união neste momento em que as famílias eram acometidas por perdas de entes queridos.

Apesar da consternação daquele período, temos orgulho do trabalho realizado e das melhorias ofertadas para a população paranaense.

Com este sentimento, apresentamos o Plano Estadual de Saúde 2024/2027, seguindo as mesmas diretrizes do início de nosso governo: com foco na regionalização da saúde, nos resultados para a sociedade, na participação social e na ampliação do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Tomamos por base as demandas apresentadas no Planejamento Regional Integrado (PRI), garantindo o planejamento ascendente com melhoria no acesso da população aos serviços de saúde de qualidade e mais perto da casa dos paranaenses.

Estamos confiantes no que foi proposto neste plano para nosso Estado.

Vamos em frente!

CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO (BETO PRETO)
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

MENSAGEM DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

O sistema público de saúde brasileiro é tido como modelo mundial de gestão pública em diversos aspectos e nos três níveis de Atenção à Saúde "primária, secundária e terciária", tendo como exemplos: campanhas de vacinação e transplante de órgãos. O que para nós brasileiros, muito nos orgulha.

O período pandêmico da COVID-19, trouxe vários impactos em nível mundial, e não seria diferente na vida dos paranaenses, onde apesar de inúmeras perdas humanas, enfrentamos as dificuldades e superamos o período crítico com o auxílio do corpo de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), aliado às campanhas de vacinação em tempo recorde.

Outro diferencial brasileiro em comparação aos demais países que proporcionam saúde pública a sua população, é o chamado Controle Social em Saúde, onde a sociedade civilmente organizada tem a possibilidade de acompanhar, controlar e ajudar a gerir a administração do SUS como um todo. Essa característica é ímpar no mundo, não havendo modelos equivalentes ao nosso Sistema Único de Saúde.

Nesse diapasão, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) é a instância colegiada superior, deliberativa, de caráter permanente, representativa, normativa, consultiva e fiscalizadora das ações e dos serviços de saúde no âmbito do Estado do Paraná. Com a missão de exercer o Controle Social de forma efetiva sobre as políticas de Saúde, inclusive nos aspectos orçamentários, de acordo com as necessidades de saúde da população, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, sempre embasado em valores éticos, transparentes e respeitosos.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2024/2027, é um documento construído por várias mãos, unindo esforços da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio de sua equipe técnica e de gestão, juntamente com o CES/PR.

E diante do PES 2024/2027, o CES/PR tem a legitimidade e o dever legal de acompanhá-lo, ajustá-lo e fazê-lo ser cumprido ao longo do período previamente estipulado. O PES 2024/2027 está consoante aos anseios e à importância do SUS, assim como está contemplando as diretrizes e as propostas votadas pelos delegados(as) representantes dos quatro segmentos (Gestores, Prestadores, Trabalhadores e Usuários) durante a 13ª Conferência Estadual de Saúde (13ª CES), cujo tema foi "Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia". De mesma sorte, está alinhado com os processos do Mapa Estratégico do CES/PR.

O CES/PR com inovação e eficiência terá o compromisso com a defesa dos princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular, e atuará como sempre e incansavelmente na defesa implacável do maior patrimônio de saúde pública de nosso país que é o Sistema Único de Saúde! Viva o SUS, viva o Paraná!

RANGEL DA SILVA
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Paraná

1 INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde 2024/2027 é um instrumento central de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação às intenções do governo para implantação e manutenção de programas, projetos, e Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Para elaboração do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2024/2027, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) baseou-se em análise de situação das condições de vida da população paranaense, contemplando perfis demográfico/socioeconômico, epidemiológico, assistencial, da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a gestão em saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde priorizou na construção do Plano Estadual de Saúde, o relatório final da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná sob o tema: "Garantir Direitos e Defender o SUS, a vida e a democracia", as prioridades sanitárias estabelecidas no Planejamento Regional Integrado (PRI), definidas nas quatro macrorregiões de saúde do Paraná, o Plano de Governo 2023/2026 "Pra Frente Paraná", e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ainda, na sua elaboração buscou-se compatibilizar os instrumentos de planejamento do SUS e de governo, considerando o Plano Plurianual – PPA 2024/2027 no Programa nº 35 denominado "Cuidado Regionalizado em Saúde", e o Ranking de Competitividade dos Estados que tem como objetivo principal alcançar um entendimento mais profundo e abrangente das 27 unidades da federação, trazendo para o público uma ferramenta simples e objetiva para pautar a atuação dos líderes públicos brasileiros na melhoria da competitividade da gestão pública dos seus estados (Relatório Técnico 2023).

O Plano Estadual de Saúde 2024/2027, será monitorado quadrimestralmente e avaliado anualmente, possibilitando aprimorar o pactuado junto à população por meio de sua representatividade nas instituições de controle social.

2 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SESA

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná passou por reestruturação administrativa no ano de 2023 com o intuito de enfrentar os desafios e aprimorar o planejamento estratégico, reorganizando as diretorias, reavaliando o Mapa Estratégico, fortalecendo parcerias, com foco na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI).

A reavaliação do Mapa Estratégico resultou em referenciais e objetivos inovadores para os próximos anos, conforme figura 1.

FIGURA 1 – MAPA ESTRATÉGICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná é constituído pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), instalada nos 399 municípios e suas respectivas secretarias municipais de saúde.

Em relação às pactuações entre Municípios e Estado, mantem-se plenamente atuante a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), constituída paritariamente por representantes do Estado e dos municípios representados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e 22 Comissões Intergestores Regionais (CIR).

O Estado do Paraná, com 399 municípios, é delimitado por quatro macrorregiões de saúde e 22 regiões de saúde.

A SESA está representada nas 22 regiões de saúde, por meio de Regionais de Saúde conforme Mapa Político na figura 2.

FIGURA 2 – MAPA POLÍTICO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ

DIVISÃO POR REGIONAIS E MACRORREGIONAIS

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
1ª PARANAGUÁ	7
2ª CURITIBA	29
3ª PONTA GROSSA	12
4ª IRATI	9
5ª GUARAPUAVA	20
6ª UNIÃO DA VITÓRIA	9
7ª PATO BRANCO	15
8ª FRANCISCO BELTRÃO	27
9ª FOZ DO IGUAÇU	9
10ª CASCAVEL	25
11ª CAMPO MOURÃO	25
12ª UMUARAMA	21

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
13ª CIANORTE	11
14ª PARANAVAÍ	28
15ª MARINGÁ	30
16ª APUCARANA	17
17ª LONDRINA	21
18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	21
19ª JACAREZINHO	22
20ª TOLEDO	18
21ª TELÊMACO BORBA	7
22ª IVAIPORÃ	16
TOTAL DO PARANÁ	**399**

MACRORREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
MACRO LESTE	93
MACRO NORTE	97
MACRO OESTE	94
MACRO NOROESTE	115

3 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

No Plano de Governo Gestão 2023-2026, a regionalização é um pressuposto presente no que o Governo do Paraná pensa para o futuro.

Na área da saúde, esta regionalização vem sendo discutida e pactuada com os municípios do Estado de forma ascendente, por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI).

O PRI é um processo de planejamento ascendente e participativo que visa fortalecer as regiões e macrorregiões de saúde em todo o Estado. Sendo assim, estarão presentes nestas fases o controle social, os prestadores de serviços, os trabalhadores de saúde e principalmente, os entes federados coordenados pela Secretaria Estadual da Saúde.

O PRI tem papel fundamental na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo, em especial, a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado.

O monitoramento e acompanhamento para o adequado funcionamento da RAS nas quatro macrorregiões do Estado ocorrerá por intermédio da constituição de Comitês Executivos de Governança Macrorregionais. Esses comitês têm natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos em seu funcionamento e em seus resultados.

A sequência do trabalho do PRI pretende, num primeiro momento, focar nas Linhas de Cuidado que estrategicamente foram definidas como prioritárias, respeitando as diferenças locorregionais nas quatro macrorregiões de saúde do Estado do Paraná. Sendo assim, será dado ênfase na construção de planos macrorregionais que abordarão temas como atendimentos às Condições Crônicas na Macrorregião Leste, a Saúde do Idoso na Macrorregião Oeste, a Saúde Materno Infantil na Macrorregião Noroeste e a Saúde Mental na Macrorregião Norte. Estas linhas prioritárias definidas em cada macrorregião não esgota as responsabilidades dos três entes federados na implementação da Atenção à Saúde, cujas ações deverão ser implementadas, contudo, a experiência da construção do Plano Macrorregional, irá gerar expertises para enfrentar qualquer situação de saúde.

As próximas etapas a serem cumpridas são a definição de Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (DOMIA), estabelecendo 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 Serviços de Saúde (ASPS); 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.

Estas ações deverão ser acompanhadas de discussões e entendimentos, sendo necessário o constante diálogo entre todos os atores envolvidos, o que coloca como prioritária a governança de todo este processo que será feita de forma descentralizada com auxílio dos grupos condutores macrorregionais e acompanhamento permanente da Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

4 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)

A Agenda 2030 firmada por chefes de Estado e de Governo durante a Assembleia Geral da ONU em 2015, resultou em 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

São 17 objetivos e 169 metas de ação global para alcance até 2030, em sua maioria abrangendo as dimensões ambiental, econômica e social do desenvolvimento sustentável, de forma integrada e inter-relacionada. Guiados pelas metas globais, espera-se que os países definam as suas metas nacionais, de acordo com as suas circunstâncias, e as incorpore em suas políticas, programas e planos de governo.

FIGURA 3 - ODS

Fonte: ODS Brasil/Gov.br.

O Paraná aderiu ao Pacto Global da Organização das Nações Unidas (ONU), aos compromissos da Agenda 2030 que objetiva contribuir para a educação de qualidade, o fortalecimento da igualdade de gênero, a erradicação da pobreza, a diminuição da violência, das desigualdades e o incentivo à melhoria da qualidade de vida, tendo a saúde como um dos principais pilares.

O "Paraná de Olho nos ODS" é uma estratégia do Governo do Paraná para implementar a agenda 2030 da ONU e tem como objetivo desenvolver capacidades no setor público paranaense, visando o planejamento, execução e monitoramento de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável do Estado, ou seja, alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por meio de ferramentas que oportunizam o acompanhamento e a análise dessas políticas, bem como seu planejamento e a sua execução de modo eficiente, aumentando os retornos sociais das ações do Governo (GOV/PR). Os ODS no Paraná são acompanhados pelo Conselho Estadual de Desenvolvimento Econômico e Social (CEDES/PR), *https://www.cedes.pr.gov.br/Pagina/Parana-de-Olho-nos-ODS.*

Na elaboração do Plano Estadual de Saúde 2024/2027, os objetivos e respectivas metas foram relacionados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), identificando os esforços da gestão em contribuir fortemente com a Agenda 2030.

5 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.

5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde consiste em um conjunto de estratégias, políticas, ações e intervenções transversais, interdisciplinares, intra e intersetoriais, incluindo trabalho em redes e participação comunitária, com o propósito de melhorar a qualidade de vida, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo riscos e vulnerabilidades na medida em que atua sobre os condicionantes e os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2014a; PARANÁ, 2017a).

5.2 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.

5.3 ENVELHECER COM SAÚDE

O envelhecimento é um processo natural do desenvolvimento da pessoa que acarreta mudanças no seu organismo no decorrer da vida.

Promover o envelhecimento saudável em todas as fases da vida da pessoa, abrangendo a concepção, período gestacional, infância, adolescência, fase adulta até quando se tornar uma pessoa idosa, vivenciando hábitos saudáveis para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida. Fonte: *https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030*

5.4 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização da saúde é um processo de efetivação da pactuação política no âmbito do planejamento territorial entre os entes federados, que devem ser solidários na utilização do território. Este processo envolve mudanças nas relações de poder e demanda a integração dos diversos atores que atuam no território, num processo de planejamento e formulação de estratégias na gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços no território, para além da delimitação, nomeação e hierarquização de áreas (VIANA et al., 2008;VIANA;LIMA,2011).

5.5 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

A introdução de novas tecnologias leves, leves-duras ou duras no sistema de saúde potencializa sua capacidade de adaptação à evolução científica e tecnológica, não restrita apenas à prestação de serviços qualificados, mas também às necessidades de modernização da gestão deste sistema.

5.6 *COMPLIANCE*

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, abrangendo políticas e normas os quais a organização precisa observar.

5.7 DEFESA DO SUS

Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, com financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais, inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas.

5.8 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Comunicação estratégica, acessível, transversal, interfederativa e intersetorial com utilização de todos os meios de comunicação e mídias sociais para a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde.

6 ANÁLISE SITUACIONAL

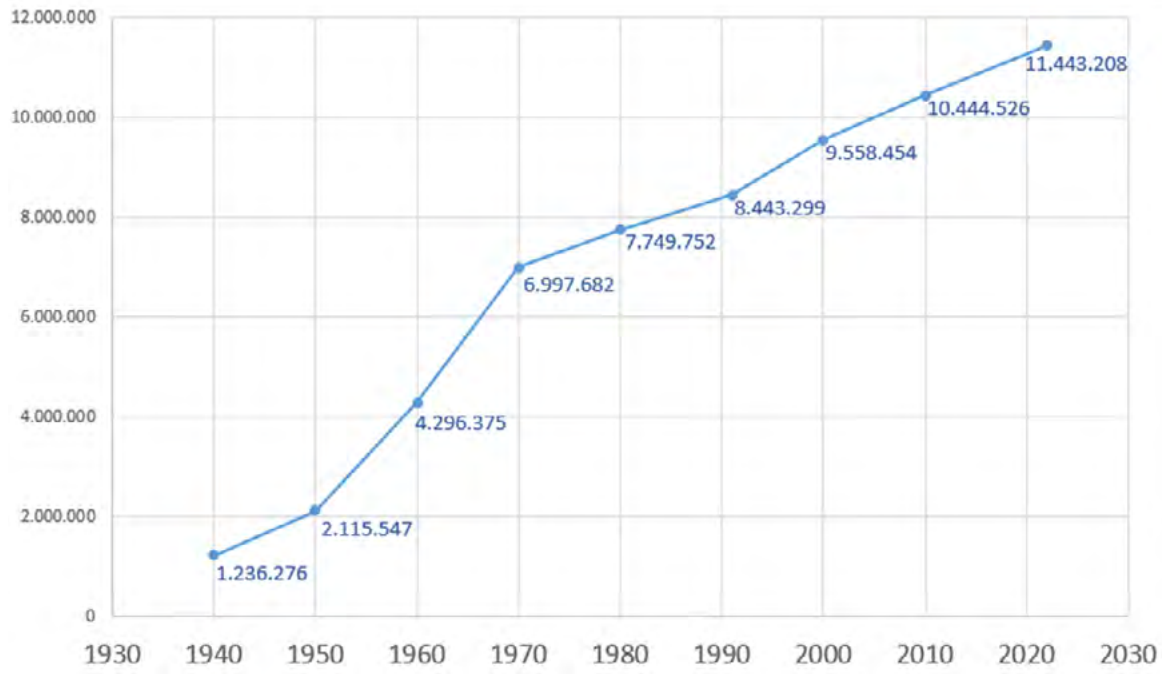
6.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

Os primeiros resultados do Censo Demográfico 2022 demonstraram que, apesar do incremento de quase um milhão de habitantes no Estado do Paraná no período intercensitário de 12 anos, o ritmo do ganho populacional manteve-se próximo a registrada no ciclo decenal anterior, entre 2000 e 2010. Tal cenário replicou no âmbito estadual paranaense, ainda que em intensidade menor, o mesmo movimento de baixo crescimento demográfico identificado na esfera nacional brasileira. De forma que, as taxas anuais do Paraná e do Brasil foram, respectivamente, de 0,76% e de 0,52%.

Embora em termos de volume o quantitativo observado de novos habitantes no Paraná seja bastante relevante, esse acréscimo na população foi inferior ao que as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) esperavam. Sinalizando, desse modo, uma tendência para o futuro próximo de estabilização do contingente de habitantes que residem no Estado, caso o padrão mantenha-se nos próximos anos subsequentes.

Assim, com o levantamento de 2022, o Paraná passou a representar 5,6% da população do país, ante o 5,5% anotado pelo Censo de 2010.

FIGURA 4 – POPULAÇÃO RESIDENTE – PARANÁ,1940 A 2022



Fonte: IBGE – Censos Demográficos.

Contudo, dentro do Estado, a dinâmica populacional comportou-se de forma mais heterogênea e com propensão de se intensificar um processo de concentração demográfica. De tal maneira que 53,8% da população estadual encontra-se residente em 22 municípios que possuem mais de

100 mil habitantes[1] . De outro modo, 206 municípios com menos de 10 mil habitantes abrigam, em seu conjunto, 9,7% da população.

FIGURAS 5 E 6 – DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO E NÚMERO DE MUNICÍPIOS, POR PORTE MUNICIPAL DE HABITANTES – PARANÁ, 2022

Fonte: IBGE – Censo Demográfico.

Assim sendo, o crescimento populacional concentrou-se nos municípios localizados nas regiões metropolitanas do Paraná, que receberam 73,2% do incremento populacional ocorrido no Estado. Neste panorama, destacou-se Fazenda Rio Grande, na Região Metropolitana de Curitiba, que ao apresentar o maior ganho absoluto de residentes entre todos os municípios paranaenses, no total de 67.198 pessoas a mais em seu território, bem como a maior taxa de crescimento, em 5,13% ao ano, significando aumento populacional de 82,3%, passou a contabilizar mais de 100 mil habitantes.

Sublinha-se ainda, municípios com menos de 100 mil habitantes e que estavam entre os ganhos absolutos superiores a 10 mil indivíduos: Pato Branco, Francisco Beltrão, Rolândia, Medianeira, Campo Mourão, Mandaguaçu, Paranavaí e Paiçandu.

Já entre os municípios com mais de 100 mil habitantes e com ganhos inferiores a 10 mil indivíduos identificou-se Paranaguá e Apucarana.

De modo sumário, 103 municípios, que representam 25,8% dos entes federativos paranaenses, apresentaram crescimento superior ao do Estado.

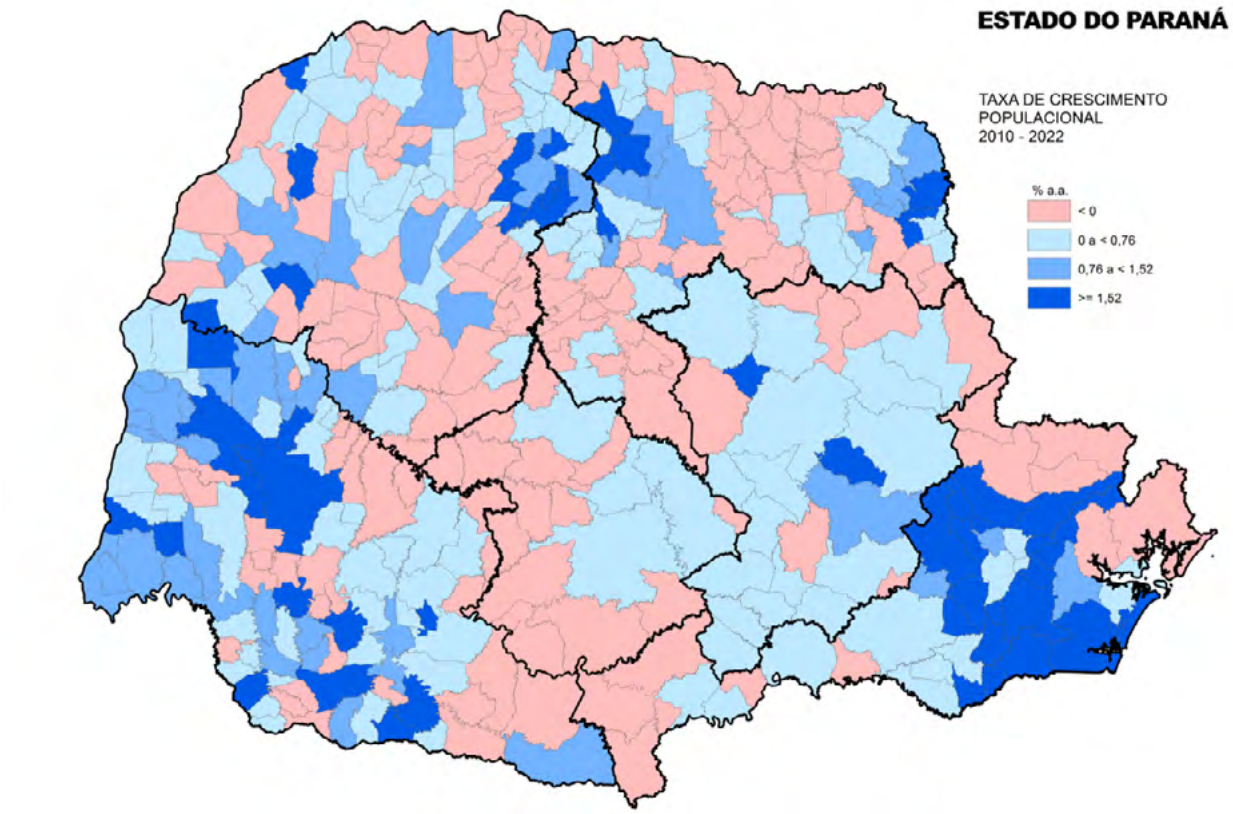
Sob outra perspectiva, 170 municípios paranaenses tiveram perdas populacionais, isto é, 42,6% dos municípios do Estado apresentaram declínio demográfico, sendo que nenhum desses possuía mais do que 50 mil habitantes e apenas oito possuíam mais de 20 mil residentes e 121 registravam menos de 10 mil moradores.

Dessa forma, a redução populacional apresentou-se como um fenômeno predominante em municípios de pequeno porte. Em termos absolutos, a maior retração ocorreu em General Carneiro, onde constatou-se a perda de 2.607 habitantes e, em termos relativos, a maior contração aconteceu em Coronel Domingos Soares, que encolheu 22%.

1 Em ordem decrescente: Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu, Colombo, Guarapuava, Araucária, Toledo, Fazenda Rio Grande, Paranaguá, Campo Largo, Apucarana, Almirante Tamandaré, Arapongas, Piraquara, Sarandi, Umuarama e Cambé.

Por sua vez, a capital Curitiba, que também é o município mais populoso do Estado, permaneceu com o total de habitantes praticamente estagnado durante o período intercensitário, com um acréscimo de aproximadamente 21 mil pessoas, o que representou uma taxa de crescimento de apenas 0,10% ao ano.

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Censo Demográfico.

O Censo 2022 surpreendeu por revelar populações menores do que as projetadas para o país e estados[2] . Um dos fatores que contribuiu para este desempenho foi o impacto da pandemia da COVID-19 nos níveis de eventos vitais, isto é, natalidade e mortalidade.

No Paraná, durante o período intercensitário, o total de nascimentos ocorridos foi menor do que o projetado; e a quantidade de óbitos presenciados foi superior ao que estava prospectado. Com isso, teve-se uma diferença de 153 mil pessoas a menos, em relação ao que era esperado. Esta diferença se estabeleceu principalmente nos anos 2020 e 2021.

Já para o exercício com a população paranaense registrada no Censo Demográfico de 2010, acrescida do saldo vegetativo (nascimento - óbitos) do período, sugere uma população menor que a população observada pelo Censo 2022. Isto é um indicativo de que o Paraná possivelmente teve um saldo migratório positivo que contribuiu para o contingente populacional verificado. Não obstante,

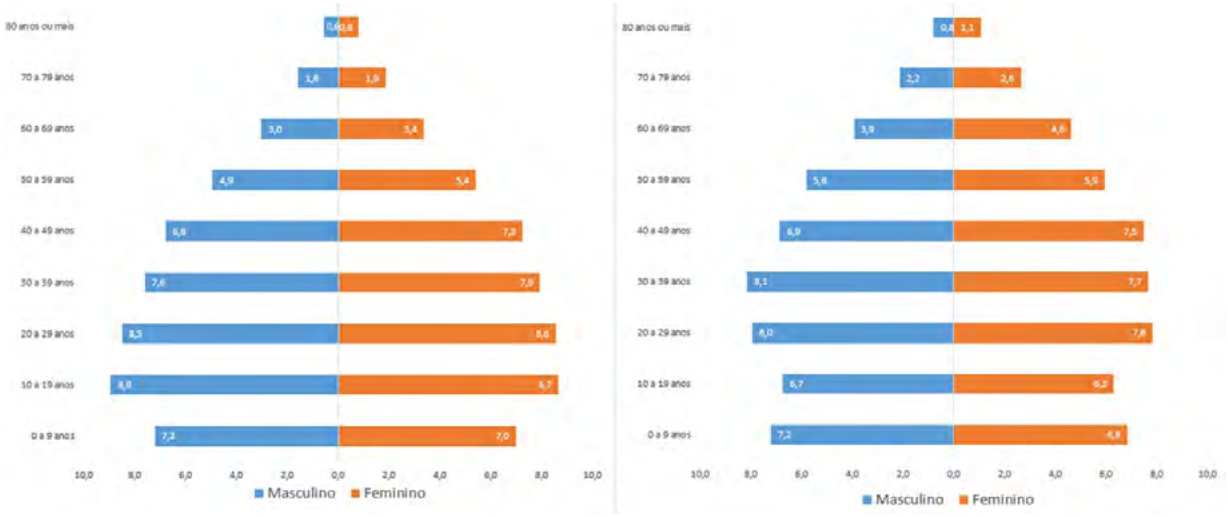
2 Disponível em: *https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html*

esta hipótese só poderá ser avaliada quando houver a divulgação dos dados de migração levantados pelo Censo 2022.

Passando para a análise dos dados de estrutura etária da população paranaense, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), constata-se uma continuidade na alteração do padrão demográfico com a participação menor dos estratos mais jovens, paralelamente ao aumento das faixas de idade mais avançadas, já observadas entre as rodadas censitárias anteriores.

Assim, ao se comparar as pirâmides demográficas, verifica-se na de 2022 em relação à de 2010, o estreitamento da base (barras inferiores) e o alargamento do topo (barras superiores). Tal configuração estrutural demonstra o processo de envelhecimento populacional que se acelera, em virtude da queda da fecundidade combinada ao aumento da expectativa de vida. Dois fenômenos relacionados as mudanças culturais e tecnológicas das sociedades modernas. Nesse sentido, de acordo com os parâmetros do Estatuto do Idoso, o contingente de pessoas idosas no Paraná em 2022 atingiu a marca de 1,775 milhão de indivíduos com 60 anos ou mais, ou seja, 15,2% da população residente. Desses, pela ótica de sexo, a maioria são mulheres (54,7%).

FIGURAS 8 E 9 – PIRÂMIDES ETÁRIAS – PARANÁ, 2010 E 2022



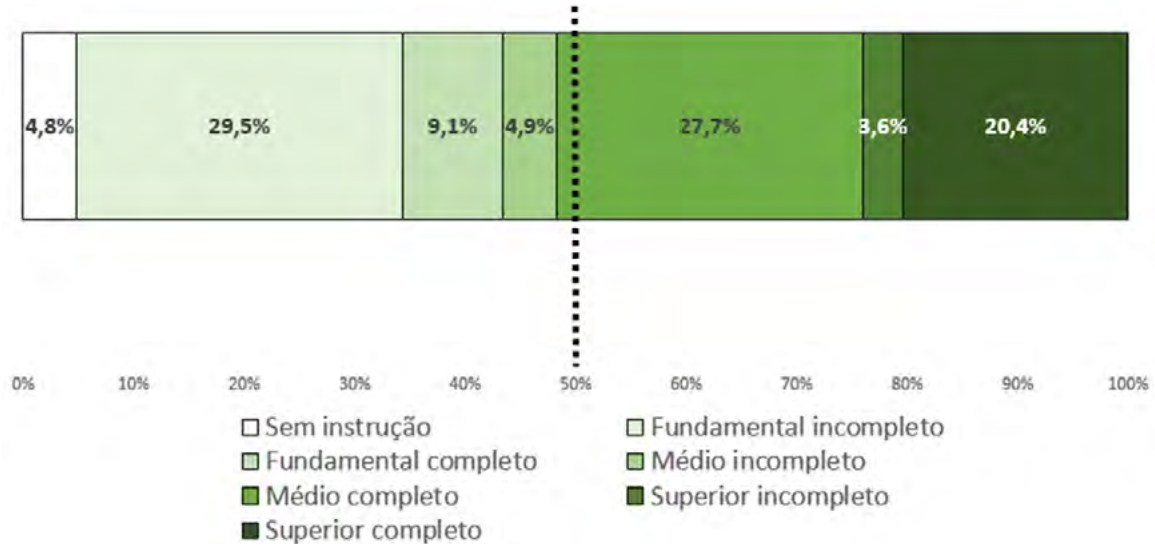
Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.

Em termos de escolaridade média, tendo-se em conta a população apta a ter concluído na idade considerada adequada as etapas do ensino formal na Educação Básica (Fundamental e Médio) e Superior (Graduação), isto é, 25 anos de idade ou mais, embora a maioria desse recorte etário (51,7%) tenha completado pelo menos a Educação Básica, mantém-se elevada a proporção de indivíduos com Educação Básica incompleta (48,3%). Tanto mais crítica torna-se a constatação ao se evidenciar que aproximadamente um terço (34,3%) da população paranaense desse estrato etário apresenta nível de instrução abaixo do Ensino Fundamental completo. O que sinaliza as dificuldades de correções de fluxo educacional após os mais diversos episódios e motivações que levam os indivíduos a deixarem de frequentar o ambiente escolar.

Assim, estímulos ou oportunidades de regresso ao sistema de ensino podem se tornar mais rarefeitas ou menos atrativas conforme o ciclo de vida das pessoas avança para além da idade escolar. Isto porque sabe-se que as menores escolaridades tendem a se apresentar de modo mais intensificado entre os grupos etários mais longevos. Razão pela qual entre os menos instruídos, os idosos são bastante representativos. Desse modo, a proporção de pessoas no Paraná que não obtiveram diploma de Ensino Médio representa um patamar que exige atenção.

Já entre aqueles que conseguiram superar essa etapa de ensino, menos da metade prosseguiu até a conclusão do nível superior. Assim sendo, apenas aproximadamente um quinto do total de pessoas com 25 anos ou mais no Estado lograram alcançar o título de graduação.

FIGURA 10 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO, PESSOAS DE 25 ANOS OU MAIS – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.

Notadamente, essa diferença no grau de formação educacional se distribui de maneira diversa, segundo suas características de sexo e raça. Assim, os ativos de capital humano encontram-se dispersos de modo desigual entre os grupos.

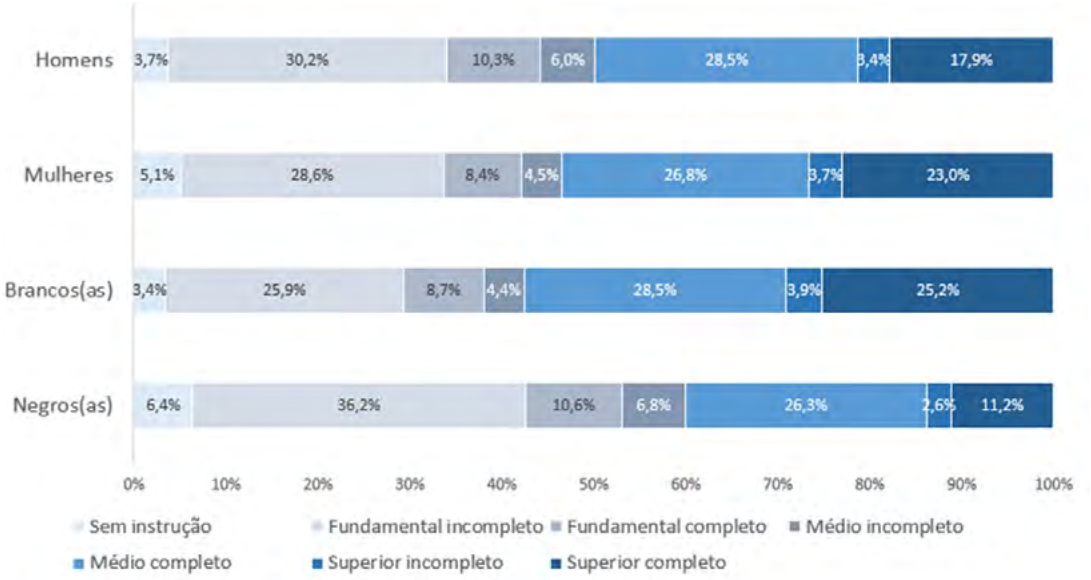
De modo geral, mulheres possuem melhores níveis de instrução do que os homens. Igualmente, pessoas brancas apresentam escolaridade mais elevada em relação as pessoas negras.

Os diferenciais de distribuição das proporções de escolaridade entre os respectivos segmentos sociais aqui observados são mais expressivos no quesito raça. Essa desigualdade configura-se contundente nos polos da hierarquia escolar, onde, por um lado, a amplitude do percentual de pessoas negras sem instrução é quase o dobro da de pessoas brancas na mesma condição e, por outro lado, a razão de indivíduos brancos com nível superior excede em duas vezes a de indivíduos negros com igual formação.

Em relação à variável sexo, onde os diferenciais nas participações nas etapas de ensino são menores, destaca-se que as mulheres possuem vantagem acima de cinco pontos percentuais em

educação superior comparativamente aos homens. Mas, ao mesmo tempo, o estrato feminino sem instrução é maior do que o masculino, o que provavelmente carrega um viés geracional. Assim, o grupo de mulheres configura-se mais desigual entre si.

FIGURA 11 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO, PESSOAS DE 25 ANOS OU MAIS, SEGUNDO SEXO E RAÇA – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.
Nota: "Negros(as)" inclui "Pretos(as)" e "Pardos(as)"; "Homens" e "Mulheres" considera inclusive as pessoas que se declararam de cor ou raça indígena ou amarela.

A escolarização medida em anos de estudo[3] também auxilia na percepção de como a educação formal varia em intensidade de acordo com algumas características pertencentes aos indivíduos.

Reforçando o verificado anteriormente na categoria nível de instrução, em média, pessoas brancas possuem mais anos de estudo comparado às pessoas negras. E mulheres brancas apresentam uma escolaridade média levemente superior à dos homens brancos. Enquanto homens e mulheres negras demonstram escolaridade idêntica. Novamente, o atributo raça na questão de escolaridade diferencia mais do que o sexo da pessoa.

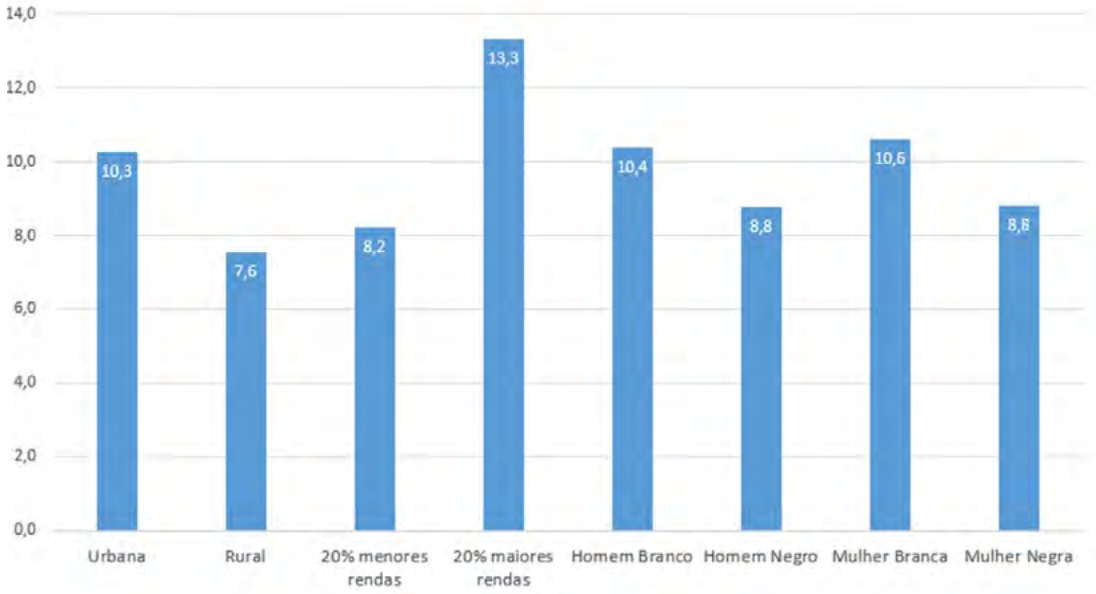
Ao observar outras características, verifica-se a menor média de estudo em pessoas domiciliadas no rural, com 7,6 anos, o que corresponde a um padrão insuficiente para se completar o Ensino Fundamental. De modo distinto, a maior escolaridade encontra-se entre os mais ricos – aqui representados pelos indivíduos que se encontram na faixa dos 20% com maiores rendas – cuja média encontra-se em 13,3 anos, acima, portanto, do necessário para se ter o Ensino Médio completo. Por sua vez, pessoas residentes no ambiente urbano possuem média de anos de estudo similar à de pessoas brancas. Já a escolaridade média dos mais pobres encontra-se um pouco abaixo da de pessoas negras.

Dado o maior afastamento das médias de anos de estudo entre os mais pobres e os mais ricos, ou seja, uma diferença de 5,1 anos, verifica-se também que a escolarização do indivíduo se encontra bastante correlacionada com a renda *per capita* disponível no domicílio.

3 Anos de estudo padronizado para o Ensino Fundamental no sistema de 9 séries.

De modo geral, excetuando-se as pessoas que se encontram entre as 20% maiores rendas, predomina no Estado uma média de anos de estudo aquém dos 12 anos que são exigidos para se concluir a Educação Básica no país. Nesse sentido, a média de anos de estudo das pessoas que residem no rural ou se encontram na faixa dos 20% das menores rendas ou são negras, situa-se abaixo do quantitativo de anos que precisam ser cumpridos para que os anos finais do Ensino Fundamental sejam completados.

FIGURA 12 – MÉDIA DE ANOS DE ESTUDO, PESSOAS DE 25 ANOS OU MAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.
Nota: "Negros(as)" inclui "Pretos(as)" e "Pardos(as)"; "Urbana", "Rural", "20% menores rendas" e "20% maiores rendas"" considera inclusive as pessoas que se declararam de cor ou raça indígena ou amarela.

Assim sendo, uma variável importante para se caracterizar as condições de vida da população paranaense é a de rendimentos em termos monetários[4].

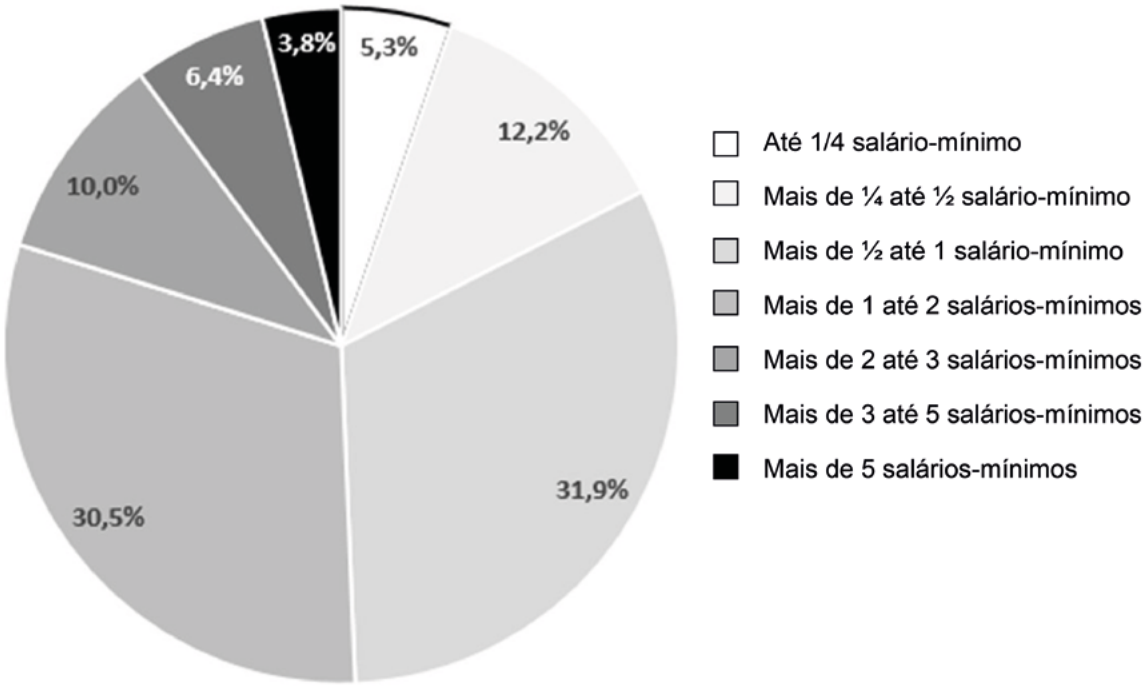
Desse modo, considerando-se o valor recebido no mês pelos moradores do domicílio e proveniente de todas as fontes de renda, isto é, não apenas do trabalho, mas também de aposentadorias, pensões, bolsas, aluguéis, aplicações financeiras, entre outras possibilidades, pode-se obter a renda média para todos os indivíduos, independentemente da idade que possuem. Assim, soma-se as rendas individuais dos membros do grupo doméstico, sendo que as pessoas que não possuem uma fonte de renda, como as crianças por exemplo, são computadas com renda zero. Na sequência, divide-se o valor total obtido com o somatório das rendas existentes pelo número de membros do domicílio, com isto chega-se ao rendimento domiciliar *per capita*[5].

Assim, para fins de classificação e adotando como critério de corte proporções do salário-mínimo nacional, tem-se que 49,3% dos paranaenses dispõem de até um salário-mínimo de rendimento domiciliar *per capita*.

4 Quando o indivíduo recebe salário ou benefícios, totalmente ou em partes, em forma de produtos, mercadorias ou serviços, isto é considerado como renda não monetária.

5 Pessoas classificadas como pensionistas, empregados domésticos e parente de empregado doméstico não são consideradas no cálculo do rendimento domiciliar.

FIGURA 13 – DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO TOTAL, POR FAIXA DE RENDIMENTO DOMICILIAR *PER CAPITA* – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.

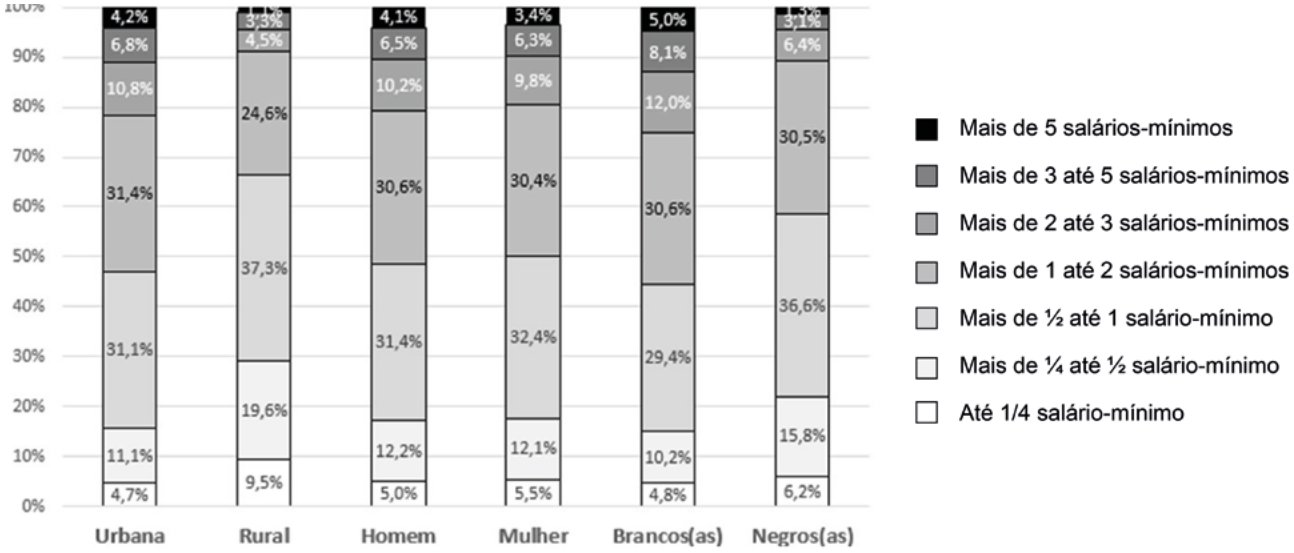
Ao se considerar a faixa de até dois salários-mínimos *per capita*, chega-se a 79,9% da população do Estado compreendida dentro desde limite de renda mensal máxima à disposição no domicílio.

De outro modo, a menor proporção relativa de rendimento domiciliar per capita entre os paranaenses encontra-se no grupo que recebe mais de cinco salários-mínimos, representando 3,8% da população.

Notadamente existe aqui também uma desigualdade em termos de renda. E como tal, é passível de se verificar o padrão de distribuição segundo características dos indivíduos.

Assim, verifica-se que nos grupos do rural e de negros(as) a proporção de pessoas com até um salário-mínimo *per capita* supera a metade da distribuição, sendo respectivamente de 66,5% (a maior entre todos os segmentos observados) e de 58,6%. De outro modo, os grupos do urbano e de brancos(as) apresenta os menores percentuais nessa faixa de renda, com os primeiros registrando 46,9%, e os segundos 44,4% (a menor entre as características consideradas). No que tange à variável de sexo, para até um salário-mínimo de rendimento domiciliar *per capita*, notou-se que tanto homens (48,6%) quanto mulheres (50,0%) orbitaram mais próximos à média estadual verificada.

FIGURA 14 – DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO TOTAL, POR FAIXA DE RENDIMENTO DOMICILIAR *PER CAPITA,* SEGUNDO CARACTERÍSTICAS – PARANÁ, 2022



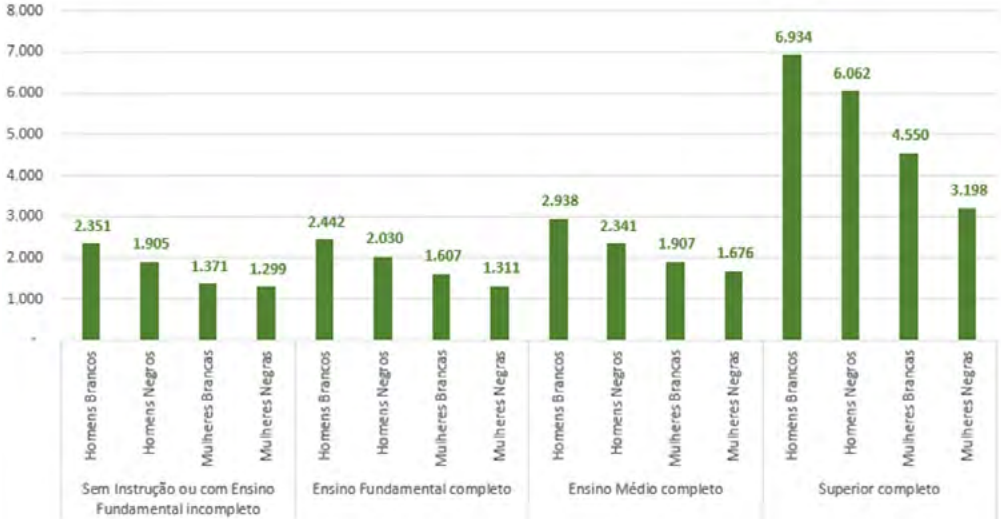
Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.
Nota: "Negros(as)" inclui "Pretos(as)" e "Pardos(as)"; "Urbana", "Rural", "Homem" e "Mulher" considera inclusive as pessoas que se declararam de cor ou raça indígena ou amarela.

Passando pelo recorte com foco na renda proveniente apenas do trabalho e considerando somente as pessoas ocupadas em alguma atividade laboral, observou-se o rendimento médio mensal habitual, segmentado pelas características de sexo e raça das pessoas, de acordo com o respectivo nível de instrução. Contudo, destaca-se preliminarmente que a ocupação no trabalho não corresponde necessariamente a alguma função que exija escolaridade equivalente. Assim, o nível de instrução pode ser maior do que o posto ocupado.

Dessa maneira, a primeira constatação obtida é em relação a uma nítida vantagem nos rendimentos que se destaca: para quem concluiu o Ensino Superior há um bônus salarial. De modo que, comparativamente a quem possui Ensino Médio completo, o incremento salarial de quem concluiu o Ensino Superior só não é maior do que 100% para as mulheres negras.

A segunda evidência, considerando todos os níveis educacionais observados, é que há uma desvantagem constante de renda para negros e mulheres, e, principalmente, para mulheres negras, de modo que homens brancos possuem sempre os maiores rendimentos médios. Assim ocorre uma evidente persistência da desigualdade de sexo, acentuada pela questão racial, nos rendimentos médios aferidos no mercado de trabalho.

FIGURA 15 – RENDIMENTO (R$) MÉDIO MENSAL HABITUAL DE TODOS OS TRABALHOS DAS PESSOAS OCUPADAS, POR SEXO E RAÇA, SEGUNDO NÍVEL DE INSTRUÇÃO – PARANÁ, 2022



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022 – Nota: "Negros(as)" inclui "Pretos(as)" e "Pardos(as)".

No que tange a distribuição da população por grupos etários[6] em relação as faixas de renda, verifica-se que entre os 30% de domicílios com menores rendas, concentram-se 57,2% das crianças e 50,9% dos adolescentes. Já os adultos encontram-se alocados de modo mais constante, ainda que com alguma oscilação, ao longo dos decis de renda. Por sua vez, os idosos possuem as menores participações entre os 30% das menores rendas, mas com presença expressiva próximo ao centro da distribuição, demonstrando os efeitos da cobertura dos benefícios da previdência e assistência social brasileira. Assim, aproximadamente uma metade dos adultos e dos idosos encontram-se presentes nos cinco menores decis de renda e a outra metade nos outros cinco maiores decis.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO DECIS DE RENDA DOMICILIAR *PER CAPITA* – PARANÁ, 2022

DECIS DE RENDA	GRUPOS DE IDADE			
	CRIANÇAS	ADOLESCENTES	ADULTOS	IDOSOS
1	23,1%	17,5%	10,1%	4,1%
2	16,7%	16,5%	10,7%	8,7%
3	17,4%	16,9%	12,9%	6,9%
4	9,6%	11,2%	9,9%	25,4%
5	6,4%	5,9%	6,4%	6,4%
6	6,7%	9,7%	11,2%	11,4%
7	5,7%	8,2%	9,8%	8,1%
8	5,8%	5,9%	9,6%	10,8%
9	4,1%	4,3%	9,9%	10,0%
10	4,5%	3,9%	9,5%	8,2%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Anual, Acumulado 5ª Visita, 2022.

6 Definições etárias conforme classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso. Assim, o grupo etário "Adulto" foi definido por resíduo, entre pessoas maiores de 18 anos e menores de 60 anos de idade.

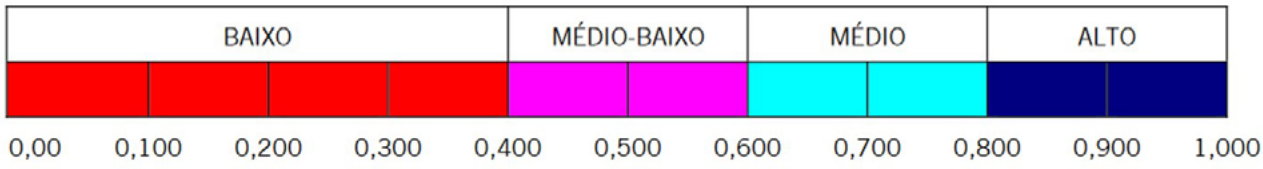
Em termos de caracterização socioeconômica da população paranaense nos municípios, um indicador composto disponível, com periodicidade anual, é o Índice Ipardes de Desempenho Municipal (IPDM)[7]. Tal indicador busca suprir uma lacuna temporal em âmbito municipal em relação à atualização decenal do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), proporcionando com isso que sejam captados aspectos relevantes do desenvolvimento local do Estado, de maneira mais tempestiva.

Assim, o IPDM mede o desempenho exclusivamente dos 399 municípios do Estado do Paraná, considerando três dimensões: renda, emprego e produção agropecuária; saúde e educação. Sua elaboração se baseia em diferentes estatísticas oficiais, provenientes de bases de dados disponíveis publicamente, oriundas, em sua maioria, de registros administrativos, disponibilizados por órgãos e instituições públicas. Atualmente, o período de referência possível e disponível é do ano de 2010 a 2021.

Cada dimensão parcial do IPDM representa um terço do índice geral.

Para auxiliar na leitura e interpretação do indicador, os municípios são classificados de acordo com sua performance em estratos de baixo, médio-baixo, médio e alto desempenho, conforme apresentado no quadro 2:

QUADRO 2 – ESTRATO DE DESEMPENHO MUNICIPAL



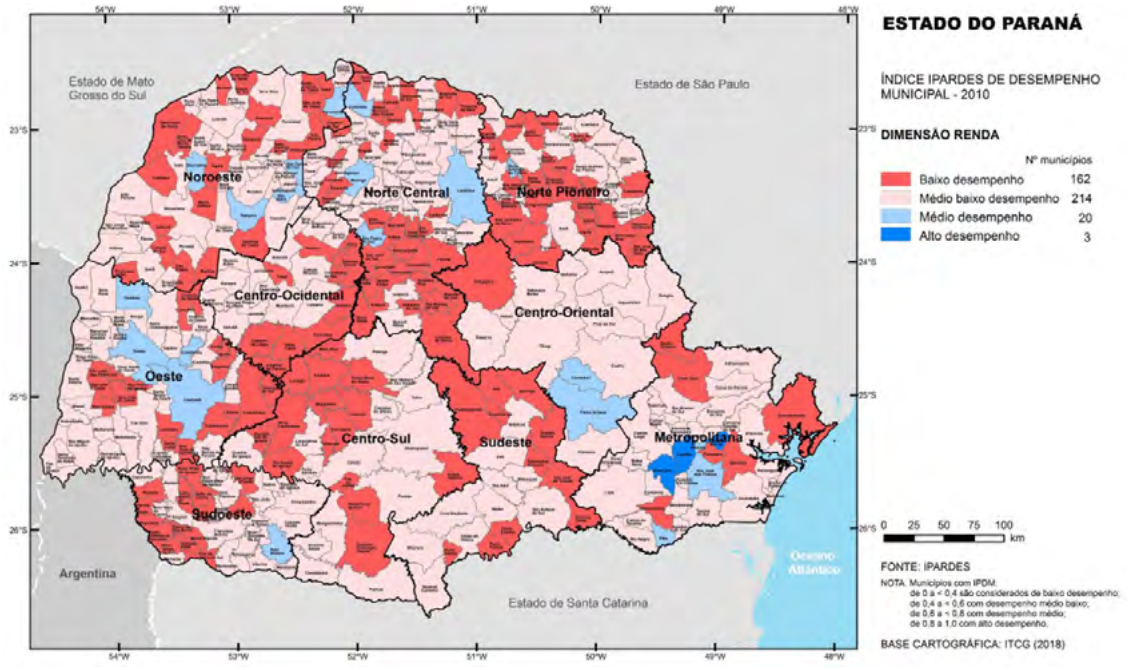
Fonte: IPARDES.

A dimensão de emprego, renda e produção agropecuária considera variáveis de remuneração média e emprego formal lastreadas na Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS-MTE) e de valor bruto da produção sistematizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (VBP-IBGE).

Comparando-se os resultados do IPDM na dimensão renda no período de 2010 a 2021, observa-se a permanência da maioria dos municípios no estrato de médio-baixo desempenho. Tal aspecto evidencia a pouca mobilidade entre os estratos, apesar de ter ocorrido redução no quantitativo de municípios presentes no estrato de baixo desempenho. Também chama atenção a diminuição de municípios no estrato de alto desempenho, de modo a restar apenas a capital do Estado com indicadores considerados suficientes para cumprir os critérios dessa estratificação. Assim, é a dimensão que apresenta a maior desigualdade entre os municípios.

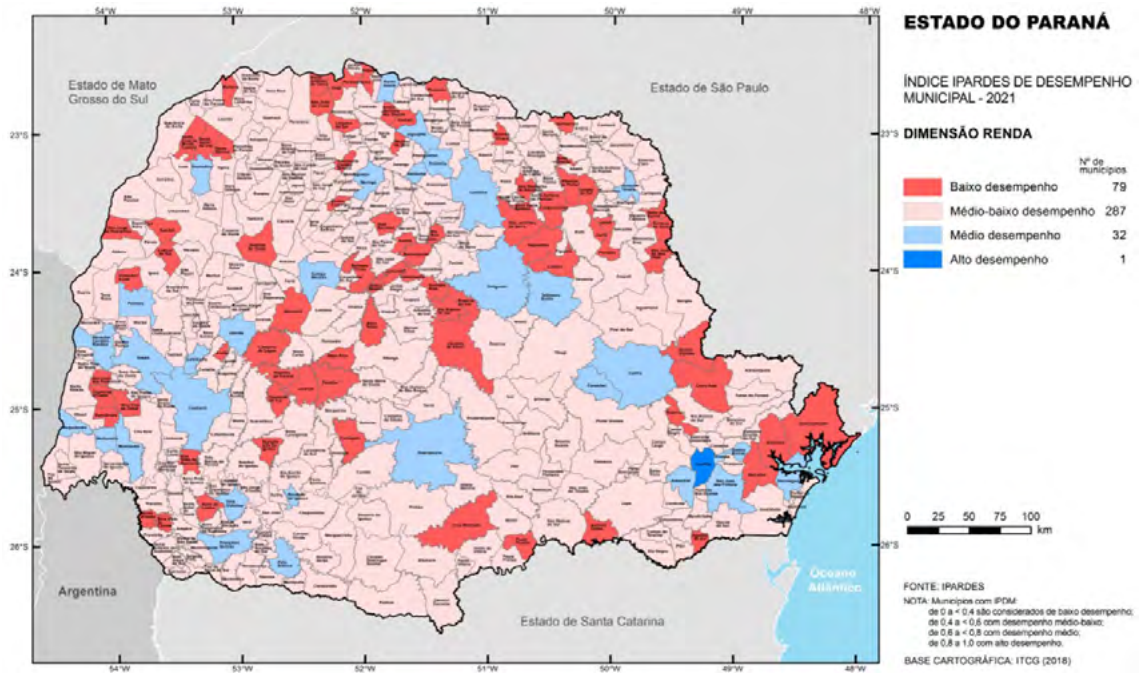
7 Para o detalhamento metodológico completo, ver: *https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Indice-Ipardes-de-Desempenho-Municipal*

FIGURA 16 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO RENDA – PARANÁ, 2010



Fonte: IPARDES.

FIGURA 17 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO RENDA – PARANÁ, 2021



Fonte: IPARDES.

A dimensão educação compreende indicadores relacionados as etapas de ensino da Educação Básica, focalizando assim na população em idade escolar. Com isso são mensuradas as co-

berturas de matrículas na Educação Infantil (creche e pré-escola), distorção idade-série, abandono e docentes com Ensino Superior nos Ensinos Fundamental e Médio, além do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) do Ensino Fundamental. As fontes de dados pertencem ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

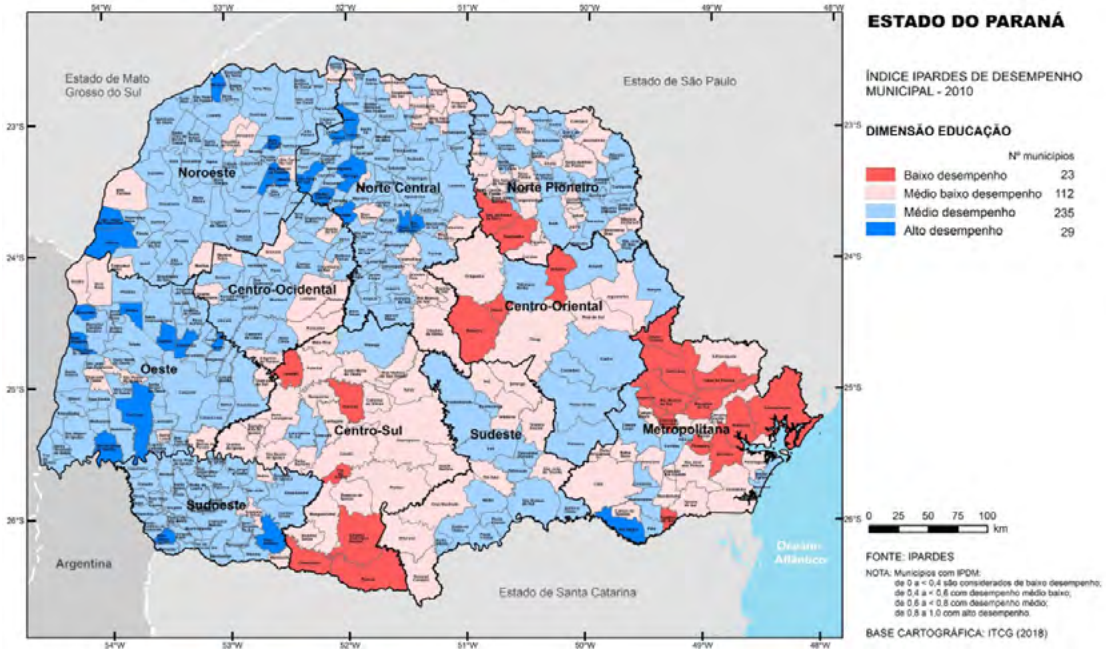
Os dados da dimensão educação indicam uma melhora estrutural, pois demonstram um expressivo incremento realizado pelos municípios no período, passando a constar um predomínio absoluto do estrato de alto desempenho e zerando posições no baixo desempenho. No estrato de médio-baixo desempenho, apenas os municípios de Japira e Adrianópolis mantiveram posição inalterada em 2021 em relação a 2010. Já o município de Cerro Azul avançou do baixo para o médio-baixo desempenho.

Na dimensão saúde, a referência são os dados da Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR) e tratam do atendimento às gestantes em consultas pré-natais, de óbitos de menores de cinco anos por causas evitáveis e de óbitos por causas mal definidas.

A dimensão saúde também apresenta melhoria nos resultados dos municípios, de modo a convergir para uma concentração no estrato superior de desempenho. Situação onde encontram-se 80,2% dos municípios paranaenses. Destaca-se que a dimensão saúde era a que possuía, entre as dimensões parciais do IPDM, o maior volume de municípios no estrato de alto desempenho em 2010. Em 2021, esse número foi 217% maior. Diversamente, apenas o município de Doutor Ulysses permaneceu no estrato de baixo desempenho. Já no de médio-baixo desempenho restaram inalterados os municípios litorâneos de Matinhos e Pontal do Paraná.

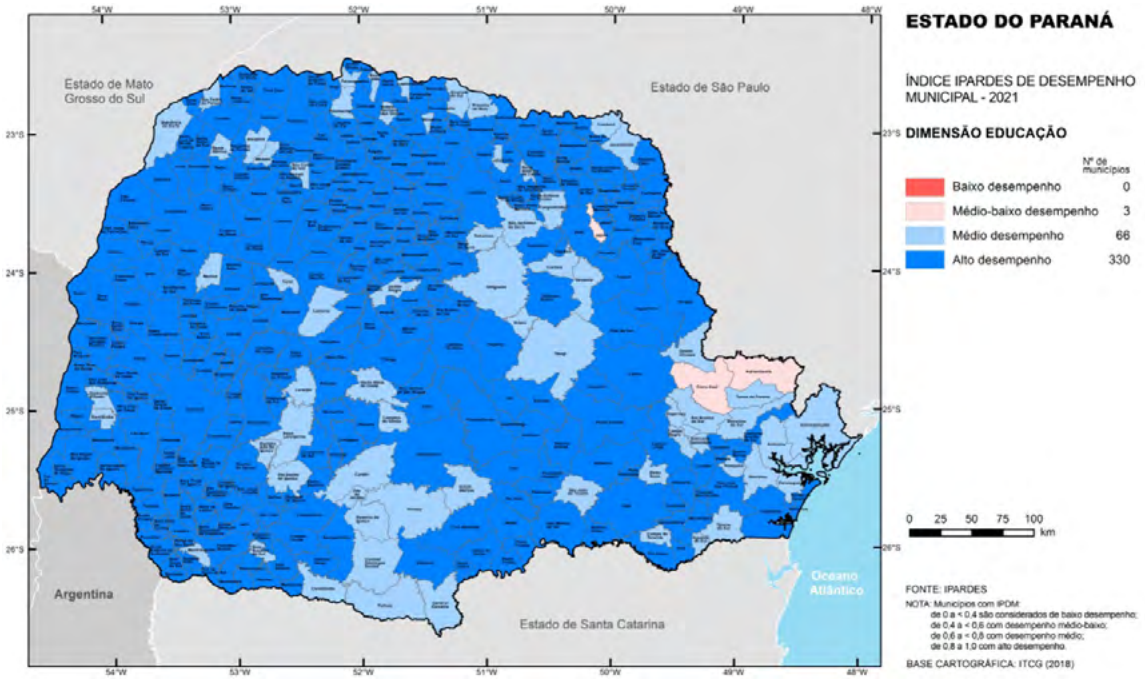
Cabe ressaltar que os efeitos da pandemia da COVID-19 não impactaram o IPDM na dimensão saúde, tendo em vista que as variáveis que compõem o índice não captam aspectos diretamente relacionados a infecções, imunizações, internações ou mortes por essa doença.

FIGURA 18 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO EDUCAÇÃO – PARANÁ, 2010



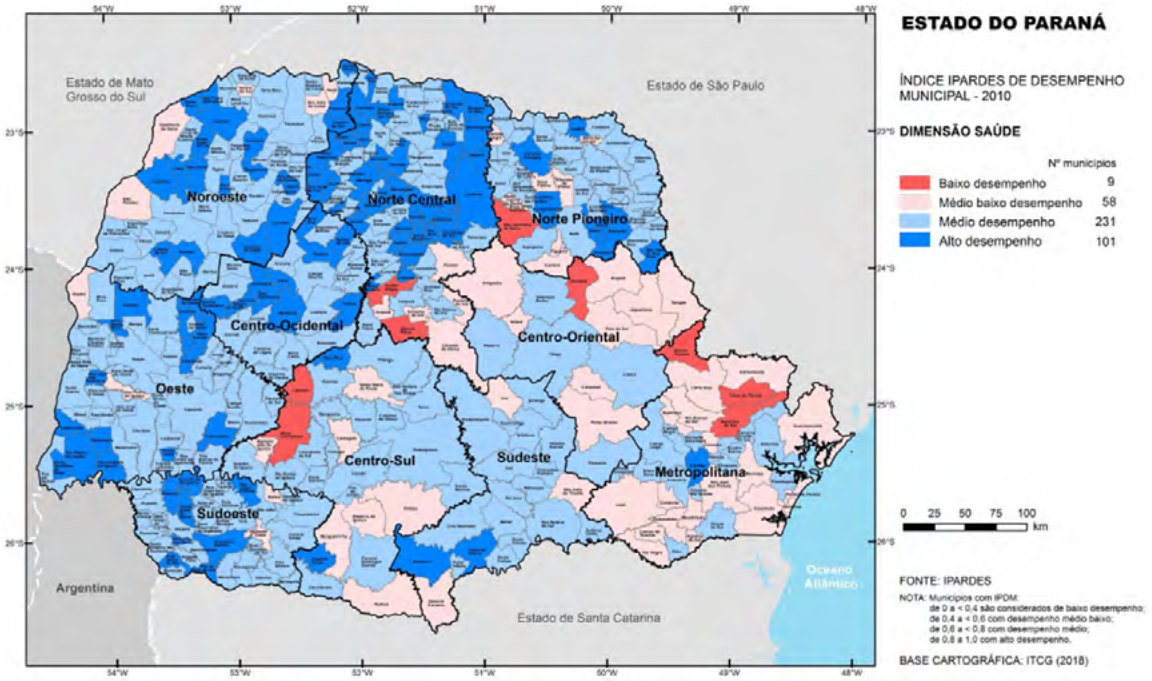
Fonte: IPARDES.

FIGURA 19 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO EDUCAÇÃO – PARANÁ, 2021



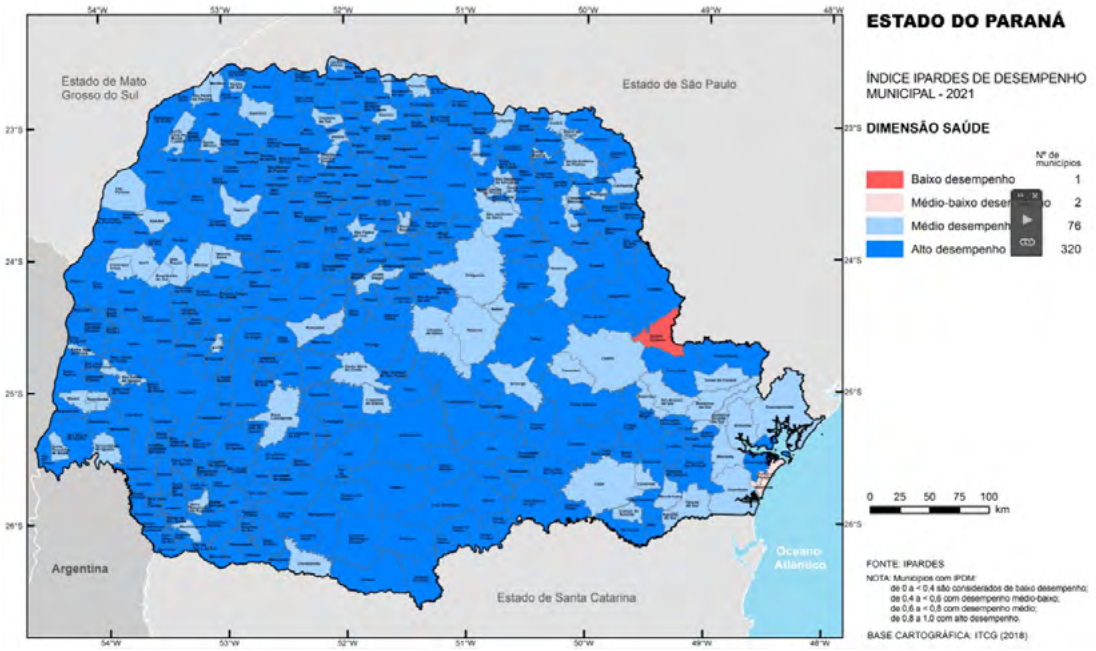
Fonte: IPARDES.

FIGURA 20 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO SAÚDE – PARANÁ, 2010



Fonte: IPARDES.

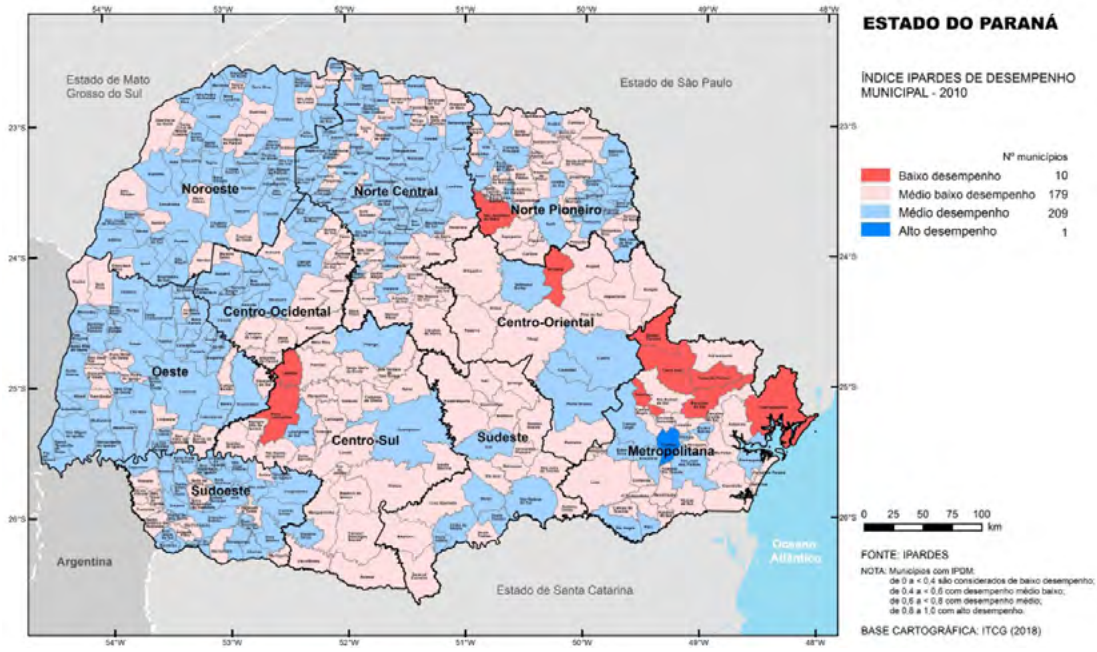
FIGURA 21 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL, DIMENSÃO SAÚDE – PARANÁ, 2021



Fonte: IPARDES.

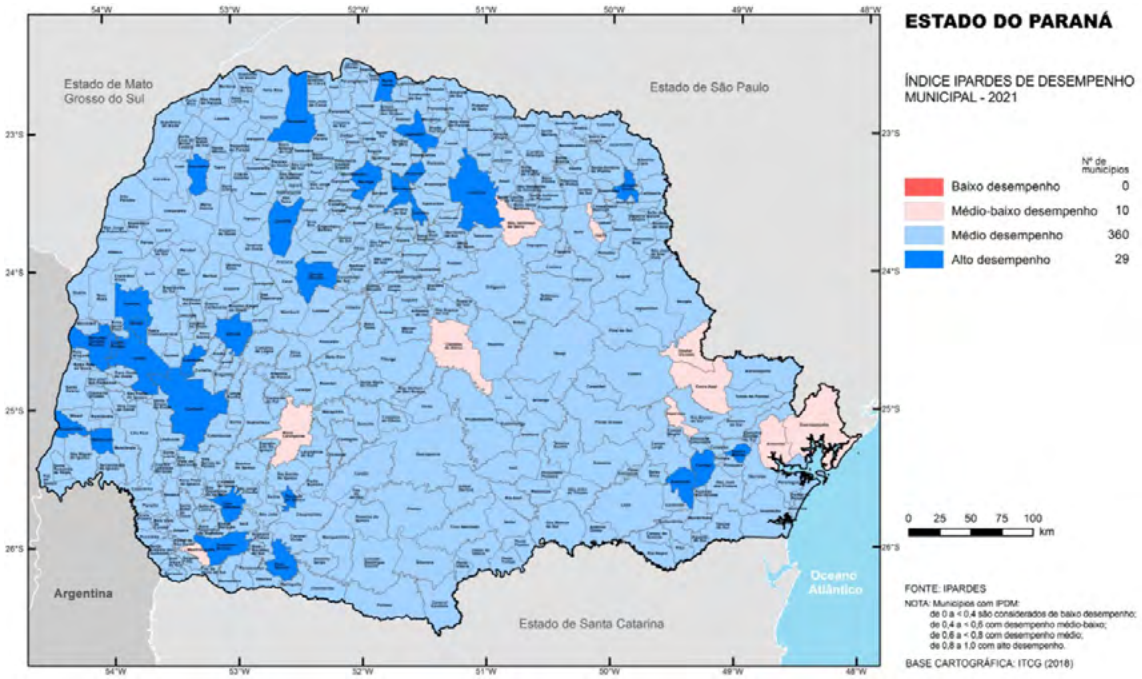
Por fim, o índice geral expressa a melhoria do período. Como visto anteriormente, impulsionada pelas dimensões de educação e de saúde, no resultado agregado predomina atualmente o médio desempenho nos municípios. Estrato onde situam-se 90,2% dos municípios paranaenses. O estrato de alto desempenho cresceu em participantes no período e o de baixo foi esvaziado.

FIGURA 22 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – PARANÁ, 2010



Fonte: IPARDES.

FIGURA 23 – ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL – PARANÁ, 2021



Fonte: IPARDES.

6.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde foi inserida como pauta prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, revisada e atualizada pela Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014. A PNPS confirmou o compromisso do país com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão em saúde, sendo inserida na agenda estratégica de gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2017).

O grande objetivo da PNPS é promover equidade e melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde, tanto individual como coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2005).

A prevenção e promoção da saúde apresentam nuances, conforme afirma Akermann (2017), e compartilham objetivos comuns, quais sejam: atingir melhores condições de saúde, gerar intervenções de saúde pública que impactem em mudanças nos riscos e problemas, além de reorientar o modo de organização dos serviços de saúde (AKERMAN, 2017).

O advento da PNPS trouxe, à saúde pública, a ascensão de pautas vinculadas às doenças e agravos não transmissíveis, especialmente quanto a seus fatores de risco e proteção, como a promoção da cultura de paz e não violência, a alimentação adequada e saudável, as práticas corporais e atividades físicas, a mobilidade segura; os direitos humanos, o desenvolvimento sustentável, além do enfrentamento ao uso do tabaco e do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2021).

6.2.1 EQUIDADE EM SAÚDE

O princípio da equidade em saúde visa "[...] ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras" (BRASIL, 2017).

Assim, os determinantes e condicionantes de saúde, tais como o modo de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, violências e racismo, são geradores de violação de direitos e afetam a situação de saúde da população. Existem políticas, programas e ações governamentais no âmbito do SUS direcionadas a promover o respeito à diversidade e garantia do atendimento integral em saúde das populações em situação de vulnerabilidade. Neste escopo estão inseridos os povos ciganos e indígenas, as pessoas privadas de liberdade e em situação de rua, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a população negra, populações do campo, da floresta e das águas, os povos e comunidades tradicionais, os migrantes, refugiados e apátridas, entre outros.

No Paraná, estas populações estão distribuídas em todo o Estado, no entanto alguns povos estão concentrados em determinadas regiões. Verifica-se que o maior número de povos indígenas encontra-se nos municípios das macrorregiões Leste, Oeste e Norte; as comunidades quilombolas estão nos municípios das macrorregiões Leste e Oeste; a população em situação de rua se concentra nos grandes centros urbanos; os migrantes em sua maioria estão em municípios da Macrorregião Leste; e a população privada de liberdade está em cerca de 117 unidades prisionais distribuídas no Estado, de acordo com a Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP).

A garantia do acesso à saúde das populações em situação de vulnerabilidade ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde. Faz-se necessário ampliar a cobertura da Atenção Primária à Saúde por meio do credenciamento de equipes estratégicas; fortalecer o caráter complementar do Estado com a ampliação e implantação de incentivos financeiros e de serviços, de acordo com as especificidades e perfil da população; atualizar os sistemas de informação e qualificar o preenchimento de instrumentos da saúde, visando à obtenção de dados mais fidedignos do perfil da população assistida, bem como qualificar os processos assistenciais e de gestão para que o cuidado em saúde a essas populações seja efetivado, considerando suas singularidades.

6.2.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A alimentação é um direito constitucional, reconhecida como um determinante e condicionante da saúde pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, mediante a promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

A vigilância alimentar e nutricional na APS é essencial para a organização dos cuidados em alimentação e nutrição no SUS. Entre 2018 e 2022, a cobertura de avaliação do estado nutricional no Paraná passou de 12,7% para 27,7% e do consumo alimentar de 0,8% para 1,5%, representando 2.934.795 pessoas com peso e altura aferidos e registrados nos sistemas de informação da APS e

155.415 pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados (BRASIL, 2023). O desafio é avançar ainda mais no monitoramento sistemático do peso, altura e marcadores de consumo alimentar dos usuários na APS para que as intervenções sejam feitas em tempo oportuno e os dados possam subsidiar adequadamente a formulação de ações em todos os níveis de gestão.

De acordo com os dados registrados no Paraná, em 2022 a prevalência de desnutrição foi maior em menores de cinco anos, porém não ultrapassou 4,1%, e houve aumento da prevalência de obesidade em todas as faixas etárias, atingindo 6,8% das crianças menores de cinco anos, 18,5% das crianças entre cinco e dez anos, 17,0% dos adolescentes e 34,9% dos adultos, representando um acréscimo de 11,2%, 21,1%, 30,5% e 4,9%, respectivamente, em relação ao ano de 2018 (BRASIL, 2023).

Em relação às carências nutricionais, no ano de 2019 a prevalência de anemia e deficiência de vitamina A na Região Sul foi de 13,8% e 7,7% em crianças de seis a 23 meses, respectivamente, sendo maior nas crianças com piores condições socioeconômicas (UFRJ, 2021).

No ano de 2019, segundo pesquisas nacionais, 76,8% das crianças de seis a 23 meses de idade na Região Sul consumiram alimentos ultraprocessados, 61,3% já haviam sido expostas ao açúcar e a diversidade alimentar mínima foi identificada em apenas 59,0% (UFRJ, 2021). Entre os adolescentes paranaenses, 68,6% faziam suas refeições concomitantemente a outras atividades, o consumo de algum alimento ultraprocessado no dia anterior foi relatado por 97,8%, o consumo regular de frutas foi relatado por apenas 30,8% e o de legumes/verduras por 34,3% (IBGE, 2021). Nos paranaenses maiores de 18 anos, apenas 10,3% não consumiram ultraprocessado no dia anterior à pesquisa e a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças foi de 35,1% (IBGE, 2020).

Esses dados refletem a má qualidade da alimentação em todas as faixas etárias. Destaca-se que a alimentação inadequada é considerada um dos principais fatores que contribuem para os anos de vida perdidos, sendo essencial a promoção, proteção e apoio à alimentação adequada e saudável com base nas recomendações dos Guias Alimentares e a implementação do conjunto de cuidados que compõem a atenção nutricional no SUS.

6.2.3 ATIVIDADE FÍSICA

No Paraná, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, o percentual de pessoas acima de 18 anos que praticam o nível recomendado de atividades físicas foi de 29,9%. O percentual chega a 40,4% quando se refere a pessoas insuficientemente ativas. Entre os adolescentes que frequentam a escola, com idades entre 13 a 17 anos, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), também do IBGE, apontou que 34% praticavam o tempo recomendado de atividade física e 3,8% foram considerados insuficientemente ativos.

Ao todo, 347 estabelecimentos de saúde (Postos de Saúde e Centros de Saúde/Unidades Básicas) em 221 municípios paranaenses estão homologados, por meio da Portaria nº 3.872, de 26 de outubro de 2023, para o recebimento do Incentivo Financeiro de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (IAF).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Paraná possui 416 Profissionais de Educação Física na Saúde, cadastrados sob o CBO 224140, atuando nos estabelecimentos de saúde da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Considerando o importante papel das práticas corporais e atividade física na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a necessidade da realização de ações de promoção e apoio à atividade física no âmbito do SUS.

6.2.4 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) para os municípios brasileiros, instituído por meio da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o programa promove a implantação de polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

O Paraná possui 175 polos do PAS, de acordo com o CNES, competência de agosto de 2023 (tabela 1). Destes polos, 87 recebem, mensalmente, incentivo financeiro federal de custeio para apoiar a implementação do conjunto de ações do programa.

Verifica-se como desafios para a expansão do PAS, as dificuldades na gestão da construção dos polos, o déficit no investimento em recursos financeiros, humanos e materiais para a implementação das ações, a frágil participação social e a falta de integração entre as equipes dos polos e de outras equipes da Atenção Primária à Saúde.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO PARANÁ, POR REGIÃO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE POLOS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE POLOS
1ª RS	1	12ª RS	5
2ª RS	13	13ª RS	5
3ª RS	2	14ª RS	5
4ª RS	10	15ª RS	12
5ª RS	7	16ª RS	8
6ª RS	4	17ª RS	3
7ª RS	15	18ª RS	4
8ª RS	20	19ª RS	10
9ª RS	4	20ª RS	8
10ª RS	18	21ª RS	1
11ª RS	12	22ª RS	8

Fonte: CNES, competência de Ago/2023.

6.2.5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação e constitui estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de

saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de APS e da educação básica pública. Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, o PSE visa contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Estão aderidos ao ciclo 2023/2024 do Programa Saúde na Escola, 396 municípios paranaenses. Ao todo, estão pactuadas 5.169 mil escolas que compõe a rede pública de educação básica, sob a gestão direta e indireta do poder público estadual e municipal, e 1.113.999 milhões de educandos matriculados nestes estabelecimentos de ensino.

Mesmo apresentando diversas potencialidades, o PSE enfrenta algumas dificuldades relacionadas à intersetorialidade, a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos, dificuldades de aproximação do público adolescente, expressando estigmas e estereótipos no que se refere à abordagem de temas, como gravidez, sexualidade e uso de álcool e outras drogas e o monitoramento e a avaliação da efetividade das ações.

6.2.6 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

As desigualdades sociais e a pobreza não implicam apenas na insuficiência de renda, mas em um caráter multidimensional que interfere nas condições de saúde, assim as condicionalidades de saúde partem do atendimento do princípio da equidade e consistem no acompanhamento do estado nutricional e calendário vacinal das crianças menores de sete anos e na realização de pré-natal para as gestantes, buscando a oferta do atendimento integral das necessidades de saúde da população beneficiária.

A cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde tem tido uma curva crescente ao longo dos anos, atingindo a maior cobertura na 2ª vigência de 2019, com 83,9% dos beneficiários com perfil saúde acompanhados. Houve um impacto significativo da pandemia da COVID-19 nos acompanhamentos, chegando a 58,8% na 1ª vigência de 2020, porém com aumento gradual desde então, atingindo 81,9% de cobertura na 2ª vigência de 2022.

Destacam-se como principais desafios o aumento da cobertura do acompanhamento de crianças, que foi de apenas 56,8% na 2ª vigência de 2022, a necessidade de ampliar a avaliação do estado nutricional dessa população, visto que 8,4% das crianças acompanhadas apresentaram descumprimento dessa condicionalidade e a oferta da atenção integral em saúde para além do acompanhamento das condicionalidades.

6.2.7 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). No Paraná, a Lei nº 19.785, de 20 de dezembro de 2018, institui as diretrizes para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do SUS no Estado.

No ano de 2022, segundo dados registrados no SISAB, dos 399 municípios paranaenses, 249 registraram oferta de PICS, sendo 20.820 atendimentos individuais, 35.719 procedimentos e 408 ati-

vidades coletivas com 4.622 participantes. Na produção ambulatorial, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), foram realizados 54.499 procedimentos em serviços instalados em 77 municípios paranaenses. Em comparação ao ano de 2018 constata-se na APS um aumento de 56,9% de atividades coletivas, com uma abrangência de participantes 40,1% maior, e 111,8% no número de procedimentos. Entretanto, houve uma redução de 12,9% no número de atendimentos individuais na APS e de 17,3% no número de procedimentos realizados na Atenção Ambulatorial Especializada. Apesar de significativos avanços, os dados demonstram a necessidade da ampliação da oferta de PICS para a população paranaense.

6.2.8 LINHA DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

A obesidade é considerada um fator de risco e uma doença crônica de característica redicivante, multifatorial, apresentando herança poligênica (nem todas as pessoas ganham a mesma quantidade de peso quando expostos a dietas hipercalóricas), dependente da interação genes-ambiente (padrões de consumo de alimentos e de estilo de vida, individuais ou familiares). Tem forte relação com o desenvolvimento de alterações metabólicas que aumentam o risco para doenças crônicas como as cardiovasculares, o diabetes mellitus tipo 2, vários tipos de câncer, entre outras, o que reduz e impacta na qualidade e expectativa de vida da população (BRASIL, 2021).

A Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (LCSO), publicada em 2022, traz diretrizes norteadoras para a organização das ações e dos serviços para o cuidado à pessoa com obesidade em toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS no Estado do Paraná (PARANÁ, 2022).

Das pessoas adultas que tiveram peso e altura avaliados e registrados nos sistemas de informação da APS em 2022, 69,1% apresentaram excesso de peso e, destas, 34,9% obesidade, sendo 21,6% obesidade grau I, 8,9% obesidade grau II e 4,4% obesidade grau III (BRASIL, 2023).

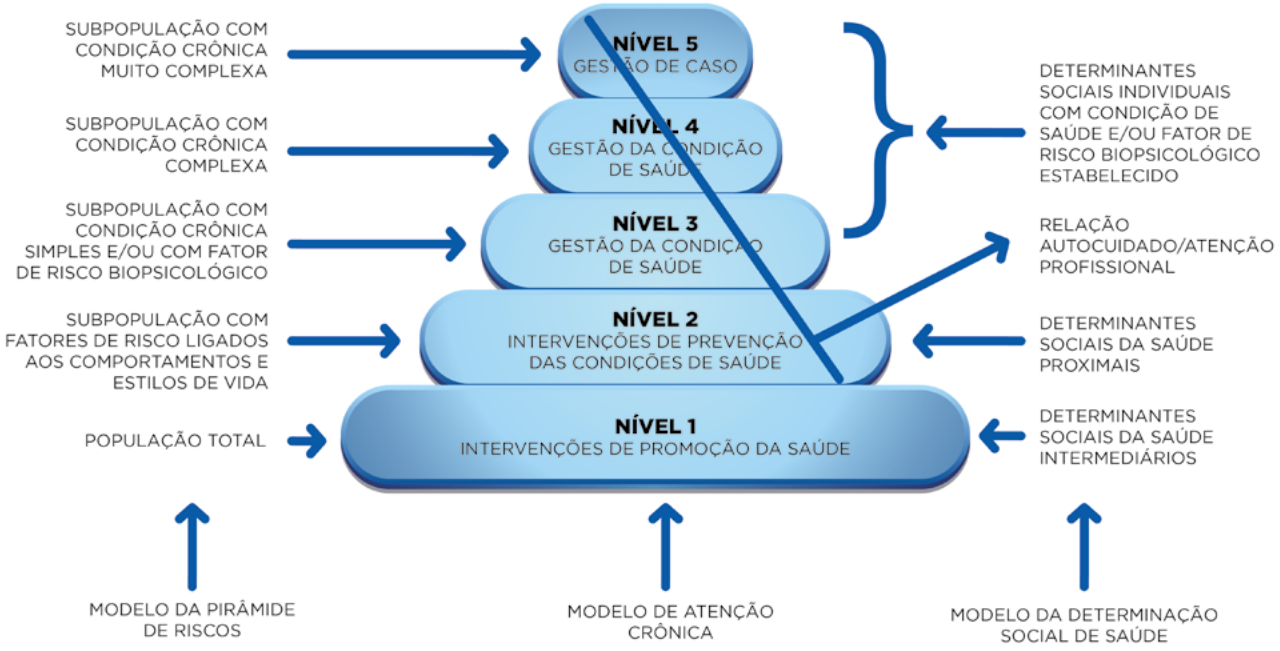
De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), houve aumento de 171,1% no número de atendimentos individuais com a condição avaliada como obesidade em adultos na APS entre 2018 e 2022, todavia, os 48.845 atendimentos realizados em 2022 ainda são insuficientes considerando que 488.154 adultos foram diagnosticados com obesidade segundo dados do SISVAN. Cabe destacar que a maior proporção de conduta registrada foi alta do episódio (33,2%) e os atendimentos foram realizados em sua maioria por profissional médico (70,1%) seguido do profissional nutricionista (24,5%), com baixa participação dos demais profissionais (BRASIL, 2023).

Com base nos dados apresentados constata-se uma invisibilidade da obesidade na APS e a necessidade de qualificar os profissionais de saúde no manejo da obesidade, garantindo o cuidado multiprofissional e longitudinal, com vistas a melhorar a resolutividade da APS na reversão desse quadro epidemiológico e a adequada implementação da Linha de Cuidado em todos os níveis de Atenção.

6.2.9 LINHA GUIA DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA) adotou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) a fim de melhorar a resolutividade do atendimento aos usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Nesse aspecto destaca-se o conceito da Pirâmide de Riscos, nela a população é estratificada em diferentes níveis, em cada nível uma intervenção de saúde é preconizada. No MACC existem cinco níveis de estratificação e as intervenções vão desde Promoção da Saúde até gestão das condições crônicas muito complexas.

FIGURA 24 – O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



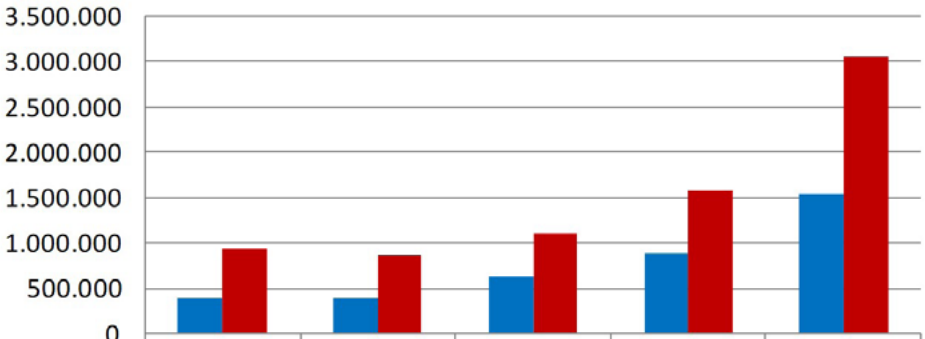
Fonte: Mendes, 2012.

Os usuários são atendidos na Atenção Primária e Ambulatorial Especializada (AAE), conforme o nível em que se encontram, dependendo da estratificação do risco. A racionalização da oferta de serviços da AAE se inicia com a estratificação do risco da população na Atenção Primária, então esta maneja os de menor risco e encaminha os de maior risco para interconsultas na AAE. A estreita relação entre as equipes da Atenção Primária e da AAE é um dos pilares do MACC, pois esses níveis de Atenção se influenciam, são interdependentes e o usuário transita entre eles durante o acompanhamento da sua condição crônica de saúde. O MACC é um modelo inovador para o manejo da hipertensão e Diabetes Mellitus, apresenta resultados sanitários positivos, melhorando a qualidade de vida das pessoas que utilizam o SUS no Estado.

As Linhas Guias de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus têm o objetivo de instrumentalizar a equipe para o cuidado integral em saúde das pessoas com essas condições crônicas, a partir da estratificação de risco, que direciona as intervenções e orienta o compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Esses documentos buscam dar ênfase à atuação da equipe multiprofissional com especial atenção para a estratificação de risco, o manejo para estabilidade clínica e redução do risco de complicações, além do autocuidado apoiado, considerando o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar dos usuários.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de diabetes na população paranaense passou de 5,8% em 2013 para 7,7% em 2019; e de hipertensão de 21,1% em 2013 para 22,9% em 2019. A figura 25 apresenta o número de atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde para a condição avaliada diabetes e hipertensão, demonstrando o crescimento da quantidade de registros de atendimento individual para essas condições nos últimos anos.

FIGURA 25 – NÚMERO DE REGISTROS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL PARA A CONDIÇÃO AVALIADA DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – PARANÁ, 2018 – 2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Diabetes Mellitus	379.258	391.205	627.059	888.658	1.540.294
Hipertensão Arterial Sistêmica	929.605	868.538	1.091.600	1.584.410	3.059.393

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

6.2.10 TABAGISMO

O tabagismo é responsável por mais de oito milhões de mortes no mundo, de pessoas que fumam ou que são expostas ao fumo passivo, sendo um dos principais fatores de risco evitáveis de mortalidade prematura (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2017, WHO, 2023).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) revela que a prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, com 18 anos ou mais de idade, no Estado foi de 14,70%. Observa-se uma redução significativa de 17,41%, comparando os anos de 2013 e 2019 (tabela 2).

TABELA 2 – PERCENTUAL DE USUÁRIOS DE PRODUTOS DERIVADOS DE TABACO NO BRASIL

ANO	BRASIL	PARANÁ
PNS 2013	14,9%	17,80%
PNS 2019	12,8%	14,70%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013); Pesquisa Nacional de Saúde (2019).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE, 2019) que se propõe a conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares, nos municípios das capitais, traz que são grandes, as chances dos escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de Curitiba (1,35) terem experimentado cigarro alguma vez na vida, comparado a São Paulo (1,0).

Quando se avalia a precocidade da exposição ao tabaco, por meio da experimentação em idade inferior aos 14 anos, Curitiba (1,93) e Rio Branco (1,56) apresentaram as maiores chances, comparadas ao município de São Paulo (1,0).

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de setembro de 2019, no Paraná existem 979 estabelecimentos de saúde credenciados e estruturados para o cuidado à pessoa tabagista, em 289 municípios paranaenses, os quais atuam por meio de três grandes grupos de estratégias:

1) prevenção da iniciação do tabagismo tendo como público-alvo crianças e adolescentes;
2) medidas para proteção da saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados;
3) desenvolvimento de ações voltadas para cessação do tabagismo.

6.2.11 PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

As violências e acidentes (sinistros) de trânsito são um grave problema de saúde no Paraná, no Brasil e no mundo, e se apresentam como um fenômeno complexo, multifatorial e com consequências muitas vezes fatais ou que se perpetuam interferindo na saúde e na qualidade de vida de indivíduos e famílias. Torna-se tema da saúde também, pelo impacto que provoca na sociedade, pela exigência de atenção dos profissionais, pelo custo aos serviços de saúde, e porque diz respeito às discussões tratadas no conceito ampliado de saúde, merecendo, portanto, a utilização de estratégias de promoção da saúde e de cultura de paz, ações de prevenção, vigilância, assistência e reabilitação.

O cenário é alarmante e aponta a necessidade de efetivação de políticas públicas integradas e articuladas intersetorialmente, com foco na promoção da cultura de paz e prevenção das violências e acidentes.

Uma das principais estratégias do setor saúde para a prevenção e enfrentamento das violências são os Núcleos de Paz. O Paraná instituiu o Núcleo Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, em 2014, por meio do Decreto Estadual nº 11042, o mesmo é composto por diferentes Secretarias de Estado e Conselhos de Políticas Públicas, e tem como objetivos principais articular as políticas públicas intersetoriais para a prevenção das diferentes formas de violência e promoção de uma cultura de paz. Esta estratégia converge com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Atualmente, no Estado, 48 municípios desenvolvem a estratégia e 16 novos municípios aderiram a Resolução SESA nº 1026/2021, que institui repasse de incentivo financeiro para implantação/implementação de Núcleos de Paz Municipais. Desde a implantação da estratégia no Estado até o início da pandemia da COVID-19, as equipes integrantes dos núcleos trabalharam principalmente no sentido de fomentar e estimular os municípios quanto a implementar a ação da Vigilância Epidemiológica quanto à Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada pelos municípios, e em 2022 tínhamos 93% dos municípios realizando a notificação no Estado, um percentual elevado se comparado a outros entes federados, contudo, a qualificação dessas informações tem sido um desafio em esfera estadual. Durante a pandemia muitos pararam temporariamente e a partir de 2022 começou a retomada dos trabalhos, com ênfase na promoção da cultura de paz e na prevenção das violências. No entanto, não há indicador para medir o resultado da promoção e prevenção, assim como o Ministério da Saúde, utiliza-se a taxa de mortalidade por homicídios, que no Paraná de 2018 a 2022 teve uma redução discreta de 0,19%.

No que se refere à agenda estratégica para prevenção dos sinistros de trânsito, em 2011, a SESA aderiu à iniciativa do Ministério da Saúde: Projeto Vida no Trânsito (PVT), que consiste na integração e análise qualificada de dados de mortes e lesões no trânsito, e criou em 2013 a Comissão Estadual Intersetorial de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito para apoiar a estratégia. O objetivo ao implantar a metodologia do PVT nos municípios paranaenses é contribuir para o alcance da meta nacional e internacional dos ODS de reduzir as mortes e lesões no trânsito. Até 2022, 14 municípios aderiram à iniciativa e, em conjunto, alcançaram uma redução de 31,79% das internações por lesões de trânsito, no período de 2018 a 2022, enquanto o Estado do Paraná diminuiu apenas 5,65%. No que se refere à mortalidade por essa causa, o Paraná apresentou um aumento de 3,2% do número absoluto de óbitos, nesse período, enquanto o grupo de municípios com PVT declinou 3,9% as mortes decorrentes do trânsito.

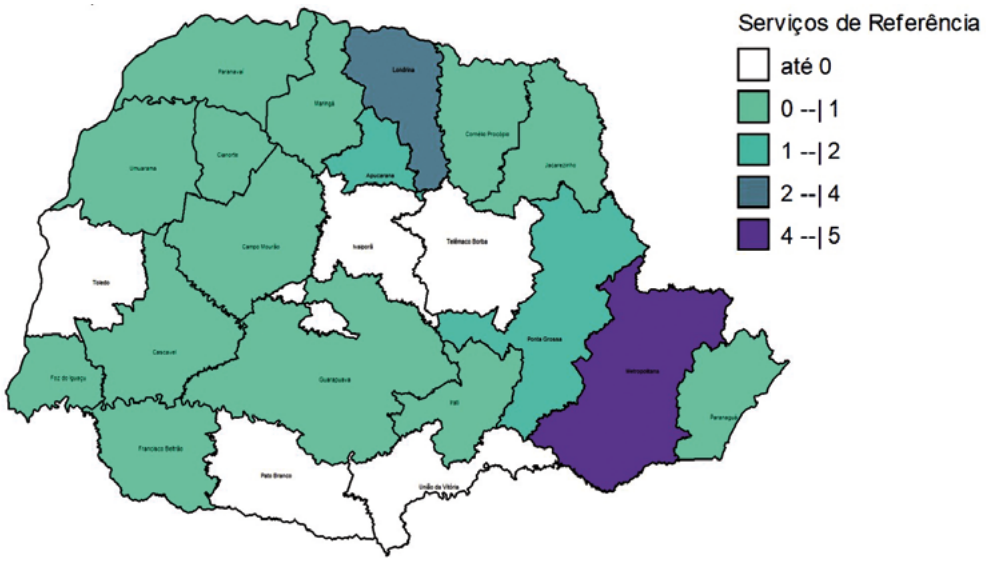
A promoção da saúde está diretamente vinculada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e apresenta a promoção da mobilidade segura e sustentável, da cultura da paz e dos direitos humanos como temas prioritários. Busca promover a articulação da rede intra e intersetorial, desenvolvendo ações integradas, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções que contribuam para a redução das violências e dos sinistros de trânsito e promovam a cultura de paz, criando oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, o que gera impacto positivo sobre a saúde das pessoas.

6.2.12 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A Atenção às Pessoas em Situação de Violência no Estado do Paraná está organizada de forma a garantir o atendimento em toda a RAS, nos diferentes pontos de Atenção, sendo que o atendimento se dá, conforme a complexidade e estratificação de risco.

Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual contam com equipe multiprofissional e realizam o atendimento dos casos agudos e nas demais situações, como a violência sexual crônica. De acordo com mapeamento realizado entre os anos de 2020 e 2023, os serviços que prestam esse atendimento são na maioria hospitais de referência. Por outro lado, em algumas regiões o atendimento se dá em UPAs, nas unidades da APS, em hospitais da Rede de Urgência, em Serviços de Atendimento Especializados (SAE), como os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), conforme organização e oferta de serviços nas regiões de saúde.

FIGURA 26 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO REGIONAL DE SAÚDE – PARANÁ, 2023



Fonte: SESA/DAV/CPRP/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais.

Atualmente, existem 26 serviços de referência para o atendimento das pessoas em situação de violência sexual no Paraná, correspondendo ao equivalente de 77,3% (n:17) das regiões de saúde (figura 26). Porém, em todas as regiões de saúde, os hospitais integrantes do SUS que compõem a Rede de Urgência e Emergência do Estado, realizam o atendimento nessas situações, a fim de minimizar agravos físicos e psicológicos resultantes da violência.

O Paraná conta também, com quatro serviços de referência para interrupção da gravidez prevista em lei decorrente de violência sexual, nas cidades-sedes das macrorregiões de saúde (figura 27).

FIGURA 27 – DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL, CONFORME PREVISTO EM LEI, SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

Fonte: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. Nota: Serviços pactuados por meio da Deliberação CIB/PR nº 27/2015.
*CHC – Complexo Hospital de Clínicas, HU – Hospital Universitário.

6.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Para o enfrentamento adequado dos principais problemas e desafios postos aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental contar com o conhecimento sobre a situação de saúde e de seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2015).

Conhecer o perfil epidemiológico de morbimortalidade da população envolvendo dados demográficos, socioculturais, econômicos, ambientais, urbanização e tecnologias possibilitam análises para a elaboração do planejamento baseado em melhores evidências, redirecionamento das ações em curso, que resultem na melhoria da qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde.

6.3.1 IMUNIZAÇÃO

A vacinação é uma intervenção de elevado benefício em relação ao seu custo, pois tem contribuído no avanço de conquistas como: controle de inúmeras doenças, eliminação do sarampo e da rubéola, e da erradicação da poliomielite.

Com a finalidade de aumentar a proteção da população, em relação as doenças imunopreveníveis, o Ministério da Saúde (MS) atualiza o Calendário Nacional de Vacinação conforme evidências e estudos científicos. No ano de 2022, o MS ampliou a oferta da vacina HPV, para meninos de nove a 14 anos de idade e em 2020 introduziu no calendário nacional a vacina Meningocócica ACWY para adolescentes, atualmente preconizada para idade de 11 a 14 anos.

No Brasil, as vacinas de rotina da criança até 12 meses têm apresentado um declínio importante nos últimos anos, corroborando com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre a "Situação Mundial da Infância 2023", afirmando que o mundo se encontra no maior retrocesso na vacinação infantil nos últimos 30 anos.

O cenário do Estado do Paraná é equivalente, onde traz como consequências bolsões de indivíduos não vacinados, aumentando o risco de reintrodução de doenças, como sarampo e poliomielite, e acometimento de surtos de doenças imunopreveníveis. O quadro 3 demonstra a queda da cobertura vacinal no período de 2018 a 2022.

QUADRO 3 – COBERTURA VACINAL, CRIANÇAS ATÉ 12 MESES – PARANÁ, 2018 – 2022

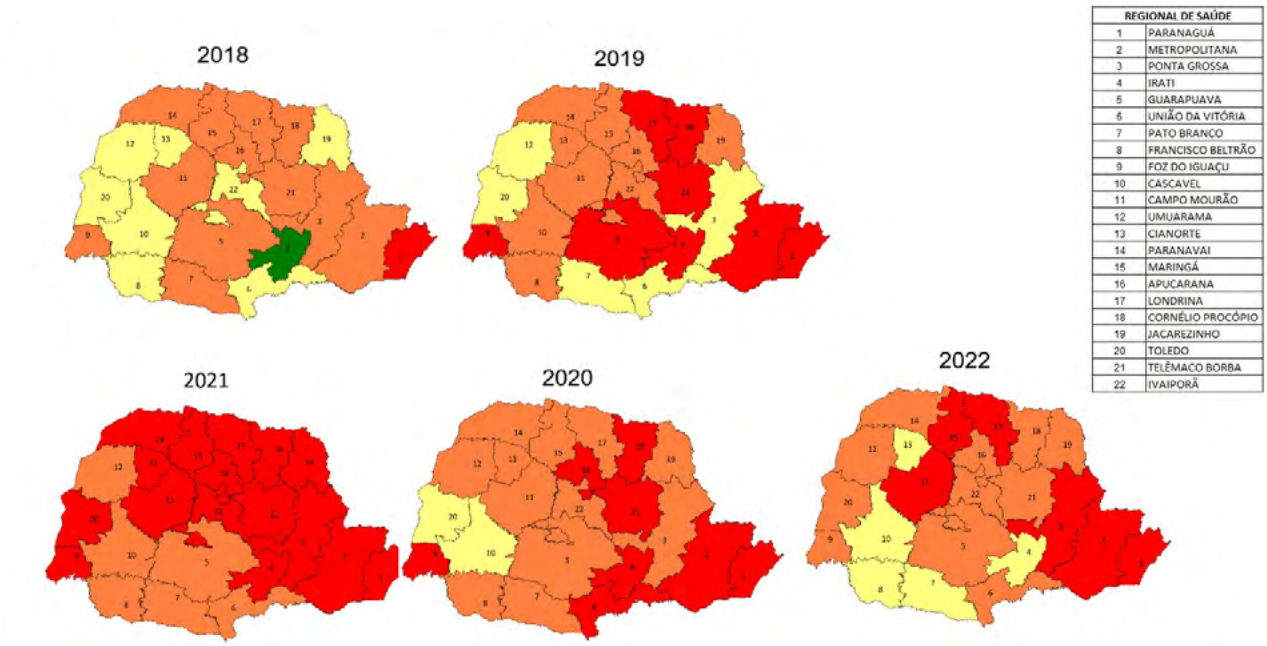
VACINAS	ANO 2018	ANO 2019	ANO 2020	ANO 2021	ANO 2022	QUEDA
BCG	97,93	91,19	89,97	82,16	87,54	-10,39
Rotavírus	92,42	90,80	87,52	82,01	84,10	-8,32
Meningocócica C	91,45	92,93	89,05	82,51	85,71	-5,74
Pentavalente	90,90	79,03	88,38	81,75	83,94	-6,96
Pneumocócica	94,48	92,38	90,09	84,29	87,91	-6,57
Poliomielite (VIP)	90,88	89,69	86,35	80,75	83,25	-7,63
Febre Amarela	75,96	83,19	76,32	74,07	73,88	-2,08
Tríplice Viral	89,78	91,99	86,15	86,54	89,59	-0,19

Fonte: SI-PNI, 25/04/2023, dados preliminares.

A homogeneidade das coberturas vacinais é um indicador que estima a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas e para o cálculo é considerada a proporção de municípios que atingiram a cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). Para as vacinas BCG e Rotavírus a meta é de 90%, para as vacinas febre amarela, meningocócica C, pentavalente, pneumocócica 10, poliomielite (VIP) e tríplice viral (D1) a meta é de 95%.

A figura 28 demonstra a homogeneidade de cobertura vacinal de cada Regional de Saúde (RS), onde se evidencia que no decorrer de três anos as coberturas vacinais apresentaram uma queda em relação a 2018. Observa-se que em 2022 ocorreu uma melhora da cobertura vacinal que coincidem com as ações realizadas pós-pandemia da COVID-19 e 12 regiões de saúde aumentaram a cobertura vacinal. No período de 2018 a 2022, o Estado do Paraná, apresentou como resultado a homogeneidade de: 2018 (47,62%), 2019 (36,59%), 2020 (34,84%), 2021 (22,06%) e 2022 (35,34%), representada na figura 28.

FIGURA 28 – HOMONEGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL POR REGIONAL DE SAÚDE – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: TabNet, 09/08/2023.

Inúmeros fatores estão relacionados ao desafio no alcance das altas coberturas vacinais como dificuldade de acesso da população, horário restrito do funcionamento das salas de vacinas, receio a eventos adversos, falta de percepção de risco em relação às doenças imunopreveníveis, desabastecimento ou redução na disponibilidade de imunobiológicos, além da disseminação de *fake news*, movimentos antivacinas, e a pandemia contra a COVID-19 dentre outros fatores que influenciam a hesitação vacinal.

No ano de 2022, diversas ações foram realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) para fomentar a adesão da população à vacinação, como o desenvolvimento de ações ligadas ao programa denominado "Vacina Mais", através da realização de chamamento da população a vacinação em finais de semana, além da realização da vacinação com países da tríplice fronteiras.

Para o ano de 2023, com o objetivo de ampliar a vacinação nos 399 municípios do Estado e retomar índices seguros e homogêneos de cobertura vacinal, os municípios paranaenses adotaram o dia 15 de abril de 2023 como dia "D" de mobilização social, para a vacina contra Influenza e demais vacinas de rotina. O Governo do Estado assinou juntamente com a Secretaria da Educação, Ministério Público, Tribunal de Contas, entre outros, o Pacto Nacional pela Consciência Vacinal.

O planejamento do segundo semestre de 2023, inclui a proposta de Vacinação de Alta Qualidade e Macroplanejamento, fomentada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS para todas as Unidades Federadas, por meio de aplicação de metodologia para mapeamento de risco e identificação de territórios suscetíveis a reintrodução de doenças.

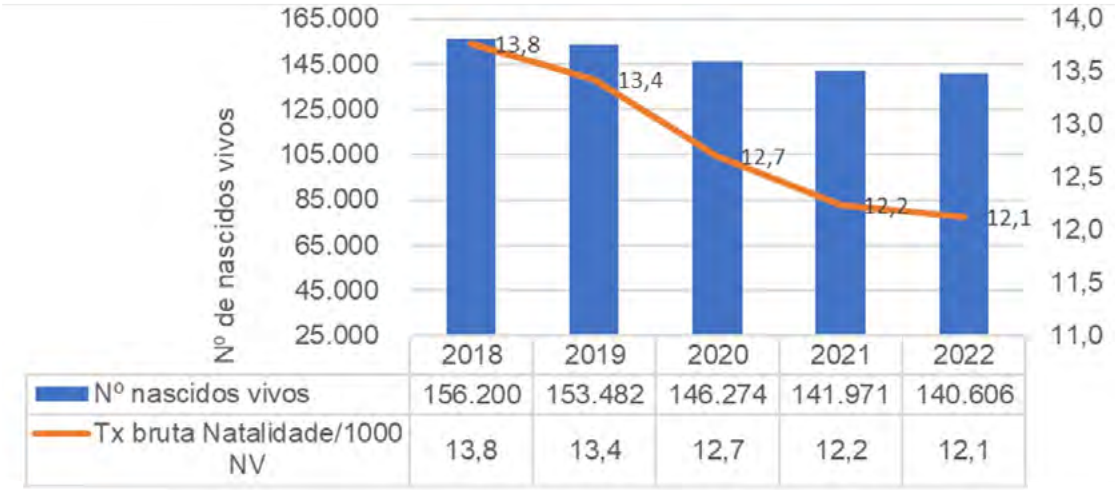
Após a realização da oficina e multiplicação da metodologia para os municípios, projeta-se a realização de Campanha de Multivacinação para atualização da caderneta de vacinação de crianças e adolescentes até 15 anos de idade.

6.3.2 NATALIDADE

O nascimento é um dos eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população e a avaliação de políticas e ações de Vigilância e Atenção à Saúde na área da saúde materno-infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Entre 2018 a 2022 houve queda em 10% do número absoluto de nascidos vivos (NV) no Paraná, de 156.200 (2018) para 140.606 (2022) e a taxa de natalidade/1.000 NV de 13,8 (2018) para 12,1 (2022) (Figura 29) e no Brasil essa redução foi de 16% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

FIGURA 29 – NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS E TAXA BRUTA DE NATALIDADE/1.000 NASCIDOS VIVOS – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022
Nº nascidos vivos	156.200	153.482	146.274	141.971	140.606
Tx bruta Natalidade/1000 NV	13,8	13,4	12,7	12,2	12,1

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/Sinasc. 2022: dados preliminares, sujeitos a alteração.

A tabela 3 demonstra uma breve caracterização dos nascidos vivos no ano de 2022 comparando com 2018. Em 2022 a gravidez na adolescência (10-19 anos) foi de 10,0 % evidenciando uma redução de 24% em relação a 2018. Referente a raça-cor da mãe branca e mão negra houve um aumento de 14,1% sendo (62,6%) e (34,1%) respectivamente. Para o estado civil: solteiras: (45,8%), aumento de 17,5% e casadas/união estável (51,5%), uma redução de 12,5%. Ao analisar sete e mais consultas de pré-natal a tabela mostra (85,6%) um aumento de 0,4%. Tipo de parto cesáreo (64,7%)

ocorreu um aumento de 4,6%. Local de ocorrência do parto – hospital manteve-se em 98,5%. Prematuridade (< 37 semanas de gestação) manteve-se estável. Baixo peso ao nascer (9,4%) demonstra um aumento de 10,6%. Presença de anomalia congênita apresenta-se estável (0,7%). Ao analisar os tipos de anomalia observa-se: outras anomalias (58,0%) uma redução de 2,8%. Anomalias cardíacas (13,4%) com aumento de 35,9% (tabela 3).

TABELA 3 – PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA GESTAÇÃO, PARTO E RECÉM-NASCIDO E VARIAÇÃO (%) – PARANÁ, 2018 E 2022[1]

FAIXA ETÁRIA	2018 (%)	2022 (%)	VAR (%)
10-19 anos	13,2	10,0	-24,2
40-49 anos	18,7	21,3	13,9
RAÇA-COR (10 A 19 ANOS)			
Negra	29,9	34,1	14,1
Branca	67,9	62,6	-7,8
Escolaridade (08 a 11 anos de estudo)	58,9	60,5	2,7
ESTADO CIVIL			
Solteiras	39,0	45,8	17,5
Casadas/união estável	58,9	51,5	-12,5
Consultas de pré natal (7 e +)	85,2	85,6	0,4
Tipo de parto (cesáreo)	61,9	64,7	4,6
Local de ocorrência (Hospital)	98,8	98,5	-0,3
Prematuridade (<37 SG*)	10,5	10,5	0,0
Peso ao nascer (< 2500g)	8,5	9,4	10,6
Anomalia Congênita (sim)	0,7	0,7	0,0
TIPO DE ANOMALIA			
Outras anomalias	59,7	58,0	-2,8
Q20-Q26 Anomalias cardíacas	9,8	13,4	35,9
Q90 Síndrome de Down	5,8	5,4	-6,1

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/Sinasc. [1]2022: dados preliminares, sujeitos a alteração. *SG: semanas de gestação.

A análise da gravidez na adolescência em 2021 segundo o Índice Ipardes de Desempenho Municipal (IPDM) de 2020, observou-se que entre os municípios com IPDM médio-baixo, baixo (0,4000 a 0,599) do Paraná (58,3%) apresentaram índice alto de gravidez na adolescência (15,0-31,8%).

Observou-se no período, uma redução da gravidez na adolescência, mas aumento da vulnerabilidade na raça-cor negra. Aumento de mães solteiras, parto cesárea, baixo peso ao nascer. Melhoria de escolaridade e acesso a consultas de pré-natal. A persistência de anomalias congênitas preocupa e os dados fornecem subsídios para o aperfeiçoamento e melhoria na organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.

6.3.3 MORTALIDADE

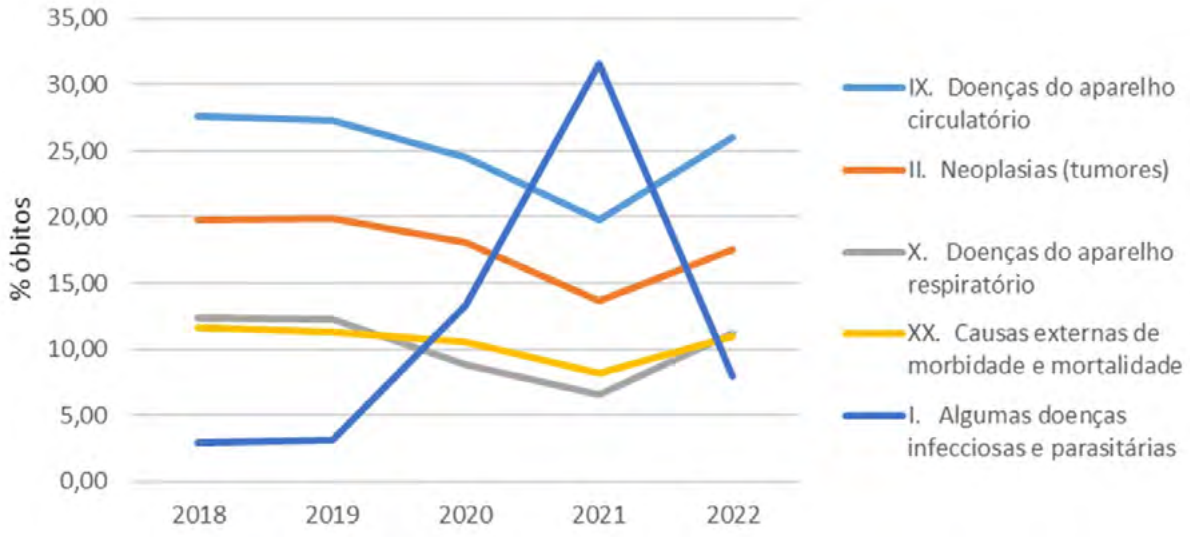
6.3.3.1 Mortalidade Geral

O Brasil soma 214 milhões de habitantes em 2023 e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), apresentava uma expectativa de vida de 75,3 anos em 2019, caiu para 72,8 anos em 2021, subiu para 76,2 anos em 2023 e deve alcançar 88,2 anos em 2100 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2023).

Ocorreram no Estado do Paraná, 433.503 óbitos no período compreendido entre 2018 e 2022, sendo a média anual 86.700. A pandemia da COVID-19 foi a principal causa do aumento absoluto no número de mortes no Estado no ano de 2021. A média de idade dos óbitos em 2022 foi de 58 anos para o sexo feminino e 56 anos para o sexo masculino, devido a maior prevalência de causas externas em adultos jovens do sexo masculino.

As doenças do sistema circulatório seguido das doenças neoplásicas ainda são as maiores causas de óbitos, sendo as neoplasias de trato gastrointestinal a de maior prevalência tanto em mulheres quanto em homens. Os óbitos por causas externas apresentaram um aumento (%) e passaram da 4ª causa de morte em 2018, para a 3ª causa em 2022 (figura 30).

FIGURA 30 – MORTALIDADE PROPORCIONAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO POR CAPÍTULO CID-10 – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM 08/08/2023. [1]2022: dados preliminares, sujeitos à alteração.

A qualificação de dados de mortalidade no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), apresenta um percentual de 3% de Causa Básica mal definida (após investigação) no Paraná, uma melhoria em comparação aos anos anteriores.

6.3.3.2 Serviço de Verificação de Óbito

A Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito (RNSVO) é composta pelos Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO) instituídos nos municípios, estados e no

Distrito Federal e tem como principal finalidade promover a qualificação e a melhoria dos dados e informações, sobre o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos sem elucidação diagnóstica, nos casos de morte natural com ou sem assistência médica; subsidiar a definição e implementação de políticas de saúde.

O SVO deve priorizar o esclarecimento da causa mortes de casos de interesse da vigilância epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde (BRASIL, 2021).

O Paraná encontra-se em um processo de formação da Rede Estadual de SVO; sendo uma unidade sob gestão da SESA, situada no município de Cascavel que abrange quatro regiões de saúde (7ªRS, 8ªRS, 10ªRS, 20ªRS) e um serviço de gestão municipal com abrangência regional (9ª RS) no município de Foz do Iguaçu. Esta Rede está se ampliando com a institucionalização do SVO Metropolitano (02ªRS) que atenderá 29 municípios, incluindo Curitiba, por meio da parceria com a Polícia Científica do Paraná (SESA/SESP Resolução nº 025/2022).

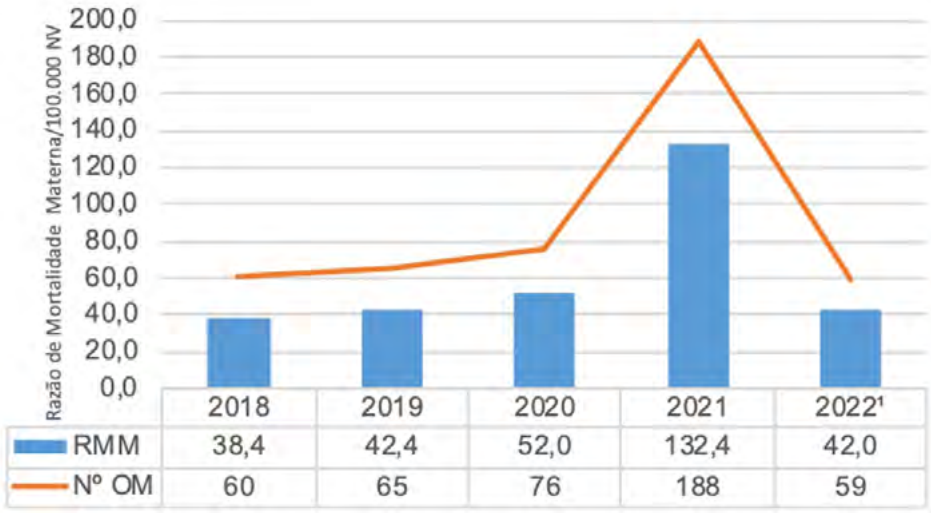
Tal condição requer um planejamento de execução para a criação da Rede Estadual de SVO, propiciando as condições necessárias de estruturação, funcionamento, custeio e monitoramento por meio de controle de indicadores de processo, de qualidade e de resultados.

6.3.3.3 Mortalidade Materna

A redução da mortalidade materna é um desafio global aos sistemas de saúde, um compromisso que está presente na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) do Milênio, 2015.

No Paraná, entre 2018 a 2022, ocorreram 448 Óbitos Maternos (OM), óbitos de mulheres na gestação e até 42 dias após o parto. Neste período a razão de mortalidade materna (RMM) aumentou em 9,2% sendo de 38,4 OM/100 mil nascidos vivos (NV) (2018) e de 42,0/100 mil NV (2022). Em 2021, a RMM foi de 132,4 tendo ocorrido um total de 188 OM no decorrer do ano o que perfaz 3,1 x o valor de 2018 conforme demonstra na figura 31 e no Brasil foi de 107,7/100 mil NV (BRASIL, 2022).

FIGURA 31 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA/100.000 NASCIDOS VIVOS – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM/Sinasc 01/08/2023.[1]2022: dados preliminares.

Do total de OM ocorridos em 2020, 17 (22,4%), 122 do ano de 2021 (64,9%) e um ano de 2022 (1,7%) tiveram associação com a COVID-19. Observou-se uma significativa queda no número absoluto de OM após o início da vacinação respaldada pela Nota Técnica nº 1, de 11 de junho de 2021, que recomendou a vacinação contra COVID-19 para todas as gestantes e puérperas do Paraná (PARANÁ, 2021).

Em 2022, os OM ocorreram predominantemente em mulheres com idade entre 20-39 anos, o que representa 78,0%; em relação à escolaridade 44,1% das mulheres tinham ensino médio completo; quanto à raça-cor, 59,3% se autodeclararam branca 39,0% negras (soma de pardas e pretas). Destaca-se que em 2018 o % de OM raça-cor negra foi de 31,6%. A maioria dos OM ocorreu no puerpério até 42 dias após o parto (71,2%), por causas obstétricas diretas (78,0%) sendo as causas mais comuns pré-eclâmpsia/eclâmpsia (34,8%) e hemorragias (28,3%). Das causas obstétricas indiretas as que mais se destacaram foram as doenças do aparelho circulatório (45,5%).

São ações contínuas da vigilância epidemiológica como a investigação dos OM que em 2022 encerrou com 98,3% de óbitos investigados, investigação e monitoramento de óbitos em mulheres em idade fértil em busca de OM não declarados, discussão do Grupo Técnico de Agilização de Revisão do Óbito (GETARO) junto a equipe multiprofissional do Estado e dos municípios para diagnóstico das "demoras" e recomendações oportunas para a Rede de Atenção à Saúde e prevenção de novos OM.

6.3.3.4 Mortalidade Infantil e Fetal

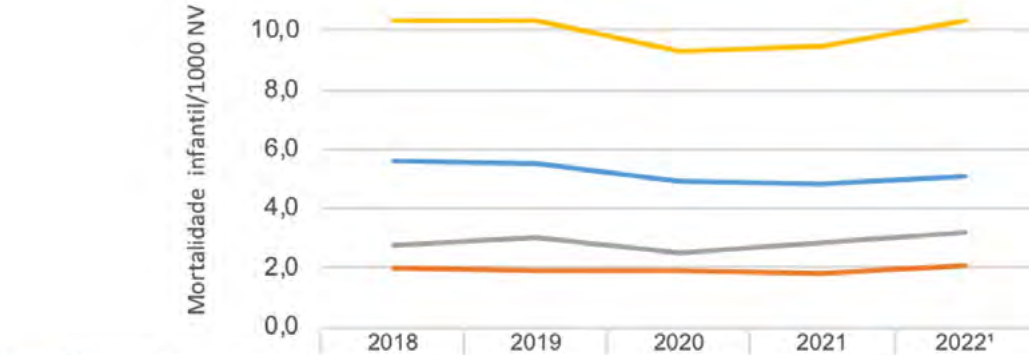
A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde, refletindo as condições de vida de uma população, e constitui um tema prioritário de saúde pública mundial. Valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde e baixo nível de desenvolvimento econômico e social. Em 2019, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil foi de 13,3/1000 NV e no Paraná 10,3/1000 NV (BRASIL, 2021).

Entre 2018 e 2022 ocorreram 7.353 Óbitos Infantis (OI) no Estado, uma média de 1.471/ano. Nesse período a TMI reduziu em 0,1%, a TMI neonatal precoce (- 9,8%) e a TMI Neonatal Tardia (+16,0%) (figura 32).

Em 2022 houve 1.451 OI, sendo a maioria em <7 dias de vida (48,9%) e peso ao nascer <1.500 kg (46,0%). A TMI foi de 10,3/1000 NV, TMI Neonatal precoce (5,0/1000 NV) e a TMI Neonatal Tardia (2,0/1000 NV); TMI Pós-neonatal (3,2/1000 NV).

Quanto a Mortalidade Fetal (nascidos mortos), houve 4.886 óbitos fetais (OF) entre 2018-2022, média de 977/ano. Observou-se aumento da Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) em 10,2% no período: de 2,1/1000 NV+OF (2018) para 6,9/1000 NV+OF (2022) (figura 32).

FIGURA 32 – MORTALIDADE INFANTIL/1.000 NASCIDOS VIVOS POR COMPONENTE ETÁRIO – PARANÁ, 2018-2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022[1]
Neonatal Precoce (<7d)	5,6	5,5	4,9	4,8	5,0
Neonatal (7-27 d)	2,0	1,9	1,9	1,8	2,0
Neonatal Tardia (28d-<1 ano)	2,8	3,0	2,5	2,9	3,2
Infantil < 1 ano	10,3	10,3	9,3	9,5	10,3

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM-Sinasc 01/08/2023. [1]2022: dados preliminares, sujeitos a alterações. *Inclui NV + OF de 22 semanas e mais de gestação.

Em 2022, as principais causas de OI por Capítulo da CID-10 foram: afecções originadas no período perinatal (55,4%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (25,2%). Quanto à evitabilidade: reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e atenção ao recém-nascido (11,0%), atenção a mulher ao parto (8,1%).

As principais causas de OF por Capítulo da CID-10, no ano de 2022 foram: afecções originadas no período perinatal (89,7%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (8,6%).

A vigilância dos OI e OF, com ações como a investigação epidemiológica que em 2022 está em 93,9% e 93,9% respectivamente para OI e OF, assim como as discussões técnicas multiprofissionais das esferas estadual e municipal possibilitam subsidiar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

6.3.3.5 Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem a maior carga de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Caracterizam-se como doenças multifatoriais e de longa duração, nas quais estão incluídas as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2021).

Embora um dos principais fatores de risco da maioria das DCNT seja a idade, avaliar a mortalidade por DCNT na faixa etária de 30-69 anos nos permite analisar o cuidado à saúde da população e seus hábitos de vida, visto que a maioria dessas mortes prematuras está relacionada a fatores de riscos modificáveis, como tabagismo, inatividade física, obesidade e alimentação inadequada.

No Paraná, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas são as principais causas de mortalidade prematura, conforme demonstra a tabela 4.

TABELA 4 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) / 100.000 HABITANTES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – PARANÁ, 2018 A 2022*

GRUPO DE CAUSAS	2018	2019	2020	2021	2022*
Doenças cardiovasculares	134,57	131,54	131,30	136,81	141,30
Neoplasias malignas	138,89	136,94	135,07	136,36	138,28
Diabetes mellitus	29,52	26,34	28,86	29,53	28,46
Doenças respiratórias crônicas	23,97	24,08	21,11	22,02	25,54
TOTAL	**326,96**	**318,90**	**316,35**	**324,73**	**333,57**

*Dados preliminares, sujeitos à alterações.
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIEP). Acesso em 10/08/23.

6.3.3.6 Mortalidade Prematura por Neoplasias Malignas

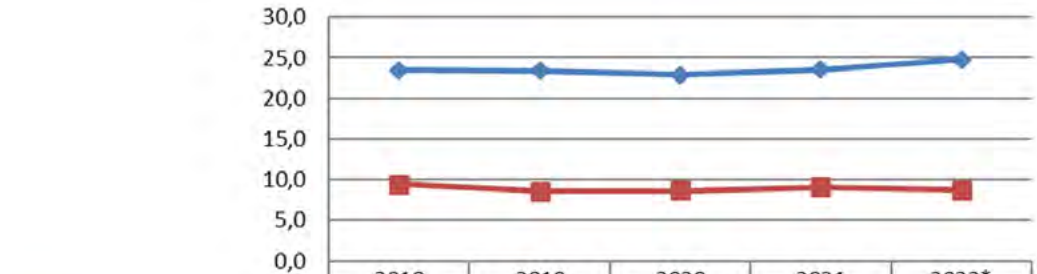
Diversos fatores têm contribuído para o aumento da incidência e da mortalidade por câncer, como crescimento e envelhecimento populacional, mudanças na prevalência e distribuição dos fatores de risco, em especial àqueles relacionados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2022).

Para o Estado do Paraná, estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025 ocorram 36.900 novos casos de câncer, sendo 19.190 na população masculina e 17.710 casos na população feminina (exceto câncer de pele não melanoma). Nos homens, a maior incidência estimada é do câncer de próstata, seguido do câncer de cólon e reto e do câncer de traqueia, brônquios e pulmões. Já nas mulheres, as maiores incidências estimadas são do câncer de mama, seguido também do câncer de cólon e reto e do câncer de traqueia, brônquios e pulmões (INCA, 2022).

Os cânceres de mama e do colo do útero têm programas de rastreamento bem determinados e definidos pelo Ministério da Saúde. Deste modo, compreende-se que a estratégia de rastreamento, de forma organizada, contribui para a redução da mortalidade por essas doenças.

A taxa de mortalidade prematura por câncer de mama vem apresentando aumento nos últimos anos. Já a taxa de mortalidade pelo câncer do colo do útero apresentou discreta redução, com tendência à estabilidade, conforme demonstrado na figura 33.

FIGURA 33 – TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) / 100.000 HABITANTES POR CÂNCER DE MAMA E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SEXO FEMININO – PARANÁ, 2018 A 2022*



	2018	2019	2020	2021	2022*
Taxa mortalidade mama	23,5	23,4	22,9	23,6	24,8
Taxa mortalidade colo do útero	9,5	8,6	8,7	9,1	8,7

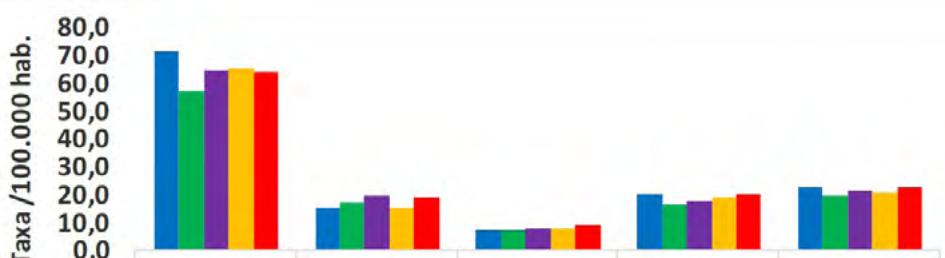
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIEP). Acesso em 10/08/23.

6.3.3.7 Mortalidade por Violências e Acidentes

A mortalidade por acidentes e violências ocupou a 4ª posição no ranking de óbitos no Paraná em 2022, o equivalente a taxa de 26,1/100 mil habitantes (9.811 óbitos) ao ano. Quanto à análise do recorte dos casos de óbito em que o homicídio foi a causa básica da morte, observou-se que a taxa foi de 22,0/ 100 mil habitantes, o que corresponde a 2.555 registros no sistema segundo macrorregião de saúde (gráfico 34). Quando se compara os óbitos ocorridos em 2020 e 2021 observou-se uma redução na variância de 0,11% para 0,02%, contudo, é necessário que haja cautela em sua interpretação, uma vez que a pandemia da COVID-19 impactou em muitos eventos em saúde.

As Regionais de Saúde com maiores taxas de mortalidade por acidentes e violências, respectivamente, foram: 1ª Regional de Saúde (40,99) e 21ª Regional de Saúde (29,84), as quais integram a Macrorregião Leste, e 9ª Regional de Saúde (34,23), que pertence à Macrorregião Oeste. Destaca-se que o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023), aponta que das 50 cidades mais violentas do país, segundo a taxa de Mortes Violentas Intencionais, três são do Paraná (Paranaguá, Almirante Tamandaré e Campo Largo).

FIGURA 34 – TAXA DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS / 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



	Leste	Norte	Oeste	Noroeste	Paraná
2018	71,3	15,0	7,1	19,6	22,1
2019	57,1	16,7	6,6	16,3	19,0
2020	64,7	19,4	7,2	17,4	21,1
2021	65,3	14,8	7,3	18,9	20,7
2022	63,9	18,4	8,5	20,1	22,0

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM 08/08/2023.
Notas: [1]2022: dados preliminares, sujeitos a alterações. [1]Considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal da CID-10).

Em 2022, no Estado, em 90,7% (2.319) dos óbitos por homicídios a vítima era do sexo masculino, apresentando uma mortalidade de 40,84 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 9,12 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. Do total de óbitos por homicídios 58,24% são da raça/cor branca e 33,58% são da raça/cor negra. Outra característica relevante encontrada nos dados é o elevado número de homicídios em jovens entre 15 a 29 anos, contabilizando 44,19% (1.112) do total, sendo representativo também o número de óbitos nas faixas etárias entre 30 a 39 (25,97%) e entre 40 a 49 (14,06%). As informações corroboram com as do cenário brasileiro, segundo apontado no Plano Nacional de Dant (2021) no Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos. Outras informações de destaque é que 55,42% dos casos

de homicídios no Paraná, em 2022, ocorreram por disparo de arma de fogo e 40,16% dos óbitos ocorreram em via pública.

Junto com as violências, observa-se que os sinistros de trânsito (acidente de transporte terrestre de acordo com o CID-10, V01-V89) são também um problema de saúde pública e de violência urbana.

De acordo com Guerra, cada sinistro de trânsito fatal, com óbito ocorrido no local, nas rodovias estaduais e nos trechos das rodovias federais situados no Paraná, custou em 2021 aproximadamente 935 mil reais à sociedade paranaense, e os sinistros com vítimas não fatais custaram em média cerca de 143 mil reais no mesmo ano. Quanto ao perfil dos óbitos por lesões de trânsito em 2022, no Paraná, morreram 2.526 mil pessoas (26% dos óbitos por causas externas), destas 34% eram ocupantes de automóvel ou caminhonete, 28% ocupantes de motocicleta, 17% pedestres e 5% ciclistas. A maioria era de adultos com idades entre 20 a 59 anos (72,1%), com predomínio na faixa etária entre 20 a 29 anos (22,57%). Destes óbitos, 81,9% eram do sexo masculino. Entre os anos de 2018 a 2022 houve um aumento de 5,61% nos óbitos no sexo masculino e uma redução de 6,6% no sexo feminino.

Observa-se que de 2018 a 2022, o conjunto dos 14 municípios aderentes ao PVT, que abarcam 44% da população do PR, tiveram uma redução de 3,90% no número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, enquanto o PR aumentou 3,19%. A taxa de mortalidade por lesões de trânsito por 100 mil habitantes, no conjunto dos municípios com PVT, diminuiu 4,33% e no Paraná a redução foi de 1,05% (TABNET/SIM/SESA, 26/06/2023, dados preliminares de 2022; IBGE, 2022). A taxa de internação hospitalar no SUS por lesões de trânsito da população residente no Paraná em 2022, foi de 8,89 internações por 10 mil habitantes, no conjunto dos municípios com PVT foi de 7,71. O Paraná reduziu 5,65% a taxa de internações por lesões de trânsito de 2018 para 2022, no entanto o conjunto destes 14 municípios reduziu 31,79% (SIH/SESA, 26/06/2023; IBGE, 2022).

A OPAS (2018, p.07) propõe uma perspectiva ampliada do olhar da saúde pública para a segurança viária, além da atenção em saúde às lesões de trânsito, também prevê a abordagem da epidemiologia para qualificação da informação, assim como o olhar proativo da promoção da saúde, atentando aos determinantes sociais. A saúde historicamente possui capacidade para o desenvolvimento intersetorial de ações e políticas públicas, desta forma contribui com a evolução do conceito de prevenção da morbimortalidade no trânsito para uma visão ampla, de mobilidade sustentável.

6.3.4 MORBIDADE

6.3.4.1 Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI)

Doenças de Notificação Compulsória Imediata (NCI) são aquelas que cuja notificação compulsória deve ser realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível (BRASIL, 2016). As DNCI devem ser investigadas/encerradas em até 60 dias e a digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em até sete dias após a notificação, essencial para que ações de prevenção e controle possam ser desencadeadas oportunamente.

O resultado do indicador para o Paraná foi de 86,6% (2018), 82,2% (2019), 88,8% (2020), 85,7% (2021) e 84,5% (2022). A meta nacional é de ≥ 80% dos casos encerrados oportunamente (BRASIL, 2023). A avaliação até 2022 incluía 24 doenças/agravos e está descrita na tabela 5.

TABELA 5 – ENCERRAMENTO OPORTUNO DA INVESTIGAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA – PARANÁ, 2022

DOENÇA/AGRAVO	OPORTUNO (N)	Nº DE NOTIFICAÇÕES	OPORTUNO %
Botulismo	1	1	100,0
Dengue (óbitos)	90	111	81,1
Febre Amarela	44	47	93,6
Febre de Chikungunya (Óbitos)	3	3	100,0
Febre do Nilo Ocidental	2	2	100,0
Febre Maculosa e outras Riquetsioses	31	53	58,5
Hantavirose	83	97	85,6
Malária	58	65	89,2
Paralisia Flácida Aguda	31	38	81,6
Raiva Humana	3	3	100,0
Rubéola	43	47	91,5
Sarampo	103	115	89,6
Zika (óbitos suspeitos)	3	4	75,0
TOTAL	**495**	**586**	**84,5**

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP Sinan Net e Online. Sinan Relatórios 5.0 período avaliado: 01/01/2022 a 13/11/2022.

6.3.4.2 Poliomielite

Agravo indicado para erradicação, porém até o presente, endêmica no Paquistão e Afeganistão e epidêmica na África e Ásia, regiões com altíssimo índice de migração e refugiados. A manutenção do monitoramento das paralisias flácidas agudas é fundamental para a detecção precoce de casos de poliomielite, impedindo a reintrodução do poliovírus em nosso meio. O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989, e no Estado do Paraná, em 1986.

Por meio da análise dos quatro componentes, imunização, vigilância epidemiológica da poliomielite, determinantes (serviços básicos de água potável e saneamento básico) e casos e surtos de doenças imunopreveníveis (sarampo, rubéola, difteria, tétano neonatal e febre amarela) que compõem a Matriz para Análise de Risco da Reintrodução do vírus da Poliomielite no país e estado, foi elaborado em 2022 o Plano de Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem e surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal no Estado do Paraná para avaliar o risco de poliomielite em todos os municípios do território paranaense e efetivar a tomada de decisões visando a mitigação do risco.

Reforça-se a importância da vigilância e da manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais desse agravo conforme a meta preconizada pelo Ministério da Saúde igual ou acima de 95%. No Paraná, no período de 2018-2022 observou-se a queda das coberturas vacinais em

-7,63%: de 90,88% (2018) para 83,25% (2022). Mesmo com essa queda expressiva de cobertura vacinal, não foi detectado nenhum caso da doença.

6.3.4.3 Doenças Exantemáticas

A circulação dos vírus selvagens do sarampo e da rubéola estão presentes 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 enfrentou 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 inicialmente pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a partir de abril de 2020 processados pelo LACEN/PR.

Não há ocorrência de casos confirmados de rubéola desde 2008 e de sarampo desde 2020, por isso, é imprescindível a vigilância por meio da notificação e da investigação oportuna, do Boletim de Notificação Semanal (BNS) e da avaliação laboratorial dos casos suspeitos, assim como a manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais e bloqueios dos contatos em tempo oportuno (72 horas), para a manutenção do controle dessas doenças.

Entre 2018 e 2022 foram notificados 4.598 casos suspeitos de doenças exantemáticas, sendo confirmados 2.067 casos de sarampo (surto em 2019/2020) (tabela 6).

TABELA 6 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS – PARANÁ 2018 A 2022

ANO	2018	2019	2020	2021	2022*	TOTAL
Sarampo	-	1.631	436	-	-	2.067
Rubéola	-	-	-	-	-	-
Descartado	358	1.326	591	84	171	2.530
TOTAL	**358**	**2.957**	**1.027**	**84**	**171**	**4.598**

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR/ Sinan net 06/09/2023. Nota[1]: 2022 – dados preliminares, sujeitos a alteração.

Anualmente, o Estado deve notificar no mínimo 230 casos de Doenças Exantemáticas. Em 2018 o indicador foi atingido através do monitoramento, nos anos de 2019 e 2020 em consequência do surto de sarampo houve o alcance acima da meta e em 2021 e 2022 o Estado não alcançou o indicador provavelmente em decorrência da pandemia da COVID-19.

6.3.4.4 Meningites e Doença Meningocócica

As meningites de origem infecciosa são apontadas como um problema de saúde pública. A meningite é considerada, no Brasil, uma doença de caráter endêmico, tendo sua ocorrência ao longo de todo o ano.

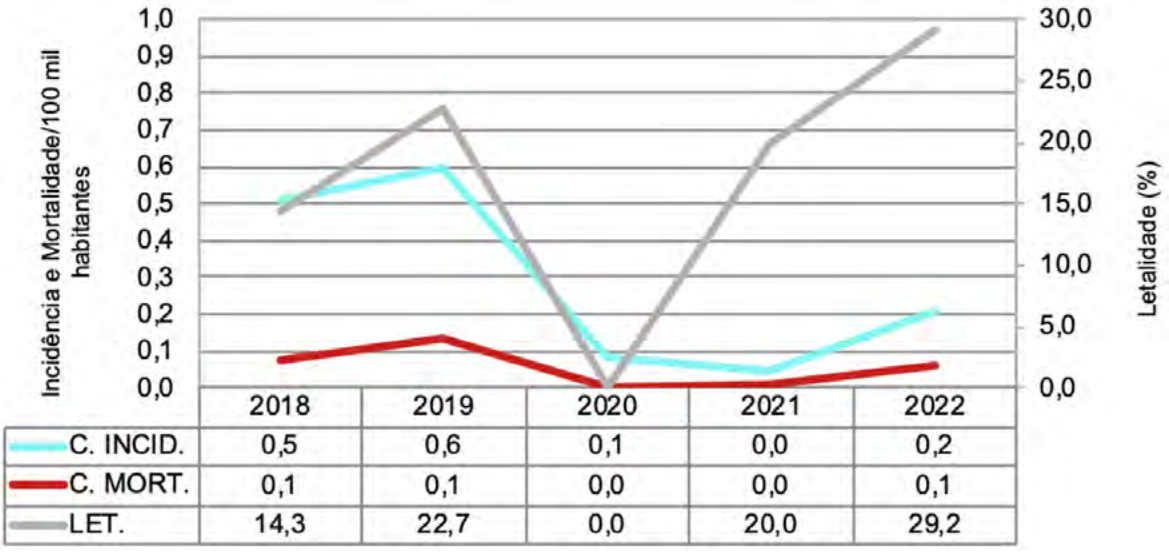
No Estado do Paraná, dentre os anos de 2018 e 2022, foram notificados 9.827 casos suspeitos de meningite, sendo 6.492 confirmados. Dentre os vários agentes etiológicos do agravo, a meningite viral foi a mais frequente (3.409) seguida das meningites bacterianas (2.197).

Os principais agentes bacterianos causadores de meningite são: Neisseria meningitidis (meningococo), Streptococcus pneumoniae (pneumococo) e Haemophilus influenzae. A meningite pneumocócica é considerada a segunda maior meningite bacteriana no País.

A doença meningocócica teve seu Coeficiente de Incidência (CI) reduzido, passando de 0,6 casos/100 mil habitantes, em 2019, para 0,2 casos/100 mil habitantes em 2022. A letalidade da doença foi alta em 2022, por volta de 29%.

O Brasil apresentou uma redução do coeficiente de incidência após a introdução da vacina meningocócica C (conjugada) em 2010. No Estado do Paraná o Coeficiente de Incidência e mortalidade apresentaram uma diminuição no ano de 2020, (figura 35) cenário este, que também pode estar relacionado à pandemia da COVID-19, devido às medidas de contenção utilizadas no período.

FIGURA 35 – DOENÇA MENINGOCÓCICA – COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA/100.000 HABITANTES, LETALIDADE (%) E MORTALIDADE/100.000 HABITANTES) – PARANÁ, 2018–2022[1]

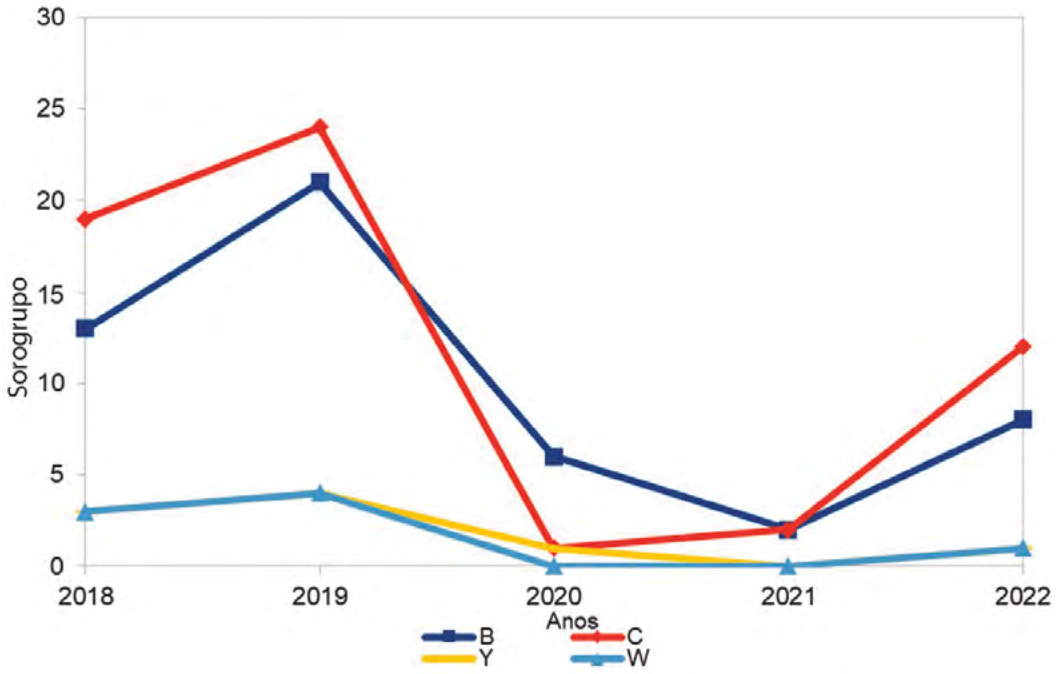


	2018	2019	2020	2021	2022
C. INCID.	0,5	0,6	0,1	0,0	0,2
C. MORT.	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
LET.	14,3	22,7	0,0	20,0	29,2

NOTA[1]: 2022 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; Sinan Net agosto de 2023. [1]2022: dados preliminares.

Os sorogrupos mais frequentes no país dentre o período de 2007 e 2020, foram o C (8.811 casos) seguido do B (2.662 casos). Estes sorogrupos também foram os mais prevalentes no Estado no período de 2018 a 2022. Sendo o C (56 casos) e B (41) casos (figura 36).

FIGURA 36 – SOROGRUPOS DE MENINGOCOCO – PARANÁ, 2018–2022*



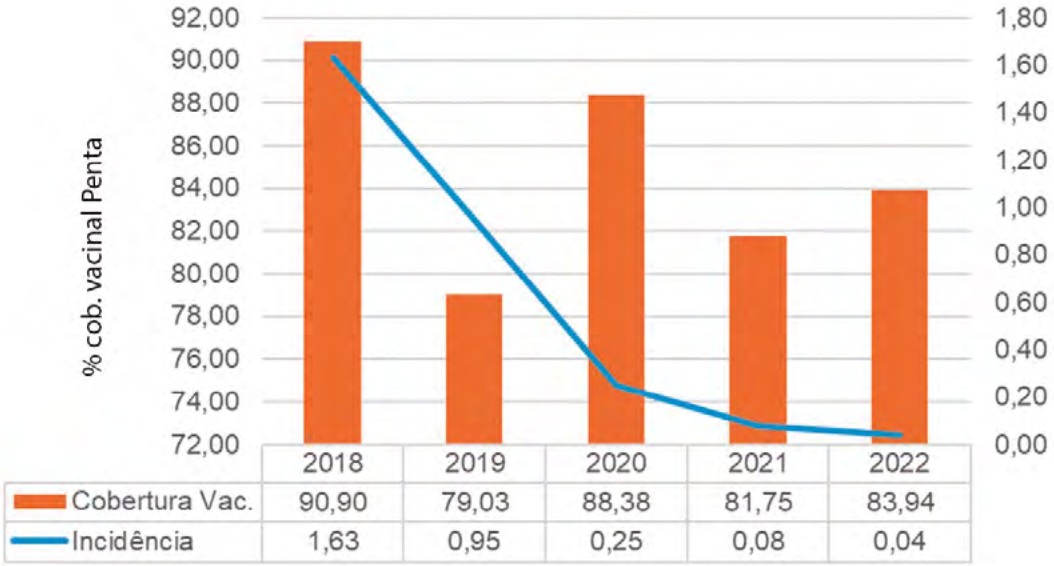
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; SINAN NET; 2023.
NOTA[1]: 2022 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

6.3.4.5 Coqueluche

A abordagem da coqueluche grave na infância segue como desafio. Estudos em diferentes países revelaram uma mudança significativa na variação antigênica das cepas da *Bordetella Pertussis*, uma das causas é a imunidade não duradoura em adolescentes e adultos, gerando maior suscetibilidade, sendo as mães infectadas a principal fonte de transmissão. Porém, houve avanços como a introdução da vacinação em gestantes, e nos últimos anos a introdução do RT-PCR como método diagnóstico laboratorial, o que auxilia no desdobramento mais rápido na condução das ações da vigilância epidemiológica.

Em 2022, observou-se uma diminuição do número de casos em que a incidência da doença passou de 1,63/100.000 habitantes em 2018, para 0,04/100.000 habitantes, em 2022. De 2018 a 2022 foram confirmados 338 casos (figura 37).

FIGURA 37 – TAXA DE INCIDÊNCIA/100.000 HABITANTES POR COQUELUCHE E COBERTURA VACINAL COM PENTA – PARANÁ, 2018 A 2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Cobertura Vac.	90,90	79,03	88,38	81,75	83,94
Incidência	1,63	0,95	0,25	0,08	0,04

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; Sinan Net setembro de 2023.
NOTA[1]: 2022 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

O Paraná possui 25 Unidades Sentinelas em todas as 22 Regionais de Saúde para o monitoramento da circulação da B. pertussis. No período de 2018-2022, ocorreu um óbito no Estado, sendo uma criança menor de seis meses de idade.

6.3.4.6 Difteria

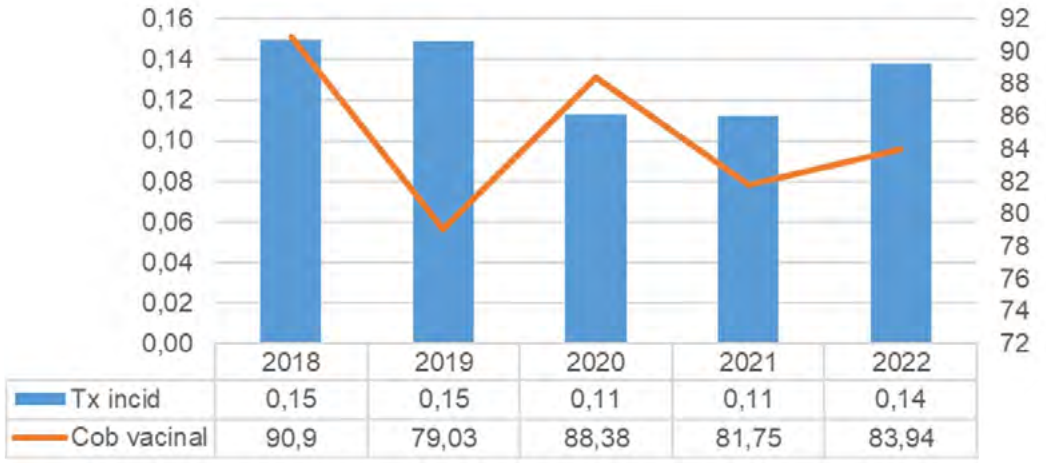
A difteria é uma doença toxi-infecciosa comunitária, de evolução aguda e principalmente respiratória, sendo de notificação compulsória. Ainda é importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. A transmissão ocorre pelo contato de indivíduos suscetíveis com portadores sintomáticos ou assintomáticos, seja na forma respiratória ou cutânea.

Nas Américas, em 2022, houve no Haiti, 32 casos, com seis óbitos, e no Brasil, foram confirmados dois casos. Considerando a ocorrência de casos confirmados no Brasil e a cobertura vacinal da Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP) em queda: cerca de 90% (2018) para 71,32% (2022) e que da mesma forma ocorreu no Paraná no período, sendo 90,90% (2018) para 83,94% (2022). Para o controle e contenção da doença no Estado, recomenda-se fortemente investigar todos os casos suspeitos e confirmados, aumentar o percentual de isolamento por cultura, acompanhar a tendência da doença para a detecção precoce de surtos e manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

6.3.4.7 Tétano Acidental

O tétano é a única patologia evitável por vacina que não é transmissível. Entre os anos de 2018 a 2022 foram registrados 76 casos de tétano acidental no Estado, e 996 no Brasil. O coeficiente de incidência apresentou uma variação de 0,15 em 2018 para 0,14 em 2022 por 100 mil habitantes e queda nas coberturas vacinais de DTP (figura 38).

FIGURA 38 – TAXA DE INCIDÊNCIA/100.000 HABITANTES POR TÉTANO ACIDENTAL E COBERTURA VACINAL COM PENTA – PARANÁ, 2018 A 2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Tx incid	0,15	0,15	0,11	0,11	0,14
Cob vacinal	90,9	79,03	88,38	81,75	83,94

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; Sinan Net agosto de 2023. [1]2022: dados preliminares.
NOTA[1]: 2022 – Dados preliminares, sujeitos à alteração.

No mesmo período, houve casos a partir dos 10-14 anos (um caso), 85,53% dos casos concentraram-se na faixa etária de 50 a 80. O elevado número de casos nesse intervalo de idade, pode estar relacionado ao envelhecimento e a ausência de reforço vacinal. Com o passar do tempo, os indivíduos tornam-se mais suscetíveis a acidentes, devido à redução dos reflexos, piora da habilidade motora e diminuição do campo visual, além disso, passam a ter imunidade protetora mais baixa, uma vez que os níveis de anticorpos contra o tétano diminuem com a idade, isso aponta para a necessidade de campanhas vacinais para esta população.

A predominância dos casos é no gênero masculino (88,2%), o que justifica a necessidade de estratégias direcionadas a esses indivíduos, a exemplo, campanhas de vacinação. E dos acometidos as principais ocupações são: aposentados/pensionistas (33,96%), trabalhador volante da agricultura (11,32%), e trabalhador da agropecuária (9,43%).

A letalidade, nesse mesmo período reduziu de 47,1% em 2018 para 31,13% em 2022 (redução de 33,6%) e no Brasil, 40,9% (2018) e 23,5% (2022); redução de 42,6%. Estas taxas são consideradas elevadas, em comparação aos países desenvolvidos, onde se apresenta entre 10 a 17%.

Em relação ao tétano neonatal, a última ocorrência no Estado foi no ano de 2000, e no Brasil, foi em 2003. Os principais fatores que contribuíram para a eliminação de casos foi o acompanhamento das mulheres no pré-natal, atendimento adequado durante o parto e puerpério, e a vacinação de todas as mulheres em idade fértil.

6.3.4.8 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

cinco 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 inusitados e ou com potencial endêmico, através da análise laboratorial colhidas pelas Unidades Sentinelas e dos exames coletados em casos de surtos. Por meio da investigação de surtos, define-se o modo de transmissão, podendo, inclusive ser causados por Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA). Além disso, o monitoramento das DDA no Estado, avalia o impacto das síndromes diarreicas agudas na morbidade e mortalidade. Atualmente, o Paraná tem 487 Unidades Sentinelas, distribuídas nos 399 municípios, para o recebimento das notificações das DDA no sistema de monitoramento, SIVEP-DDA, onde tivemos 1.245.606 casos notificados entre os anos 2018 a 2022, conforme demonstra a tabela 7.

TABELA 7 – NÚMERO DE CASOS DE DDA NOTIFICADOS NO SIVEP-DDA – PARANÁ, 2018-2022

ANO	Nº
2018	289.431
2019	323.310
2020	179.471
2021	170.247
2022	283.147
TOTAL	**1.245.606**

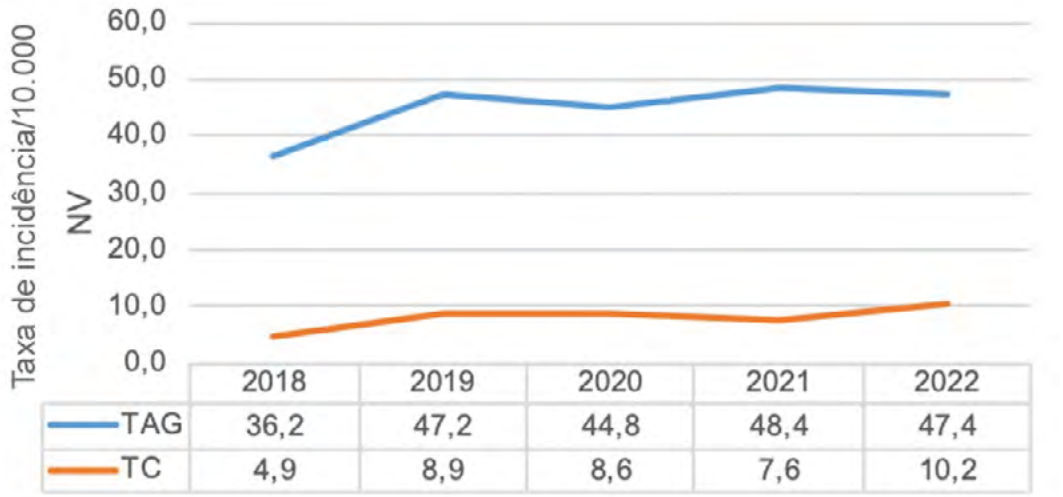
Fonte: Relatório anual do sistema SIVEP-DDA, 2018 a 2022.

6.3.4.9 Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita

A Toxoplasmose é uma zoonose de distribuição mundial com altas incidências no Brasil. A transmissão congênita pode ocasionar óbitos e graves lesões neuropsicomotoras e oculares, frequentemente de instalação tardia (BRASIL, 2018).

Entre 2018 a 2022 foram notificados 4.015 casos de Toxoplasmose Adquirida na Gestação (TAG) e 1.056 casos de Toxoplasmose Congênita (TC) no Estado, um incremento de 23,6% e 55,0% para as notificações de TAG e TC, respectivamente, observado no Estado após a compulsoriedade da notificação (BRASIL, 2016). A taxa de incidência da TAG aumentou e 36,2/10 mil Nascidos Vivos (NV) em 2018, para 47,4/10 mil NV em 2022 e a de TC, de 4,9 para 10,2/10 mil NV no mesmo período conforme figura 39.

FIGURA 39 – TAXA DE INCIDÊNCIA DE TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO E TOXOPLASMOSE CONGÊNITA/10.000 NASCIDOS VIVOS – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022
TAG	36,2	47,2	44,8	48,4	47,4
TC	4,9	8,9	8,6	7,6	10,2

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/Sinan Net 08/08/2023. [1]2022: dados preliminares.

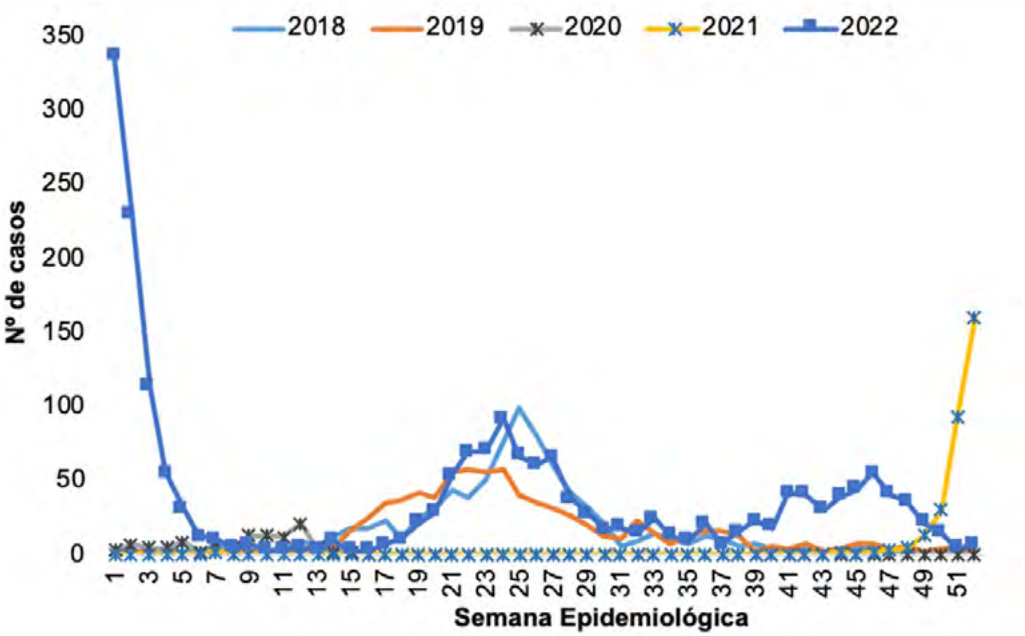
A abordagem articulada da vigilância e assistência junto aos agravos infecciosos de transmissão congênita; Sífilis, Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovírus, vírus Herpes simples (STORCH) é um desafio para otimizar a cultura da prevenção de óbitos perinatais e sequelas.

6.3.4.10 Influenza e COVID-19

A gripe é uma doença respiratória aguda causada pelo vírus influenza. Esse vírus pode causar uma síndrome gripal ou evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo necessário hospitalização.

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. Nos últimos anos no Estado do Paraná, a sazonalidade ocorreu entre os meses de abril a agosto, com exceção do período da pandemia da COVID-19 onde o vírus da influenza deixou de circular a partir de abril de 2020, voltando a circular em novembro de 2021, com um surto de Influenza A H3N2, demonstrado na figura 40.

FIGURA 40 – CASOS DE SRAG POR INFLUENZA SEGUNDO A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INÍCIO DOS SINTOMAS EM RESIDENTES NO PARANÁ, 2018–2022



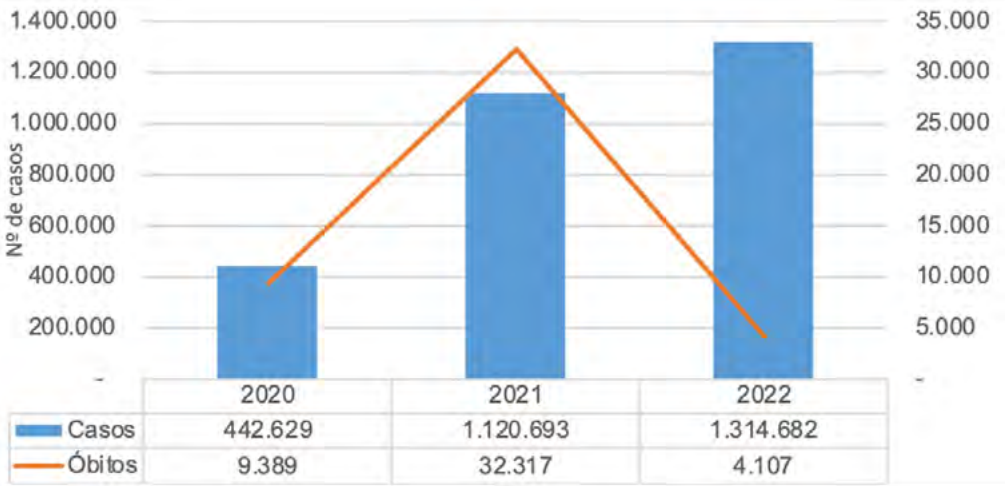
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; SIVEP GRIPE, 2023.

A vigilância desse agravo acontece por meio das 34 Unidades Sentinelas, que estão distribuídas nas 22 Regionais de Saúde, em 28 municípios distintos. O Paraná realiza detecção laboratorial de sete diferentes vírus respiratórios, por meio do LACEN/PR, considerando o elevado risco de propagação e de mutação do vírus influenza.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou em 30 de janeiro de 2020 a COVID-19 (doença infecciosa causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e em 11 de março foi decretada pandemia por COVID-19, dando início as notificações de casos suspeitos e confirmados, gerando informações epidemiológicas desencadeando ações em promoção da saúde, de financiamento e assistência nos três níveis de atendimento.

A figura 41 mostra respectivamente o número absoluto de casos confirmados e óbitos por COVID-19, sendo que no ano de 2021 houve aumento do número de óbitos em relação aos outros anos mostrados na série histórica.

FIGURA 41 – NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR COVID-19 RESIDENTES NO PARANÁ, 2020–2022[1]



	2020	2021	2022
Casos	442.629	1.120.693	1.314.682
Óbitos	9.389	32.317	4.107

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVVTR; NOTIFICA COVID19, 08/08/2023. [1]2022: dados preliminares.

A OMS declarou em 05 de maio de 2023, em Genebra, na Suíça, o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19. Esta decisão foi baseada na diminuição dos óbitos e hospitalização por COVID-19, bem como na elevação da vacinação da população.

6.3.4.11 HIV/AIDS

O HIV ainda é um grande desafio à saúde pública mundial. Dados do Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2022) mostram que, devido ao impacto da pandemia da COVID-19, nos anos de 2020 e 2021, houve uma queda significativa nas testagens para HIV.

A epidemia continua a afetar desigualmente algumas populações como gays, homens que fazem sexo com homens, mulheres trans e trabalhadores (as) do sexo. Isso mostra que os esforços em relação ao enfrentamento do HIV devem ser direcionados para o acesso aos equipamentos de saúde, bem como ações de prevenção, diagnóstico rápido e tratamento oportuno.

Em 2021, foi rememorado os 40 anos da descoberta do primeiro caso de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil e essa data marca as novas estratégias para combate à AIDS, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, das Organizações das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento de ações conjuntas, na resposta ao HIV.

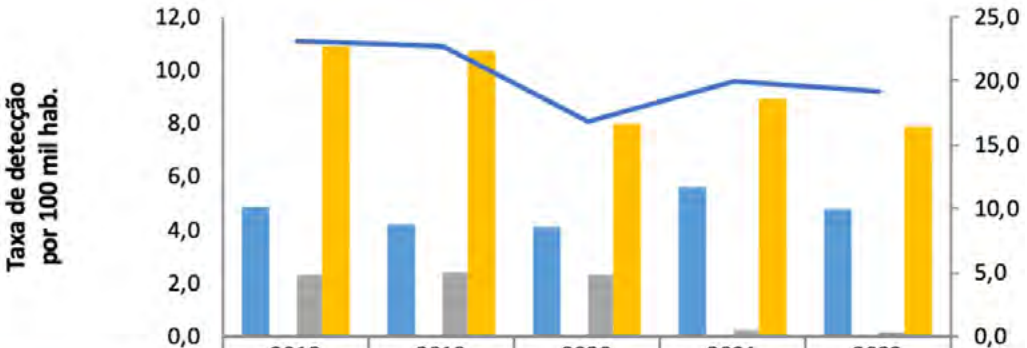
O Paraná expandiu o acesso à Profilaxia pré-Exposição (PrEP), considerando a necessidade de acesso conforme preconiza o Ministério da Saúde, para 60% dos municípios do Estado.Ainda, mantém em alinhamento com o Ministério da Saúde (MS), para a Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV/AIDS, sendo este, um processo em que há possibilidade também de avaliar como estão à assistência às gestantes com HIV, seus parceiros e dar continuidade nas políticas públicas para enfrentamento do HIV no território.

O número de crianças menores de cinco anos de idade expostas ao HIV, caiu em 60% nos últimos cinco anos. A redução foi de 16%, em relação às gestantes infectadas pelo HIV. As mesmas

devem ser notificadas a cada gestação, para monitoramento e acesso à fórmula infantil para seus bebês. O número de casos de HIV em 2022 foi de 2.221 casos. Embora o número seja elevado, houve uma redução de 15% dos casos desde o ano de 2018.

Além do intuito de eliminação do HIV/AIDS pela ODS, a redução dos óbitos por HIV relacionados à tuberculose (TB) com a oferta de novas tecnologias e testes para diagnóstico rápido de TB nas PVHA. No ano de 2022, foram 550 óbitos por AIDS, sendo o coeficiente de mortalidade de 4,7 óbitos a cada 100 mil habitantes (figura 42).

FIGURA 42 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS/100 MIL HABITANTES TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS EM MENORES DE CINCO ANOS/100.000 HABITANTES, DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES/1.000 NASCIDOS VIVOS, E DETECÇÃO DE AIDS E HIV/100 MIL HABITANTES – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022
óbitos	4,8	4,2	4,1	5,6	4,7
< 5 anos	0,04	0,03	0,03	0,01	0,02
Gestantes HIV	2,3	2,4	2,3	0,2	0,2
Aids	10,9	10,7	7,9	8,9	7,9
HIV	23,1	22,7	16,7	19,8	19,2

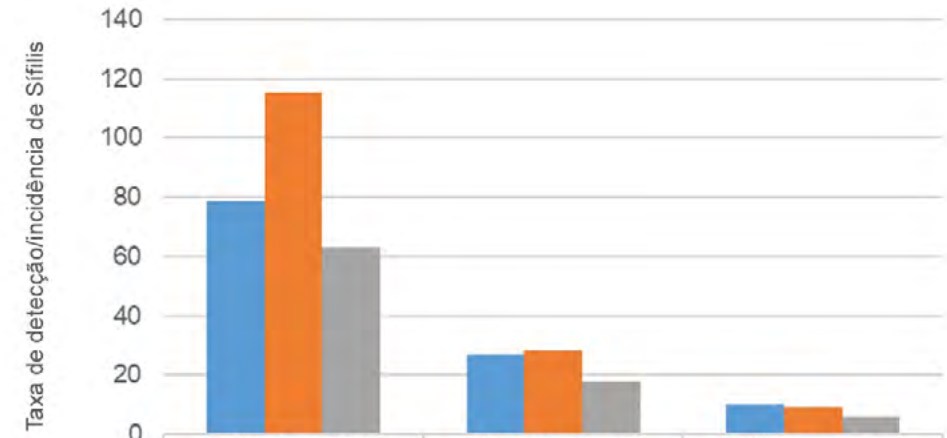
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DCIST/Sinan Net/ SIM - 02/08/2023. [1]2022: dados preliminares.

6.3.4.12 Sífilis Adquirida, Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita

A sífilis é uma das Infecções Sexualmente Transmissível (IST) mais comuns globalmente, com cerca de seis milhões de novos casos a cada ano. A transmissão é predominantemente sexual, sendo mais contagiosa nas fases iniciais da doença. Outra via comum é a transplacentária, causando a Sífilis Congênita (SC). Está associada a complicações significativas como aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, e má-formação do feto.

A taxa de incidência no Estado do Paraná no ano de 2020 foi de 6,1/1.000 nascidos vivos (NV) embora ainda consideradas altas, são menores que as taxas nacionais e da Região Sul do Brasil (BRASIL, 2022). As figuras 43 e 44 demonstram a sífilis adquirida e a sífilis congênita com taxas inferiores às do Brasil e Região Sul, nos anos de 2020 e no período de 2018/2022, podendo sugerir maior sensibilidade ao acesso ao diagnóstico, indicando a melhoria das ações de vigilância e qualidade dos dados epidemiológicos.

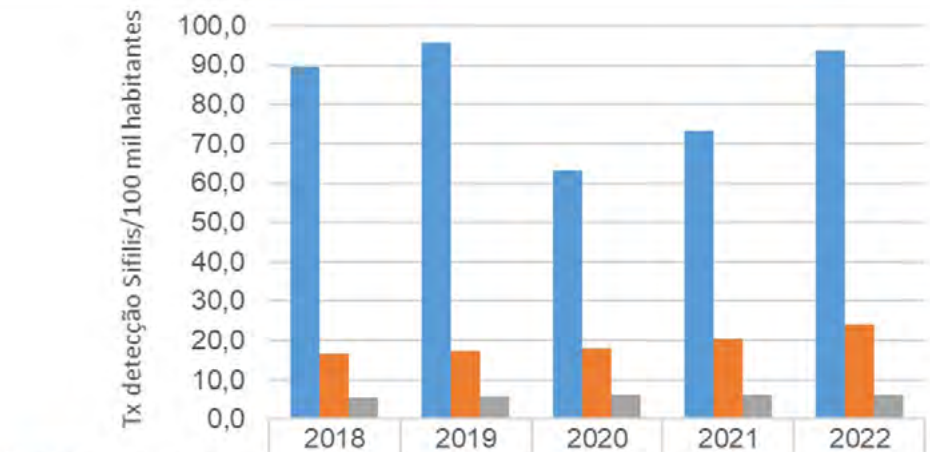
FIGURA 43 – TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA/100.000 HABITANTES, TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE/1.000 NASCIDOS VIVOS, TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 01 ANO – BRASIL, 2020



	Sífilis Adquirida	Sífilis Gestante	Sífilis congênita
Brasil	78,5	27,1	9,9
Região Sul	115,3	28,2	9,4
Paraná	63,0	17,8	6,1

Fonte: SESA/DAV/CVIE/Sinan net, julho 2023/Boletim Epidemiológico da sífilis, 2022.

FIGURA 44 – TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA/100.000 HABITANTES, TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE/1.000 NASCIDOS VIVOS, TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 01 ANO – PARANÁ, 2018–2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Sífilis Adquirida	89,6	95,5	63,0	73,2	93,7
Sífilis em gestante	16,8	17,4	17,8	20,3	24,1
Sífilis congênita	5,6	5,8	6,1	6,2	6,2

Fonte: SESA/DAV/CVIE/Sinan Net, julho de 2023. ¹2022: dados preliminares.

O Paraná desenvolve inúmeras ações de prevenção, controle e monitoramento objetivando atingir as metas em resposta a pactuações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como as nacionais, seguindo as orientações

do Pacto Nacional para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas, como problema de Saúde Pública do Ministério da Saúde (MS). No ano de 2022, o Paraná teve o primeiro e único município a ter recebido a certificação de eliminação de transmissão vertical da sífilis, e outros três municípios conquistaram o Selo de Prata de Boas Práticas rumo à eliminação da transmissão vertical da sífilis. Reduzir a transmissão vertical da sífilis, um processo ainda desafiador, já começou a apresentar resultados para a saúde pública do Estado e da população paranaense.

6.3.4.13 Tuberculose

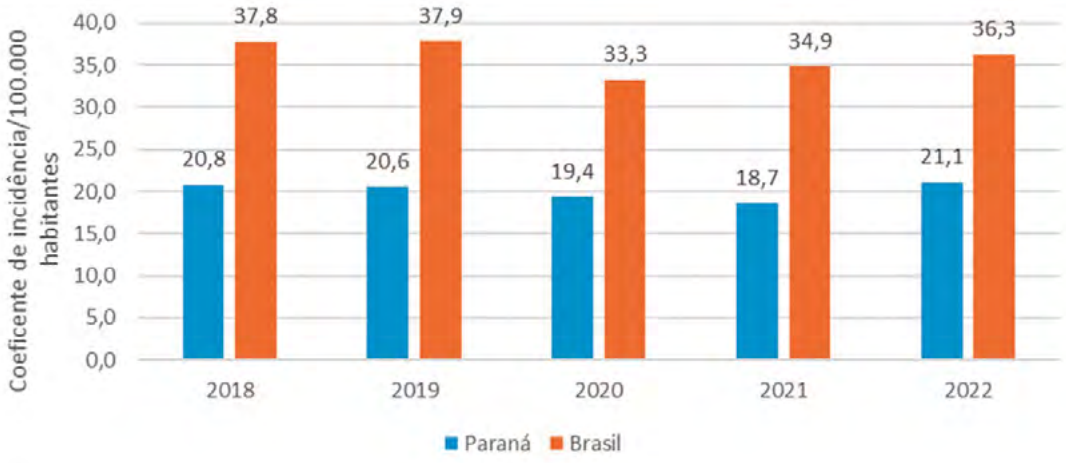
A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo uma das principais causas de morte no mundo. Nos anos de 2018 a 2022, foram notificados no Estado do Paraná, 11.559 casos nos de Tuberculose (TB). Somente no ano de 2022, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2.447 casos, com coeficiente de incidência de 21,1 casos a cada 100 mil habitantes.

O número de pessoas não diagnosticadas e não tratadas ficaram represadas durante a pandemia, no período de 2020 e 2021, consequentemente, os números devem reverberar nos anos posteriores (figura 45).

Diante do cenário mundial no enfrentamento da TB, foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU), o compromisso de eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até o ano de 2030, seguindo como preceito os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), divulgou em 2022 o Plano Estadual pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública 2022-2030.

Além das metas de reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes, outra meta proposta pelo Plano Estadual é reduzir em 95% os óbitos por tuberculose até 2030. Houve um aumento de óbitos por tuberculose de 45% de 2018 a 2022, no Estado.

FIGURA 45 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO BRASIL E NO PARANÁ (POR 100 MIL HABITANTES), 2018 A 2022[1]



Fonte:SESA/DAV/CVIE/DCIST, Sinan Net, 02/08/2023. [1]2022: dados preliminares.

A interrupção do tratamento dos casos novos de tuberculose foi de 6,8% em 2021, enquanto no Brasil foi de 13,1%. Quanto aos contatos de novos casos de tuberculose, que devem ser identificados para quebra da cadeia de transmissibilidade, o percentual de casos examinados em 2022 foi de 73,5%.

Importante destacar sobre a coinfecção TB-HIV – em que a TB é a grande causa de óbitos nas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). A partir de 2018 houve uma estabilização de casos de coinfecção, sendo que em 2022, a proporção de casos foi de 9,5%. Em relação à testagem, que é uma recomendação do MS, que toda pessoa com diagnóstico de tuberculose seja testada para HIV, o Paraná manteve a proporção de 83,3% de testagens para HIV, estando o Brasil com 79,4%.

A integralidade do cuidado, a partir da integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primaria à Saúde, foi o foco no desenvolvimento do Plano Estadual, bem como, para a instituição do Comitê Estadual de Controle da Tuberculose do Paraná. São muitos os desafios que deverão ser enfrentados nos próximos anos e, cabe a todos os envolvidos, retomar e intensificar as ações de enfrentamento à doença, especialmente junto às populações em situação de vulnerabilidade.

6.3.4.14 Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por vírus que acometem o fígado. Existem vários tipos de hepatites virais (A, B, C, D, E), sendo a hepatite A, B e C as mais comuns no Brasil.

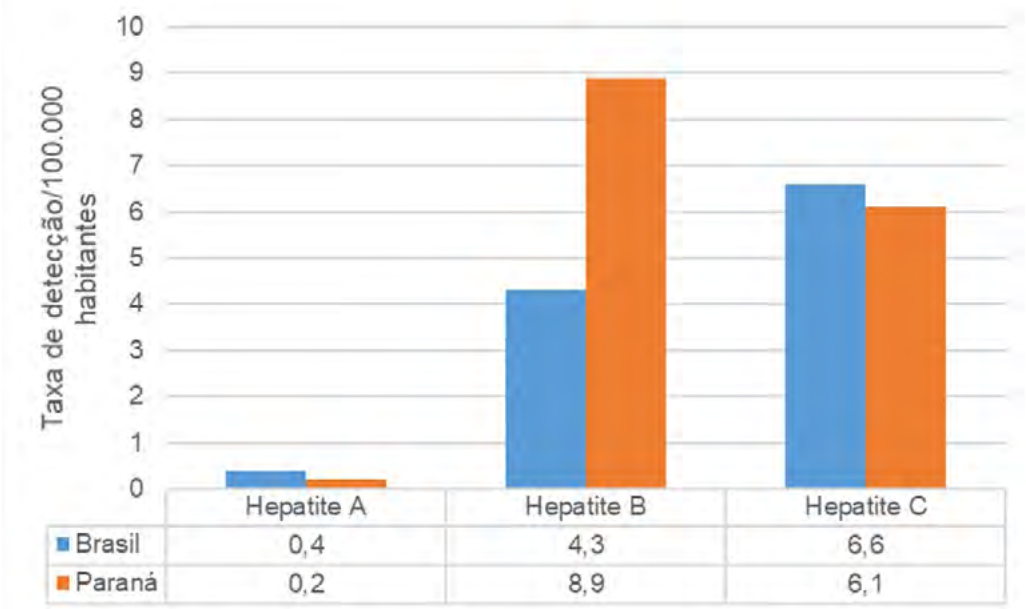
Essas doenças constituem atualmente um problema de saúde pública em todo o mundo, gerando impacto de morbidade e mortalidade, principalmente, pelas consequências de suas formas agudas graves ou das formas crônicas que podem evoluir para doença hepática avançada, levando a cirrose e ao hepatocarcinoma (BRASIL, 2018).

Em geral, as hepatites virais agudas são assintomáticas por isso são caracterizadas como uma doença silenciosa.

A taxa de incidência de hepatite A no Estado do Paraná no ano de 2022 foi de 0,2/100 mil habitantes, sendo menor que a taxa nacional.

A taxa de detecção de hepatite B no ano de 2022 foi de 8,9/100 mil habitantes, as maiores taxas encontram-se na região Oeste do Estado, correspondentes às 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 20ª Regionais de Saúde. A taxa de detecção de hepatite C no mesmo ano foi de 6,1 /100 mil habitantes.

FIGURA 46 – TAXA DE INCIDÊNCIA E DETECÇÃO DE HEPATITE A, B, C /100.000 HABITANTES, NO BRASIL E NO PARANÁ ANO DE 2022[1]



	Hepatite A	Hepatite B	Hepatite C
Brasil	0,4	4,3	6,6
Paraná	0,2	8,9	6,1

Fonte: SESA/DAV/CVIE/SINANNET, atualizado em julho de 2023.[1]2022: dados preliminares.

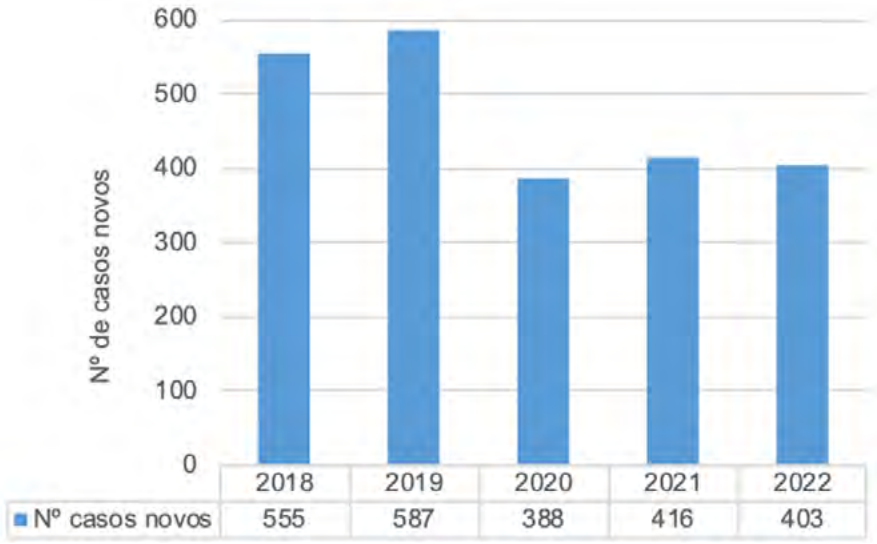
Em consonância com o Ministério da Saúde (MS), que visa atingir metas globais para eliminação das hepatites virais como problema de Saúde Pública até 2030, o Paraná tem como prioridades ampliar o diagnóstico e tratamento das hepatites virais, com foco na hepatite C e a vacinação da hepatite B, junto à população.

6.3.4.15 Hanseníase

O Estado tem em média 470 casos novos de hanseníase ao ano, número que vem diminuindo ano a ano em decorrência de baixa sensibilidade para diagnóstico precoce na Atenção Primária à Saúde (figura 47). Isso é evidenciado na proporção de casos com incapacidade física ao diagnóstico (próximo a 50%), sendo cerca de 13% de sequelas graves (incapacidade física grau 2) em 2022 (figura 2). Apesar de atingir pessoas de todas as faixas etárias, a maioria está em idade produtiva, é do sexo masculino e apresenta precárias condições socioeconômicas e de educação. As deformidades causadas pela doença demandam cuidados de média e de alta complexidade, além de acarretarem prejuízos físicos, mentais e sociais para usuários, familiares e sociedade.

Atualmente no Paraná há mais de 2.393 pensionistas beneficiados pela Lei Estadual nº 8.246, despende uma estimativa de R$ 30 milhões ao ano e aumenta progressivamente, para assistência de pessoas com sequelas físicas permanentes decorrentes da hanseníase em situação de vulnerabilidade social.

FIGURA 47 – NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE – PARANÁ, 2018-2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022
Nº casos novos	555	587	388	416	403

Fonte: SESA/DAV/CVIE/Sinan Net 31/07/2023. [1]2022: dados preliminares.

Em alinhamento às metas da Organização das Nações Unidas (ONU) para a eliminação da hanseníase e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), enfatizamos a necessidade de garantir o diagnóstico precoce e o tratamento para todas as pessoas afetadas, em especial na Atenção Primária à Saúde, bem como do trabalho integrado entre saúde, educação e assistência social, com vistas à prevenção de incapacidades e à eliminação da discriminação e de estigmas associados à hanseníase. Para tal, se faz necessário fortalecer o trabalho integrado entre atenção e vigilância à saúde, garantindo a qualificação dos trabalhadores que compõem as equipes em cada ponto da Rede de Atenção, com fluxos estabelecidos de encaminhamentos à equipe multiprofissional e às referências especializadas quando necessário, mantendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado.

FIGURA 48 – PROPORÇÃO GRAU 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA AO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE – PARANÁ, 2018-2022

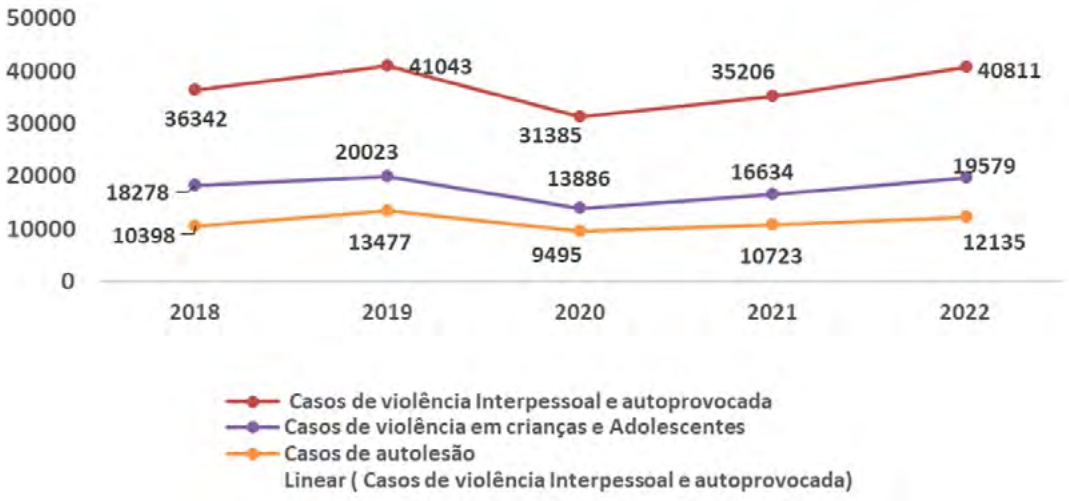
	2018	2019	2020	2021	2022
% Grau 2	12,06	13,65	10,89	11,17	13,09

Fonte: SESA/DAV/CVIE/Sinan Net 31/07/2023. [1]2022: dados preliminares.

6.3.4.16 Violência Interpessoal e Autoprovocada

No Paraná o cenário epidemiológico em relação às violências interpessoais e autoprovocadas têm apresentando tendência crescente (2018-2022). Contudo, 2020 foi um ano atípico, ocorrendo um declínio nos registros de casos, evento este que pode ser justificado pelo advento da COVID-19, e a limitação do acesso aos serviços de saúde, entre outros espaços, em virtude das medidas preventivas e da necessidade de isolamento/distanciamento social. Em 2022, no Paraná, foram registrados 40.811 mil casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), destes 48,0% eram registros de casos perpetrados contra crianças e adolescentes. Do total de casos, 29,7% eram equivalentes a registros de autolesão (figura 49).

FIGURA 49 – NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (AUTOLESÃO) REGISTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – PARANÁ, 2018 A 2022*



Fonte: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. Sinan-Net.Nota: DBF: 31/01/2023. *Dados preliminares sujeitos à alteração. A faixa etária utilizada para crianças e adolescente foi a preconizada pela OMS e MS, que define: crianças entre 0 a 9 anos e adolescentes entre 10 a 19 anos de idade.

Quando se estratificam os registros dos casos referentes a 2022, a tipologia mais frequente foi a violência física (44%), sendo a residência o local de ocorrência mais frequente (73,4%). Quanto a raça/cor a maioria dos eventos foi na cor branca (62,85%), seguida da cor negra (preta + parda) o equivalente a 25,5% dos casos registrados. Houve alto percentual de ignorados/branco (11,4%), o que requer qualificação das equipes, dada a importância social e epidemiológica da variável para análise de situação de saúde, em especial quanto as iniquidades e desigualdades. Identificou-se maior prevalência de casos no sexo feminino de 68%, sendo a razão entre os sexos de 2,1 (feminino: masculino). Para o sexo feminino identificou-se maior prevalência de casos nas faixas etárias de 35 a 49 (75,1%), de 20 a 34 (74,4%) e de 10 a 14 (72,7%).

6.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT)

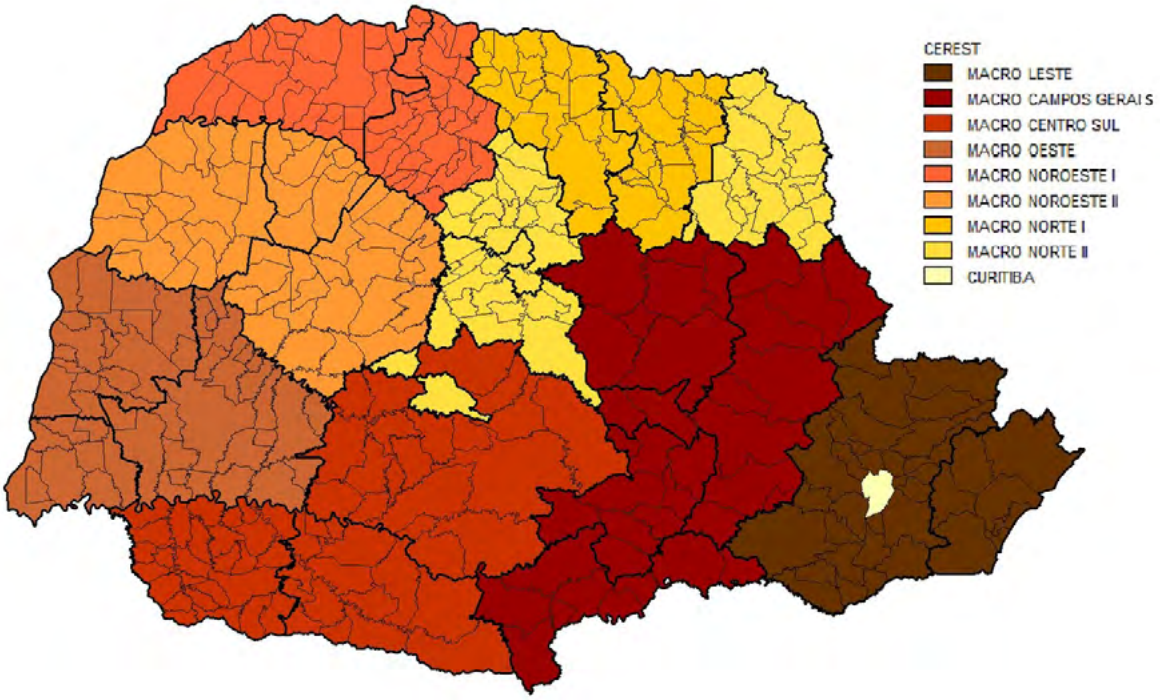
O trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, pode contribuir para a ocorrência de doenças, agravos e óbitos, interferindo no processo saúde – doença. A Saúde do Trabalhador (ST), responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal, envolve ações de prevenção e vigilância, de promoção, de assistência e de reabilitação dos(as) traba-

lhadores (as). Em 2011, foi publicada a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná para contribuir na realização dessas ações.

A Saúde do Trabalhador no SUS está estruturada por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual é composta por toda a Rede de Atenção em Saúde (RAS) e pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os CERESTs atuam como suporte técnico e pedagógico especializado para toda a RAS, visando o reconhecimento do trabalho como categoria determinante do processo saúde-doença.

O Paraná conta com o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST), de abrangência estadual, oito CERESTs Macro Regionais e um CEREST municipal de Curitiba, conforme pode ser observado na figura 50. Tais equipamentos, em conjunto com as vigilâncias municipais, desenvolvem ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), as quais ancoram-se em dois pilares principais: vigilância do meio ambiente e processos de trabalho e análise de situação em ST. É de atribuição dos CERESTs também a realização de apoio matricial para a RAS, principalmente sobre o manejo de trabalhadores adoecidos pelo trabalho que buscam assistência nos diversos pontos de atenção.

FIGURA 50 – ORGANIZAÇÃO DOS CEREST NO PARANÁ



FONTE: SESA (2019).

Entre os anos de 2002 a 2020, o Brasil foi o segundo país do G20 em mortalidade por acidentes no trabalho (seis óbitos a cada 100 mil empregos formais), perdendo apenas para o México (oito óbitos a cada 100 mil empregos formais). Em oito anos, foram registrados no Brasil 5,6 milhões de doenças e acidentes de trabalho, que geraram um custo previdenciário acima de R$ 100 bilhões (G1, 2021).

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil pode ser obtido através de duas fontes: Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), apenas para os trabalhadores formais, e notificações das Doenças e Agravos Relacionados ao

Trabalho (DART) ao SINAN, do SUS, contemplando todos os trabalhadores independente do vínculo empregatício. As DART são: Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico; Acidente de Trabalho; Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho; Lesão por esforço repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); Câncer Relacionado ao Trabalho; Dermatose Ocupacional; Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR); Pneumoconiose; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Os dados das notificações do SINAN do Estado, entre os anos de 2018 a 2022, podem ser observadas na tabela 8:

TABELA 8 – SÉRIE HISTÓRICA DAS NOTIFICAÇÕES DAS DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADAS AO TRABALHO – PARANÁ, 2018 A 2022

NOTIFICAÇÕES DAS DART		2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	
							N	%
ACIDENTES DE TRABALHO	Acidente de Trabalho	7.157	10.739	20.073	28.136	39.176	105.281	74,81
	Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico	5.534	6.136	4.019	4.584	4.940	25.213	17,91
	Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho	987	1.233	860	868	1.087	5.035	3,58
DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	LER/DORT	262	593	675	806	863	3.199	2,27
	Câncer Relacionado ao Trabalho	181	373	262	45	154	1.015	0,72
	Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	28	125	114	113	141	521	0,37
	Dermatose Ocupacional	13	53	49	13	65	193	0,14
	Perda Auditiva Induzida por Ruído	14	77	15	11	28	145	0,10
	Pneumoconiose	25	51	17	11	31	135	0,10
TOTAL		**14.201**	**19.380**	**26.084**	**34.587**	**46.485**	**140.737**	**100**

Fonte: SESA/DAV/CEST – Sinan - 01.08.2023.
Nota: Os dados referentes estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco. A partir de 01/09/2019, o MS adotou o termo "acidente de trabalho" para fim de notificação, sem critério de gravidade.

Revela-se na tabela 8 que entre os anos de 2018 a 2022 houve um aumento de 227% no número das notificações das DART. O agravo mais notificado no período foi o acidente de trabalho (75%), demonstrando a necessidade de aumentarmos ações de capacitação para a RAS sobre as notificações das doenças. Neste mesmo período, 1.410 trabalhadores foram a óbito em decorrência do trabalho e 2.396 sofreram amputações de partes do corpo.

Segundo o Observatório de Saúde e Segurança no Trabalho do Ministério Público do Trabalho, em 2022, o Paraná foi o terceiro Estado brasileiro em número absoluto de notificações das DART

(44.636), perdendo apenas para São Paulo (93.020) e Rio Grande do Sul (57.526). Destacamos que em 2022, o Paraná foi o Estado que mais notificou casos de Câncer Relacionado ao Trabalho (154), junto com Minas Gerais, Dermatoses Ocupacionais (65 casos), ficando em primeiro lugar nacional e na segunda posição em número de notificações de Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho (1.048).

Os dados das CAT do INSS revelaram que o Paraná, em 2022, foi o quinto Estado em número de casos (44.786) (PLATAFORMA SMARTLAB, 2023). Historicamente, os dados do INSS sempre foram superiores aos do SINAN, porém, no ano de 2022, foram equivalentes, o que indica uma melhora nas notificações pelos serviços de saúde do SUS do Paraná.

Sobre o perfil das notificações, a maioria dos casos ocorreu no sexo masculino (62,64%), entre 20 a 34 anos (44,33%), raça cor branca (64,66%), com Ensino Médio completo (30,38%). As cinco principais ocupações notificadas foram: técnicos de enfermagem (9,72%), alimentadores de linha de produção (6,87%), pedreiros (4,55%), enfermeiros (2,85%), empregados domésticos nos serviços gerais (2,68%). As dez primeiras ocupações revelam os principais ramos produtivos que mais adoecem e acidentam dentre os trabalhadores no Estado, a saber: setor saúde, construção civil, trabalho rural e indústrias no geral (tabela 9).

TABELA 9 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO (DART) - PARANÁ, 2018 A 2022

SEXO	N	%
Ignorado	12	0,0
Masculino	88.160	62,6
Feminino	52.565	37,3
FAIXA ETÁRIA*	**N**	**%**
5-9	37	0,0
10-14	117	0,1
15-19	6.979	5,0
20-34	62.393	44,3
35-49	46.543	33,1
50-64	21.645	15,4
65-79	2.368	1,7
80 e+	162	0,1
RAÇA/COR	**N**	**%**
Ign/Branco	17.509	12,4
Branca	90.997	64,7
Preta	5.212	3,7
Amarela	2.049	1,5

Parda	24.750	17,6
Indígena	220	0,2
ESCOLARIDADE	**N**	**%**
Ign/Branco	38.171	27,1
Analfabeto	528	0,4
1ª a 4ª série incompleta do EF	5.144	3,7
4ª série completa do EF	4.205	3,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	11.846	8,4
Ensino Fundamental completo	8.523	6,1
Ensino Médio incompleto	11.305	8,0
Ensino Médio completo	42.751	30,4
Educação Superior incompleta	4.876	3,5
Educação Superior completa	12.833	9,1
Não se aplica	555	0,4
PRINCIPAIS OCUPAÇÕES	**N**	**%**
Técnico de Enfermagem	13.686	9,7
Alimentador de Linha de Produção	9.667	6,9
Pedreiro	6.402	4,5
Enfermeiro	4.016	2,9
Empregado Doméstico nos Serviços Gerais	3.776	2,7
Estudante	2.875	2,0
Auxiliar de Enfermagem	2.724	1,9
Trabalhador Agropecuário em Geral	2.636	1,9
Operador de Máquinas Fixas, em Geral	2.553	1,8
Motorista de Caminhão (Rotas Regionais E Internacionais)	2.427	1,7

Fonte: SESA/DAV/CEST – Sinan Net 01/09/2023. Dados de 2022 preliminares, sujeitos a alterações. *excluído faixa etária de menores de 5 anos (erros de digitação).

Os principais ramos produtivos prioritários para as ações de VISAT desenvolvidas pelos CEREST são: silos, frigoríficos, empresas recicladoras de baterias com chumbo, construção civil, trabalho rural em geral, empresas de amianto, trabalho com agrotóxicos, trabalho infantil, através de algumas ações: investigações de acidentes de trabalho com óbito, amputações e que acometeram crianças e adolescentes; ações educativas, capacitações dos profissionais das vigilâncias municipais e APS e participações em ações interinstitucionais.

O desafio para os próximos anos é a estruturação e a qualificação das vigilâncias e da RAS para atendimento das demandas da saúde do trabalhador de forma integral. Isso passa pela consolidação do papel do município como instância efetiva e de execução da Política de Saúde do Trabalhador e do apoio do Estado, por meio dos CERESTs Macrorregionais, aos municípios.

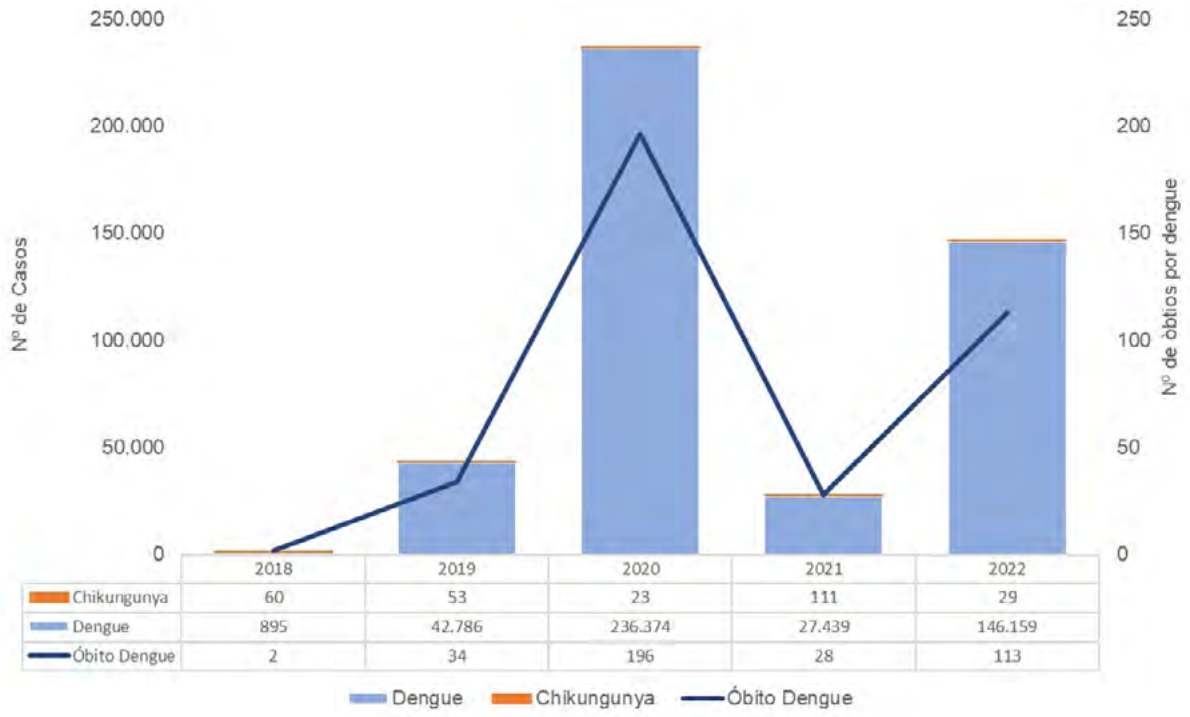
6.5 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

6.5.1 DENGUE E CHIKUNGUNYA

Entre os anos de 2018 a 2022, o Brasil registrou um total de 4.682.195 casos prováveis de dengue. Destes, o Paraná concentrou 11% e totalizou 71% dos registros da Região Sul. A dengue é endêmica no Estado do Paraná e demonstra uma variação cíclica em relação ao padrão de ocorrência de epidemias. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2018 a 2022 (figura 51), foram confirmados 453.653 casos de dengue, sendo que mais da metade destes casos foram registrados no ano de 2020, representando a maior epidemia já registrada no Paraná, desde o início do monitoramento histórico da doença. Neste mesmo período, houve 373 registros de óbitos pelo agravo, sendo que 52,5% desses ocorreram no ano de 2020 e 30,3% em 2022.

No Paraná, foram confirmados 276 casos de chikungunya no período de 2018 a 2022 (figura 51), com ocorrência de surtos nos municípios de Palotina (2018) e Apucarana (2021). É relevante destacar que durante esse período não houve nenhum registro de óbitos associados à chikungunya.

FIGURA 51 – CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA – PARANÁ, 2018 A 2022[1]



	2018	2019	2020	2021	2022
Chikungunya	60	53	23	111	29
Dengue	895	42.786	236.374	27.439	146.159
Óbito Dengue	2	34	196	28	113

Fonte: SESA/CDAV/CVIA/DVDTV/Sinan Online. [1]2022: dados preliminares, sujeitos a alteração.

6.5.1.1 Monitoramento do vetor

A presença do *Aedes aegypti* é fator determinante para a transmissão sustentada das arboviroses urbanas, como dengue e chikungunya, e ações voltadas ao controle vetorial são essenciais

para evitar casos. O controle vetorial nos municípios observa o proposto pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), buscando a identificação e eliminação dos principais criadouros do mosquito nas localidades, com ou sem circulação viral.

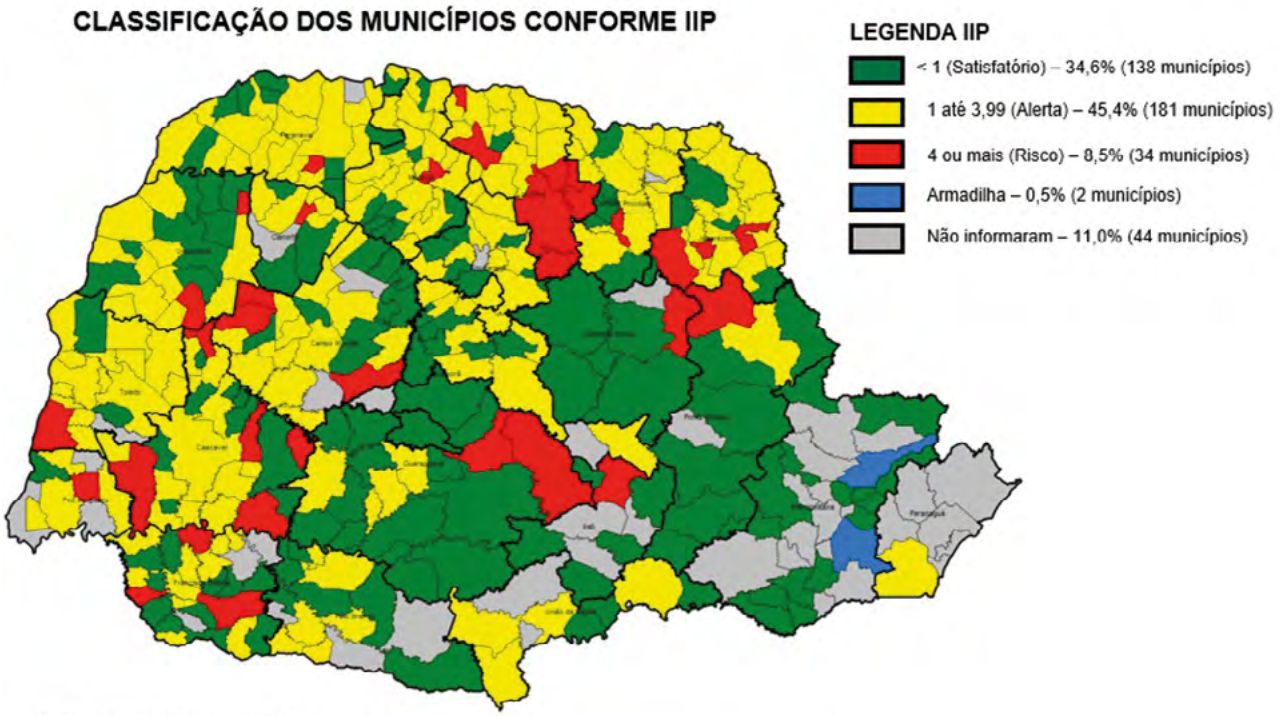
O monitoramento do vetor acontece por meio do acompanhamento do Índice de Infestação Predial (IIP), obtido com a realização do Levantamento de Índice Amostral (LIA) ou Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAa).

Analisando os IIP dos municípios paranaenses correspondentes ao ano de 2022 se observa que existe um aumento gradual na infestação por *Aedes aegypti* nos municípios, sendo que nos levantamentos realizados nos meses de julho e agosto, se visualiza uma baixa infestação vetorial, justamente no inverno, estação fria e seca, que contribui para uma baixa reprodução do mosquito.

À medida que as estações mais quentes e chuvosas se aproximam, se percebe um incremento nos IIP, que culmina em uma alta infestação vetorial, em boa parte dos municípios, nos meses de março e abril, e consequentemente, levando a um aumento nos acometidos por arboviroses (figura 52). Esta dinâmica observada para os IIP ao longo do ano de 2022 se repete historicamente no Estado.

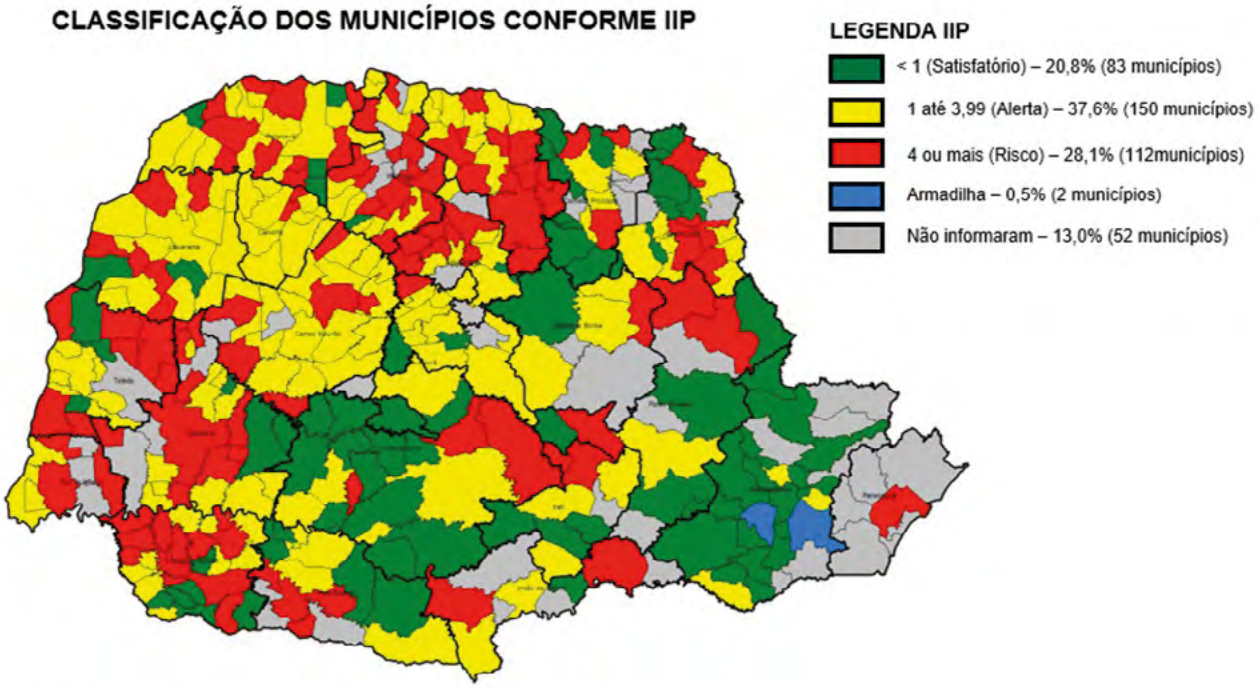
FIGURA 52 – ACOMPANHAMENTO DO ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL – PARANÁ, 2022[1]

PERÍODO: 03/01/2022 A 10/02/2022



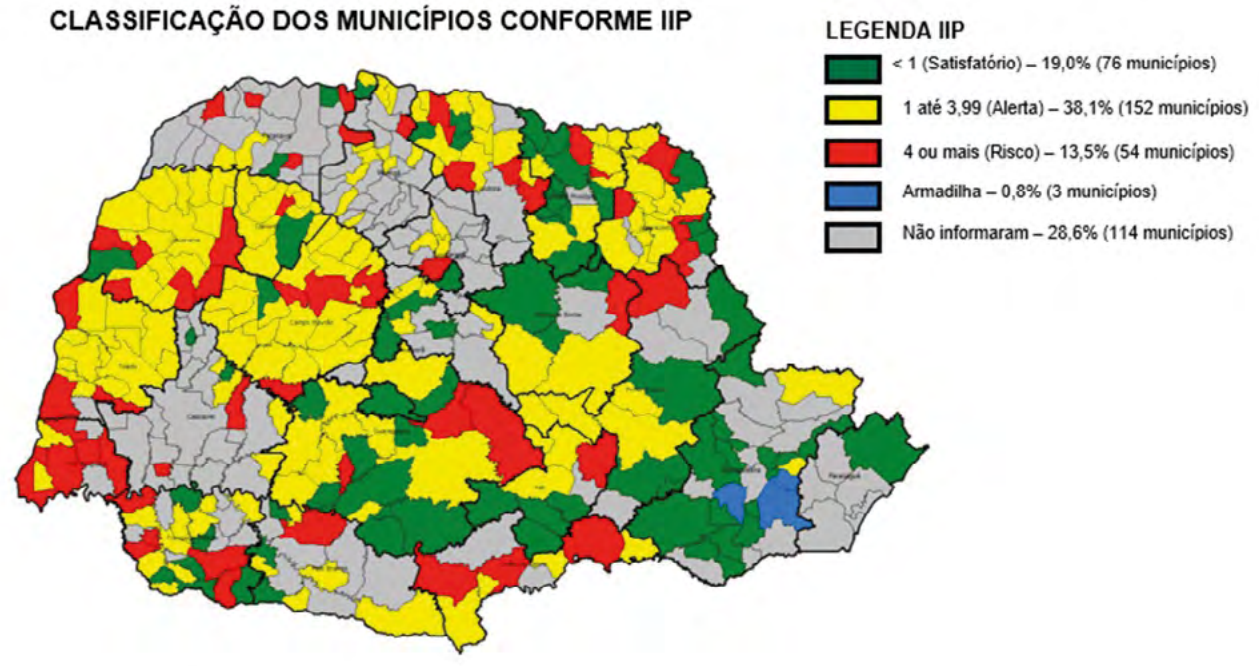
Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao período **03/01/2022 A 10/02/2022** (*Dados preliminares, sujeitos a alteração).

PERÍODO: 01/03/2022 A 29/04/2022



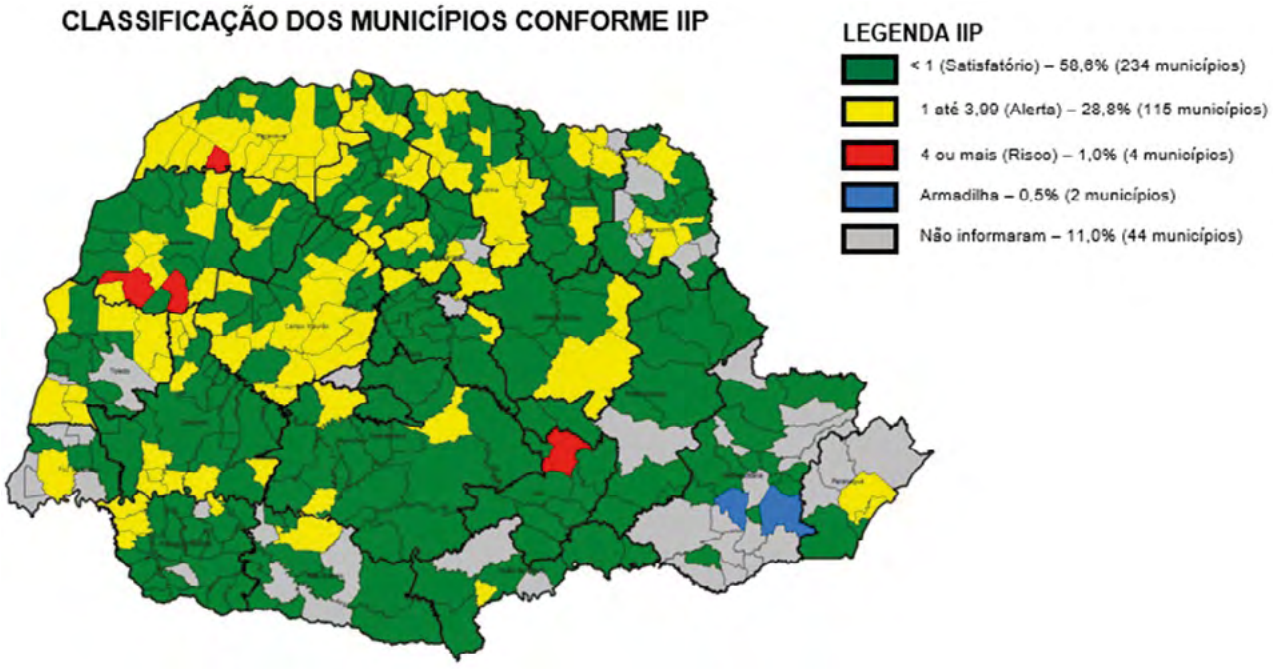
Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao período **01/03/2022 A 29/04/2022** (*Dados preliminares, sujeitos a alteração).

PERÍODO: 01/05/2022 A 30/06/2022



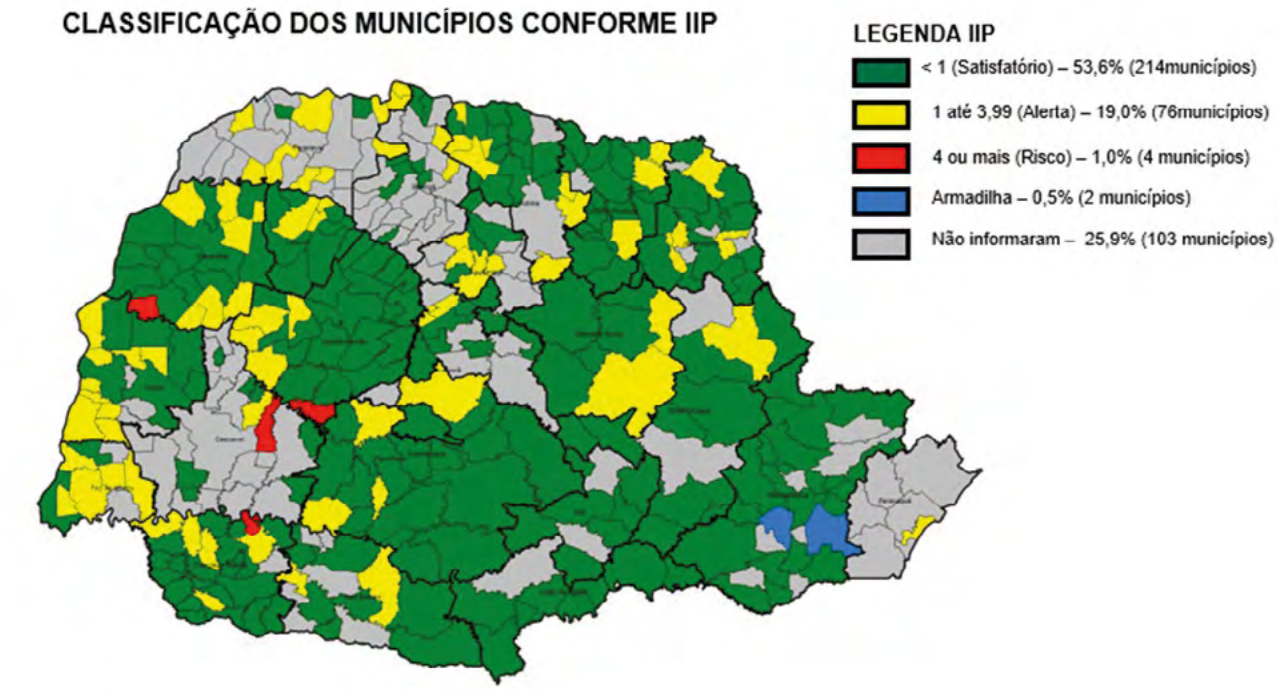
Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao período **01/05/2022 A 30/06/2022** (*Dados preliminares, sujeitos a alteração).

PERÍODO: 01/07/2022 A 31/08/2022



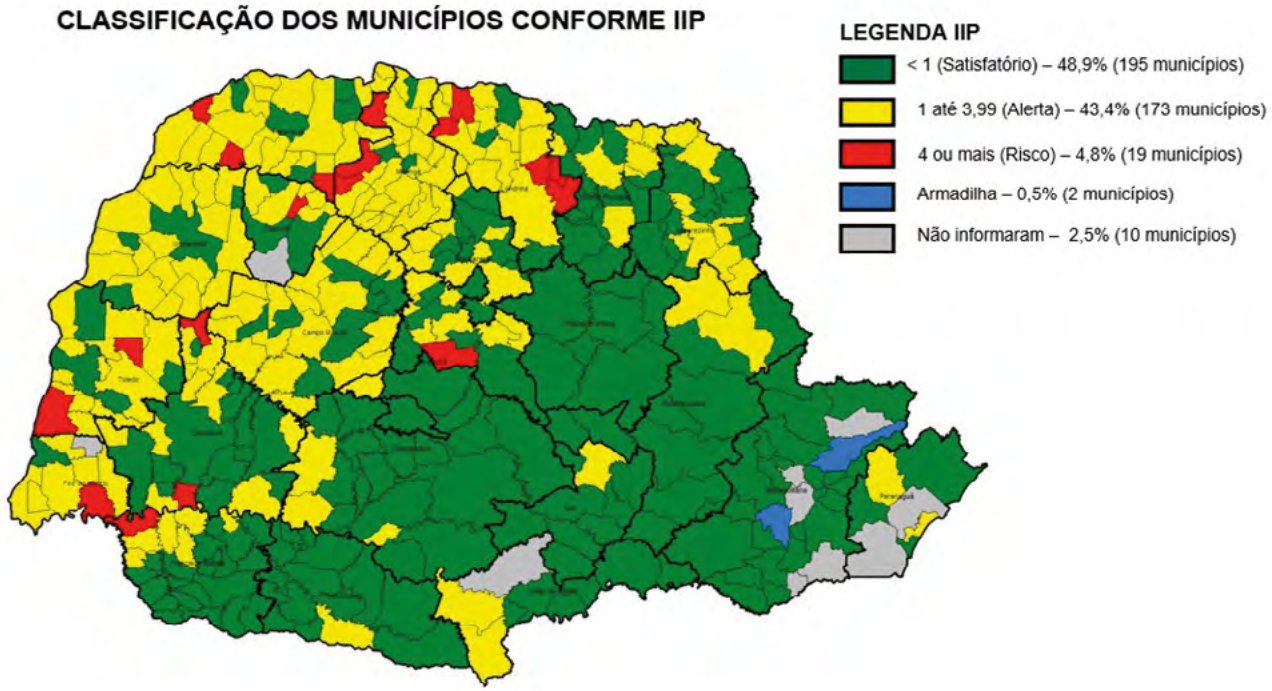
Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao período **01/07/2022 A 31/08/2022**

PERÍODO: 01/09/2022 A 21/10/2022



Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao período **01/09/2022 A 21/10/2022**

PERÍODO: 14/10/2022 A 02/12/2022



Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVDTV.
Figura 2 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná.
Nota: Dados referentes ao periodo 14/10 /2022 a 02/12/2022

6.5.1.2 Plano de Contingência

O Ministério da Saúde preconiza a elaboração dos Planos de Contingência para arboviroses. No ano de 2021, a SESA publicou o Instrutivo para elaboração do Plano Municipal de Contingência para o Enfrentamento da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya (Nota Orientativa nº 04/2021). Esse é um documento norteador do planejamento das ações municipais, visando uma resposta eficaz ao enfrentamento das arboviroses urbanas contemplando os cinco componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (Vigilância Epidemiológica, Vigilância e Controle Vetorial, Atenção à Saúde, Gestão e Comunicação).

6.5.2 INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Intoxicação exógena é um agravo de notificação compulsória, devendo ser notificada no SINAN, quando na suspeita de caso. Contempla a notificação de vários agentes tóxicos, através da exposição (seja por ingestão, inalação ou outro tipo de exposição) a alguma substância tóxica ao organismo.

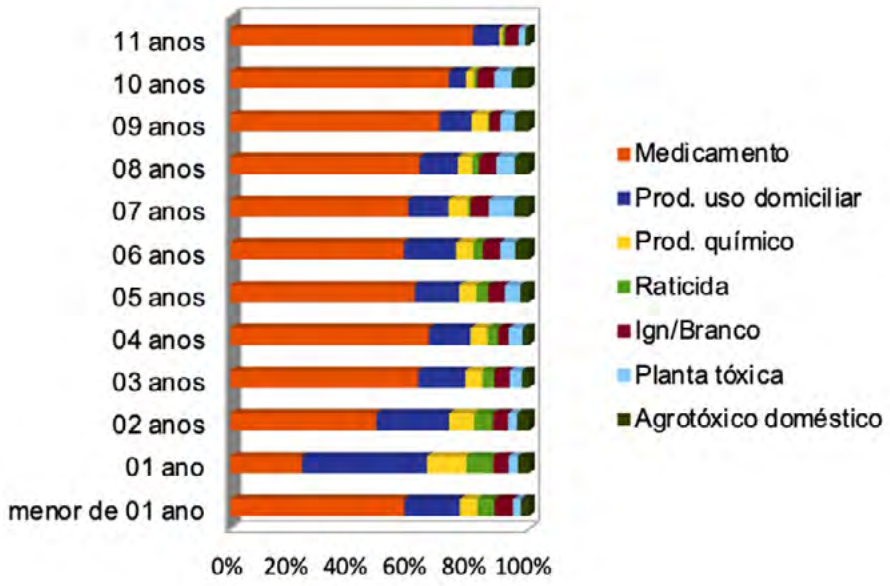
As crianças são mais vulneráveis aos acidentes por intoxicação, devido a coordenação motora em desenvolvimento, imaturidade física e mental, a inexperiência e incapacidade para prever e evitar situações de perigo, a curiosidade, que é própria da faixa etária, além da motivação em realizar tarefas e a tendência a imitar e repetir comportamentos.

No período de 2018 a 2022, no Estado do Paraná, os medicamentos representaram 59% das notificações de intoxicação exógena. Na faixa etária infantil (zero a 12 anos incompletos) os medi-

camentos foram responsáveis por 45% das intoxicações. O ambiente domiciliar foi o local em que ocorreu 94% das intoxicações infantis por medicamento.

As circunstâncias de exposição ou de contaminação dessas intoxicações podem ser: intencionais (tentativas de suicídio), acidentais, ambientais, erro de administração, uso terapêutico, entre outras. No período de 2018 a 2022, 74% das intoxicações ocorreram por ingestão acidental em crianças de zero a 12 anos e 80,5% em crianças até quatro anos (figura 53).

FIGURA 53 – PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA (0 A 12 ANOS INCOMPLETOS) SEGUNDO AGENTE TÓXICO – PARANÁ, 2018-2022[1]



Fonte: SESA/DAVCVIE/DVVZI/Sinan Net. 13/07/2023. [1]2022: dados preliminares.

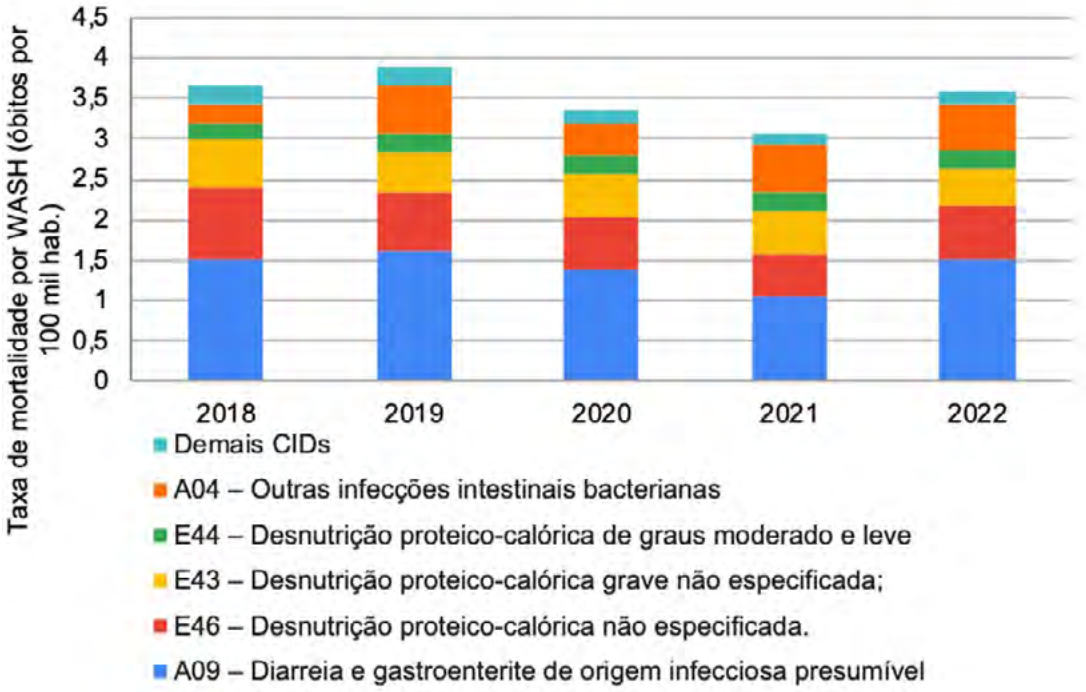
Diante do exposto, as intoxicações acidentais em ambiente domiciliar estão entre os acidentes domiciliares mais frequentes na população infantojuvenil e ocupam uma posição de destaque nos atendimentos de serviços de urgência e emergência. Ressalta-se que estas intoxicações podem ser preveníveis por meio de ações e recomendações factíveis de serem realizadas pelos pais e/ou responsáveis, impactando de forma decisiva neste indicador.

6.5.3 VIGILÂNCIA DA ÁGUA

Um dos mais relevantes fatores determinantes e condicionantes da saúde definidos na Lei n.º 8.080/90 é o saneamento básico. A falta de acesso da população a este serviço está associada a uma série de doenças e a redução da qualidade de vida. Esse entendimento encontra forte respaldo nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelecem diretrizes claras para um futuro mais sustentável. A Meta 3.9 dos ODS, em particular, visa reduzir significativamente, até 2030, tanto o número de mortes como de doenças decorrentes de produtos químicos perigosos, poluição do ar, contaminação e poluição do solo e da água. Nesse contexto, o indicador 3.9.2 avalia a "Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene". Esse indicador engloba uma gama de doenças, desde infecções intestinais, como cólera, febres tifoides e shiguelose, até condições nutricionais como a desnutrição.

A figura 54 mostra a taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene no Paraná no período de 2018 a 2022. Neste período foram registrados 2.035 óbitos, resultando em uma média anual de 407 óbitos. Comparativamente, o Paraná esteve com uma taxa inferior à média nacional neste período, que foi de 4,12 para esse indicador, tendo como referência o ano de 2020, o último ano com dados disponíveis. As doenças que compõem o indicador 3.9.2, que mais impactaram no resultado da respectiva taxa de mortalidade foram A09 (diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), E46 (desnutrição proteico-calórica não especificada), E43 (desnutrição proteico-calórica grave não especificada) e A04 (outras infecções intestinais bacterianas).

FIGURA 54 – TAXA DE MORTALIDADE ATRIBUÍDA A FONTES DE ÁGUA INSEGURAS, SANEAMENTO INSEGURO E FALTA DE HIGIENE – PARANÁ, 2018 A 2022

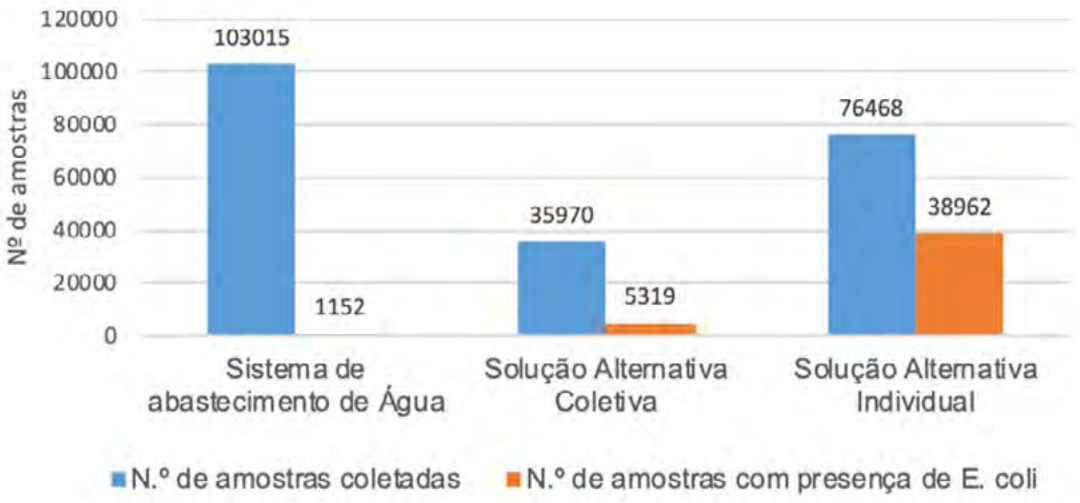


FONTE: SESA/DAV/CVIA/DVSM/SIM Tabnet Estadual. 10/08/23. ¹2022: dados preliminares.

Uma estratégia adotada para monitorar e identificar as variações nesse fator determinante é a implementação da vigilância da qualidade da água para consumo humano. Essa vigilância é executada regularmente nos sistemas de abastecimento de água, bem como nas soluções alternativas, sejam elas coletivas ou individuais. Neste contexto, a *Escherichia coli* é utilizada como indicador da contaminação da água por material fecal, sendo a sua presença um indício da ocorrência de microrganismos patogênicos (BRASIL, 2016).

No Paraná, entre 2018 e 2022, foram analisadas para E. coli um total de 215.453 amostras de água, prevalecendo a contaminação nas soluções alternativas individuais que, em geral, não possuem tratamento e abastecem domicílios sem acesso à rede pública de abastecimento de água (figura 55).

FIGURA 55 – NÚMERO DE AMOSTRAS COM PRESENÇA DE *ESCHERICHIA COLI* POR FORMA DE ABASTECIMENTO – PARANÁ, 2018 A 2022



Fonte: SESA/DAV/CVIA/DVSM/ Sistema de Informações da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Dados extraídos em 10/08/23.

6.6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária (VISA) 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 responsável pelo controle de qualidade de alimentos, produtos e serviços 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. Envolve, dentre diversas outras questões, atividades de inspeção, análise e aprovação de Projetos Básicos de Arquitetura (PBA), lavratura de medidas administrativas, instauração, julgamento e conclusão de Processos Administrativos Sanitários, monitoramento de dados em sistemas próprios e em sistemas nacionais desenvolvidos.

6.6.1 CONTROLE SANITÁRIO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS

Alinhado aos processos de desburocratização vigentes, iniciou-se em 2020 um processo de revisão e análise dos instrumentos de pactuação, associado à avaliação das realidades de controle sanitário existentes em cada região de saúde, trazendo a definição de muitas informações relevantes para melhoria das ações de controle sanitário, como a organização do rol de atividades pertinentes a cada porte de município, conforme o código CNAE, atribuído pela Comissão Nacional de Classificação (CONCLA) às atividades econômicas. Considerando a pactuação efetivada, publicou-se a Deliberação CIB nº 85/2021, atualmente vigente.

Planeja-se para os próximos anos um movimento da área em todas as macrorregiões de saúde para discussão da pactuação e levantamento das necessidades de melhoria, com especial atenção na estruturação e fortalecimento das equipes de VISA, responsáveis por atender uma variedade de atividades e estabelecimentos sob sua responsabilidade, desde cadastro, inspeção, licenciamento, instauração de processo administrativo sanitário, ações de pós mercado, entre di-

versas outras que demandam de gestores e de equipes técnicas devidamente constituídas e qualificadas para sua operacionalização.

6.6.2 GRAU DE RISCO SANITÁRIO DAS ATIVIDADES

As medidas de desburocratização marcaram o ano de 2019 e a publicação da Lei n.º 13.874/2019, que dispôs sobre as medidas de liberdade econômica no país, impactou diretamente as ações dos órgãos licenciadores, dentre eles a Vigilância Sanitária. Neste cenário, foi instituído no Estado o Comitê Descomplica PR, no qual diversos órgãos licenciadores fazem parte para debates e definições acerca da temática, tendo representação da Vigilância Sanitária estadual de forma permanente e assídua.

Considerando a relevância do tema, a VISA conduziu a regulamentação das ações de controle sanitário com foco no risco das atividades econômicas para implementação do grau de risco envolvendo todo o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e, em agosto de 2020, foi publicada a Resolução SESA nº 1.034/2020 que definiu o grau de risco sanitário das atividades econômicas e adotou procedimentos para o licenciamento sanitário no Estado do Paraná. A partir dessa publicação, foram definidas 1.074 CNAEs como atividades de baixo risco sanitário, ou seja, dispensadas de licenciamento sanitário; outros 98 CNAEs foram classificados como atividades de médio risco, para os quais se aplica o fluxo de licenciamento sanitário simplificado; e 90 CNAEs como atividades de alto risco, para os quais a inspeção prévia ao licenciamento é necessária. Ainda, 70 CNAEs foram definidas como atividades de risco condicionado, para as quais a classificação do risco sanitário é dependente de respostas a perguntas direcionadoras.

6.6.3 SISTEMA ESTADUAL DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SIEVISA)

O SIEVISA é um sistema próprio, gerenciado pela VISA em parceria com a Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (CELEPAR), que garante o registro, monitoramento e gerenciamento das principais informações de Vigilância Sanitária no Estado. Atualmente, é utilizado por toda Rede Estadual e por cerca de 313 municípios.

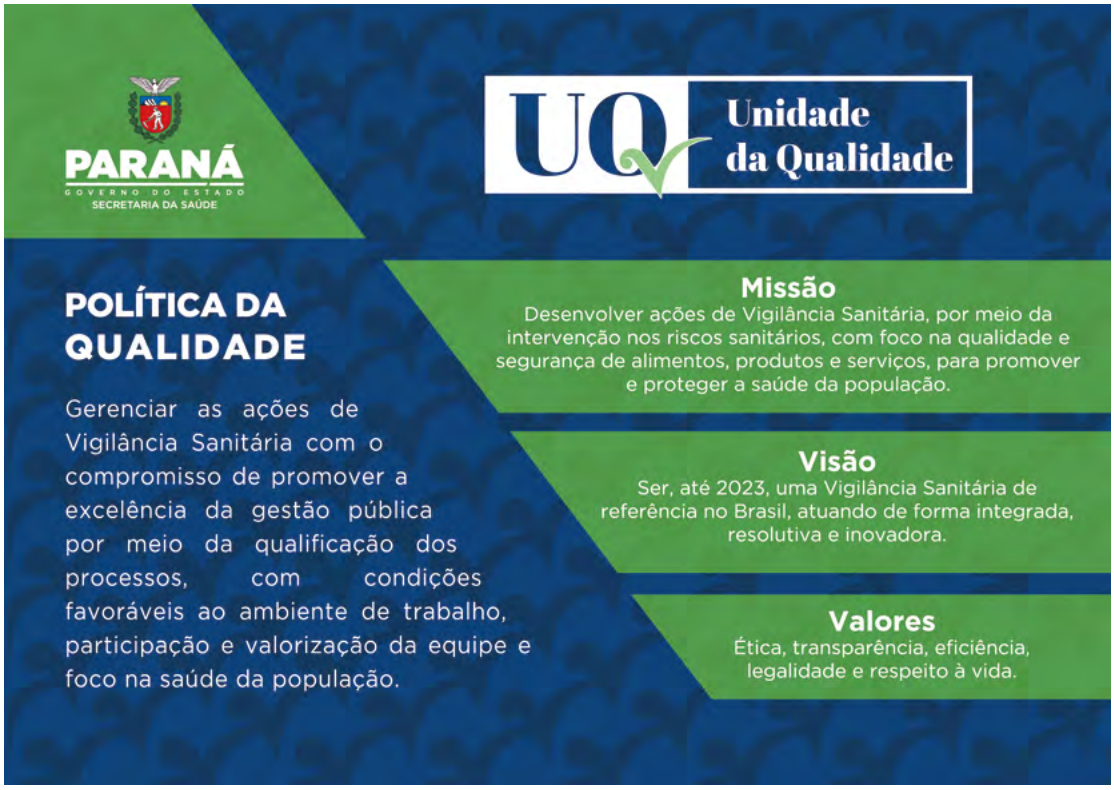
As discussões a respeito das medidas de liberdade econômica no Estado e no País, identificou a necessidade de aprimoramento e atualização do SIEVISA, visando, minimamente, a reorganização do sistema para atender o processo de licenciamento simplificado; a integração total com o sistema Empresa Fácil (sistema de abertura de empresas da RedeSim); a estruturação conforme grau de risco com base na Resolução SESA nº 1.034/2020 e a configuração municipal para aqueles que já possuem legislação própria; a estruturação conforme pactuação da VISA (Deliberação CIB nº 85/2021) e a possibilidade da solicitação de renovação de Licença Sanitária Estadual online, garantindo fluidez de informações, agilidade e atendimento eficaz às necessidades das partes interessadas.

6.6.4 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A existência de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) nos órgãos sanitários é fundamental para que haja uniformidade na execução das atividades desenvolvidas pela autoridade sanitária brasileira, independentemente do ente do SNVS, executor da ação. O esforço de implementação de um SGQ nas unidades federativas é fundamental para o fortalecimento da Vigilância Sanitária no País, além de ser considerado como critério imprescindível para a participação do Brasil, como signatário, de foros internacionais de autoridades regulatórias.

O resultado dos trabalhos desenvolvidos na Vigilância Sanitária estadual tem refletido positivamente no que se refere a operacionalização das atividades de inspeção tendo como base documentos padronizados e organizativos que são revisados em períodos determinados, objetivando a melhoria contínua das atividades e ações sanitárias. No desenvolvimento deste processo foi estabelecida a Política da Qualidade, Missão, Visão e Valores da Vigilância Sanitária do Paraná.

FIGURA 56 – POLÍTICA DA QUALIDADE, MISSÃO, VISÃO E VALORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DO PARANÁ



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde.

6.6.5 PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO

O Processo Administrativo Sanitário (PAS) foi tema de amplos debates nos anos de 2021 e 2022, contando inclusive com a participação de municípios que utilizam o Código Estadual de Saúde para o desenvolvimento de suas próprias ações de vigilância, culminando em perceptíveis avanços na qualidade de elaboração de procedimentos e intervenções.

O processo de padronização culminou com o desenvolvimento do Sistema Numeração SESA Auto/Termo, cuja finalidade é a emissão digital do formulário de Auto/Termo, destinado a formalizar as diversas medidas administrativas legalmente disponíveis para o controle sanitário realizado pelas equipes de Vigilância em Saúde (Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador), unificando as condutas administrativas e contribuindo efetivamente para a melhoria da qualidade das práticas sanitárias em curso, objetivando melhores resultados. Relevante destacar que todo esse movimento de alinhamento conceitual e das práticas desenvolvidas pelas equipes de vigilância em saúde demanda acompanhamento metódico, com intenso e permanente trabalho de monitoramento das peças e

atos produzidos, encaminhando *feedback* às equipes, em uma espécie de capacitação permanente em serviço, destinada ao aprimoramento das práticas de fiscalização e controle sanitário, consolidação do uso do sistema e ampliação da qualidade no manejo do PAS. O sistema em tela também constituirá, na medida em que for sendo utilizado, um banco de dados apto a apoiar a gestão da vigilância, permitindo a realização de análises gerenciais para orientar a tomada de decisão no aprimoramento das ações sob responsabilidade estadual, revelando questões a serem priorizadas no planejamento do serviço e, ainda, a eventual necessidade de estratégias inovadoras voltadas à qualificação permanente das ações de vigilância.

6.6.6 PLANO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS (PEVASPEA)

Em 2013 foi instituído um grupo de trabalho com técnicos de diversas áreas da SESA para a elaboração do Plano Estadual de Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (PEVASPEA), pactuado junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O Plano estabelece ações estratégicas para atuação intersetorial na Vigilância e Atenção à Saúde das populações expostas aos agrotóxicos no Estado promovendo o controle e o monitoramento contínuo dos potenciais impactos que podem ser causados pelos agrotóxicos para a população e o meio ambiente do Paraná.

O PEVASPEA, coordenado pela VISA desde 2017 e de pauta permanente da comissão de Vigilância em Saúde e da Comissão de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde, demanda apresentações mensais com atualização das informações referentes às áreas que o compõem. No decorrer do período de 2020 a 2023 foram realizadas atividades referentes às dez diferentes ações do plano compondo um rol de resultados positivos na condução do processo que perpassam a saúde do trabalhador, intoxicações exógenas, qualidade da água, atenção à saúde, promoção a saúde, ações de controle sanitário, e outras, conforme o quadro 4.

QUADRO 4 – PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES DO PEVASPEA 2020-2022

Nº	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	%
1	Fortalecimento da Vigilância e Atenção a Saúde das Populações expostas aos agrotóxicos	63,07
2	Implantação da Linha Guia de Atenção a Saúde a populações expostas aos agrotóxicos	25,00
3	Vigilância das notificações e investigações de Intoxicações exógenas por Agrotóxicos	57,24
4	Programa monitoramento da presença de agrotóxicos em alimentos e água de consumo humano	39,19
5	Incentivo às formas de produção ambientalmente sustentáveis na promoção de alimentação adequada e saudável	37,50
6	Ações de comunicação da SESA sobre o tema "Agrotóxicos e Agravos a Saúde"	11,81
7	Vigilância das intoxicações por Agrotóxicos relacionadas ao trabalho	41,38
8	Diagnóstico da pulverização aérea de agrotóxicos no Paraná	24,31
9	Vigilância de tentativas de suicídios nos trabalhadores expostos aos Agrotóxicos	6,25
10	Promover ações sanitárias de controle, monitoramento e aperfeiçoamento da legislação estadual aos produtos saneantes desinfestantes	81,00

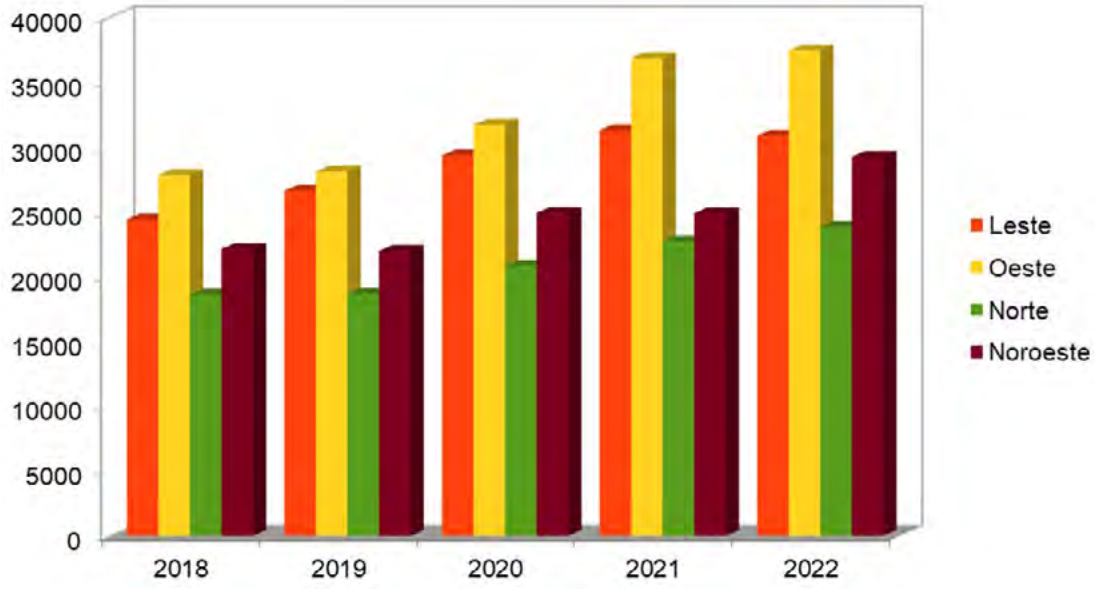
Fonte: Planilha de acompanhamento do Plano. Dados parciais consolidados até 20/12/2022.

6.6.7 PROGRAMAS DE ANÁLISE DE ALIMENTOS

O Brasil é um dos maiores produtores agropecuários do mundo e exportador desses produtos, caracterizando importante ramo na economia nacional. O modelo agrícola utilizado requer o uso de sementes transgênicas e insumos químicos como fertilizantes e agrotóxicos. Há ainda o expressivo consumo de agrotóxicos nos meios urbanos em produtos de uso doméstico e venda livre ao consumidor, nos serviços de desinsetização, na prática ilegal da capina química e no combate às endemias para fins em saúde pública.

O consumo no Brasil em 2022, de acordo com o relatório de Comercialização de Agrotóxicos do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), foi de aproximadamente 800 mil toneladas (IBAMA, 2023). O Paraná oscila entre os 2º e 3º lugares nesse ranking e, de acordo com dados do Sistema de Monitoramento do Comércio e Uso de Agrotóxicos (SIAGRO), da Agência de Defesa Agropecuária do Paraná, o consumo do ano de 2022 no Estado foi de 121.246,3 toneladas. Ainda de acordo com o SIAGRO, nos últimos cinco anos o consumo médio no Estado foi de 106.348,82 toneladas/ano, apresentando aumento médio de 11,8%/ano. A totalidade desse consumo está demonstrada por macrorregião de saúde na figura 57.

FIGURA 57 – CONSUMO DE AGROTÓXICOS, EM TONELADAS, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2018-2022



Fonte: SIAGRO/ADAPAR, 2023.

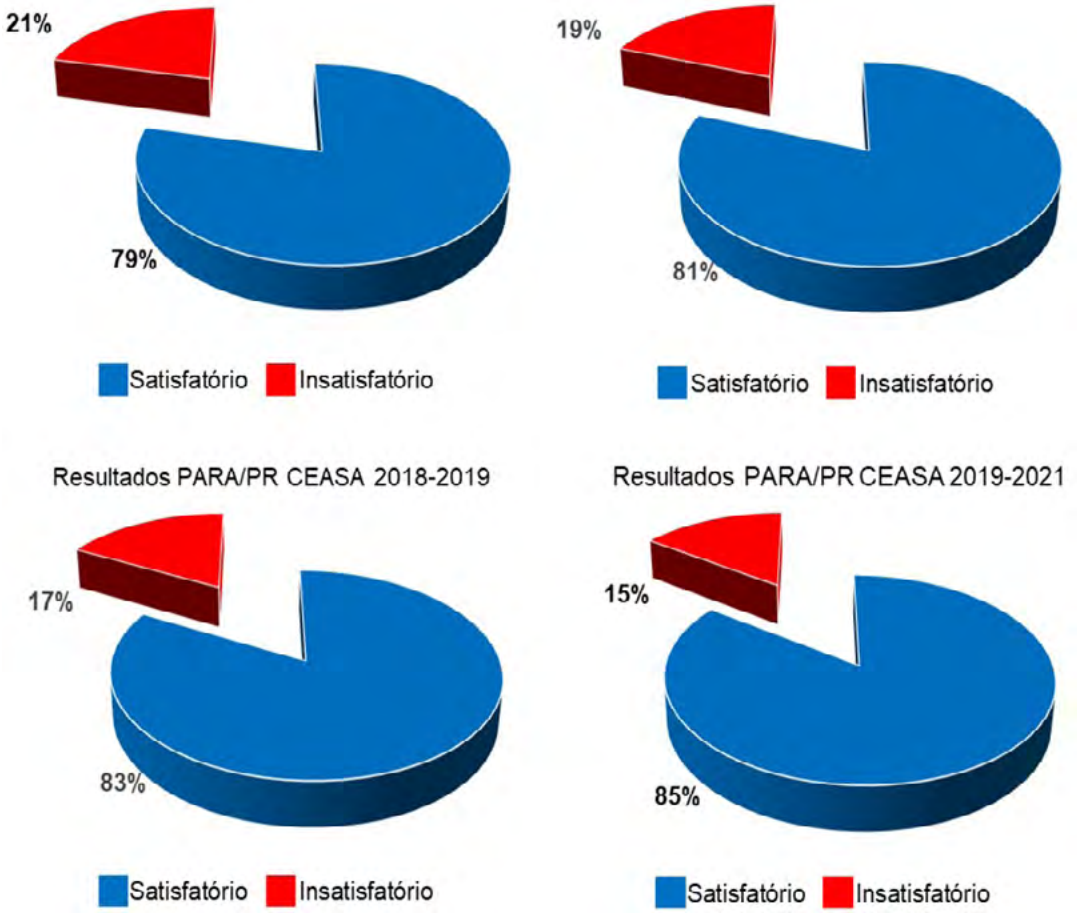
Nos últimos cinco anos foram registrados no Brasil 2.631 novos agrotóxicos agrícolas, sendo 449 em 2018, 475 em 2019, 493 em 2020, 562 em 2021 e 652 em 2022 (MAPA-CGAA, 2023), maior número da série histórica em 23 anos com alta de 16% em relação a 2021, e aumento no uso de princípios ativos com novas moléculas e tecnologias para o controle de pragas, considerando a maior oferta desses produtos.

Nesse cenário, o Paraná realiza o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos desde 2001, em ação nacional, iniciada em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), por meio do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA). A partir de 2012, por meio da Resolução SESA nº 217/2011, foi instituído no Paraná, o Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA/PR), em que são executadas ações de coleta de alimentos em parceria com as Vigilâncias Municipais nas unidades das Centrais de Abastecimento do Paraná-CEASA/PR e nas escolas da Rede Estadual de Educação. Com a consolidação do PARA/PR, a partir de 2016, o Estado passou a monitorar os resíduos de agrotóxicos em alimentos apenas por meio desse Programa. A figura 58 demonstra o compilado dos resultados de análises do período de 2016-2021.

Nas figuras abaixo, estão apresentados os dados dos últimos anos do PARA/PR CEASA Supermercados. O percentual de resultados insatisfatórios é alto se comparado com resultados de Programas de monitoramento realizados em países pertencentes a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde o percentual de resultados insatisfatórios varia de 3 a 5%. Alguns alimentos possuem um maior percentual de amostras insatisfatórias e, historicamente, costumam apresentar níveis elevados de contaminação, como por exemplo morango, pimentão, pepino e uva, em que mais de 50% das amostras coletadas apresentam resultados insatisfatórios.

FIGURA 58 – RESULTADOS DAS ANÁLISES DE RESÍDUOS DE AGROTÓXICOS EM ALIMENTOS, 2016-2021



Fonte: SESA/DAV/CVIS (2023).

Com relação ao estabelecido para limites dietéticos de agrotóxicos em Ingestão Diária Aceitável (IDA), que considera estudos realizados em indivíduos adultos com 60 Kg e 18 anos de idade, do ponto de vista da saúde pública, é preocupante a fragilidade desse conceito ao longo dos últimos anos, pois não estão sendo considerados a ação sinérgica e potencializadora dos vários resíduos encontrados em uma mesma amostra de alimento nem a diferença de resposta dos indivíduos em razão da idade, estado de desenvolvimento e de saúde, tempo de exposição e conformação genética. Novos estudos têm demonstrado que os agrotóxicos podem causar agravos à saúde mesmo abaixo das doses estabelecidas na determinação da IDA.

O contínuo monitoramento desses resíduos pelo Estado e a adequada comunicação de risco à população faz-se fundamental para a prevenção e a promoção da saúde. Atualmente, os resultados do PARA/PR são apresentados com a publicação de relatório anual que contempla uma análise de matriz de risco onde os resultados encontrados são comunicados à população em geral.

6.7 PROGRAMA ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PROVIGIA PARANÁ)

O Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PROVIGIA), efetivado por meio da Resolução SESA nº 1.102 e nº 1.103, ambas de 17 de dezembro de 2021, tem por objetivos o avanço das ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, e o aprimoramento dos resultados das ações executadas para melhoria da qualidade de vida da população paranaense. Privilegia o desenvolvimento e fortalecimento da Vigilância em consolidação ao Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir a execução das ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem nos territórios, e intervir no controle desses, com o objetivo maior de realizar o interesse público de proteção da saúde.

Destaca-se a relevância da atuação integrada e transversal da Atenção e Vigilância em Saúde, o que ainda se constitui em um grande desafio no SUS, e é condição essencial para a integralidade no cuidado e alcance de resultados efetivos para as partes interessadas, por meio de processos de trabalho que preservem as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias. A perspectiva do PROVIGIA Paraná é avaliar os riscos inerentes à prestação de serviços e produtos, utilizando-se de ações estratégicas para melhorar o cenário apresentado, considerando a interface dos diversos saberes e o crescimento mútuo do setor saúde.

6.8 VIGILÂNCIA LABORATORIAL (LACEN)

O Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR), criado no ano de 1894, é o Laboratório de Saúde Pública vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e apresenta, desde a sua criação, atividades voltadas à saúde coletiva, atuando nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, conforme Lei Orgânica nº 8080.

Na área de epidemiologia e controle de doenças, atua no diagnóstico e monitoramento dos agravos de interesse em saúde pública, definidas e priorizadas através dos indicadores de saúde. Na área de Vigilância Sanitária e Ambiental incorpora análises de verificação das condições higiênico-sanitárias, qualidade, identidade e inocuidade para fiscalização dos produtos utilizados pela população, definidas e priorizadas através de indicadores epidemiológicos e de risco sanitário e ambiental.

Possui uma rede própria, que conta com o laboratório de fronteira, localizado em Foz do Iguaçu, sendo esta localização estratégica na detecção de problemas de saúde pública que ocorrem na região de fronteira. Ainda, conta com oito Laboratórios Regionais (LARENs), que realizam análises de água, cujos técnicos também são responsáveis pelas supervisões dos laboratórios da sua região de abrangência. Integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) e é o laboratório de referência estadual, sendo coordenador técnico da Rede Estadual de Laboratórios. Possui implantado o Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança.

Nos anos de 2020 e 2021 houve um aumento significativo no número de exames devido à pandemia da COVID-19. Ainda, o LACEN/PR habilitou 35 outros laboratórios para atender à demanda. Esta rede possibilitou que o Paraná estivesse entre os primeiros estados pelo número de testagem realizada.

O LACEN/PR está transferindo a unidade de Laboratórios de Vigilância Sanitária e Ambiental, atualmente instalada em Curitiba, para o mesmo local dos Laboratórios de Epidemiologia e Controle de Doenças, em São José dos Pinhais. Além de uma estrutura mais adequada para a finalidade a que se destina, a instalação das duas unidades em um mesmo local proporcionará um melhor funcionamento do laboratório, tendo em vista a unificação dos serviços administrativos e de recursos humanos, tais como compras, almoxarifado, telefonia, cadastro de amostras, bem como as atividades gerenciais da direção-geral, chefia administrativa e chefia da divisão da gestão da qualidade e biossegurança.

Está prevista a ampliação com a construção dos blocos previstos na fase II do LACEN/PR, destinados aos Laboratórios de Vigilância Sanitária e Ambiental, com início do processo em 2023 e término em 2025.

TABELA 10 – PRODUTIVIDADE DO LACEN/PR, 2018 – 2022

ANO	DIVISÃO DE LABORATÓRIOS DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS	DIVISÃO DE LABORATÓRIOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL	LABORATÓRIO DE FRONTEIRA
2018	496.453	69.086	21.651
2019	747.227	26.136	22.926
2020	1.595.228	53.627	15.731
2021	1.555.933	79.076	17.649
2022	604.376	79.979	27.959

Fonte: LACEN/PR.

6.9 PERFIL ASSISTENCIAL

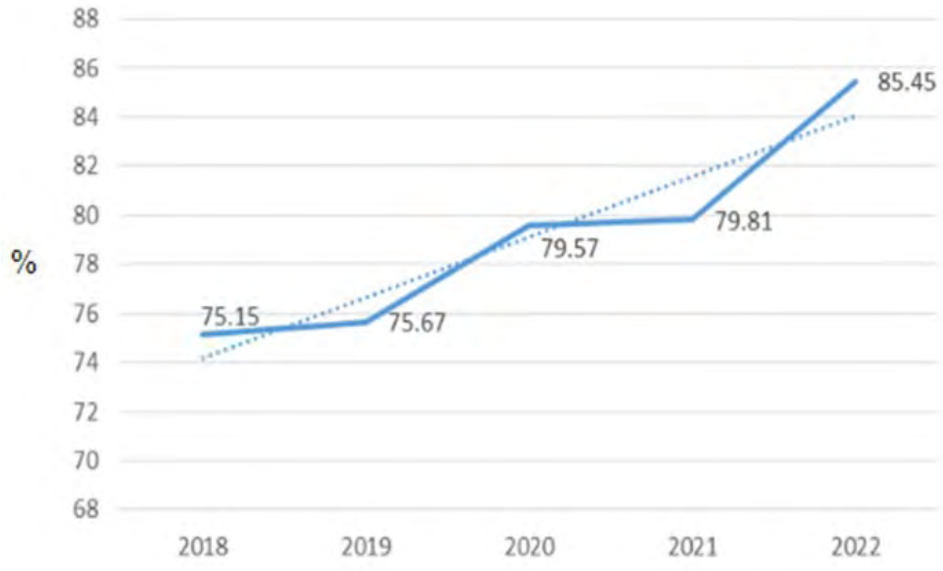
6.9.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

O Brasil apresenta cobertura da Atenção Primária à Saúde de 76,96%. O Estado do Paraná está com a cobertura de 87,36%, e em comparação com os demais estados da federação, o Paraná está na 8ª posição de melhor cobertura, dados de maio de 2023 (e-Gestor Atenção Básica).

A cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (eSF) e de cobertura na Atenção Básica são utilizadas para o monitoramento do acesso aos serviços de APS, sendo que até 2020 considerou o quantitativo de equipes para fins de cálculo de cobertura. Em 2021 houve alterações na metodologia devido à necessidade de alinhamento por conta do novo financiamento da APS, em especial pelo componente de captação ponderada, apresentando dessa forma a cobertura da APS que considera o quantitativo de população cadastrada pelas eSF e eAP financiadas pelo Ministério da Saúde (MS), em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

FIGURA 59 – COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARANÁ



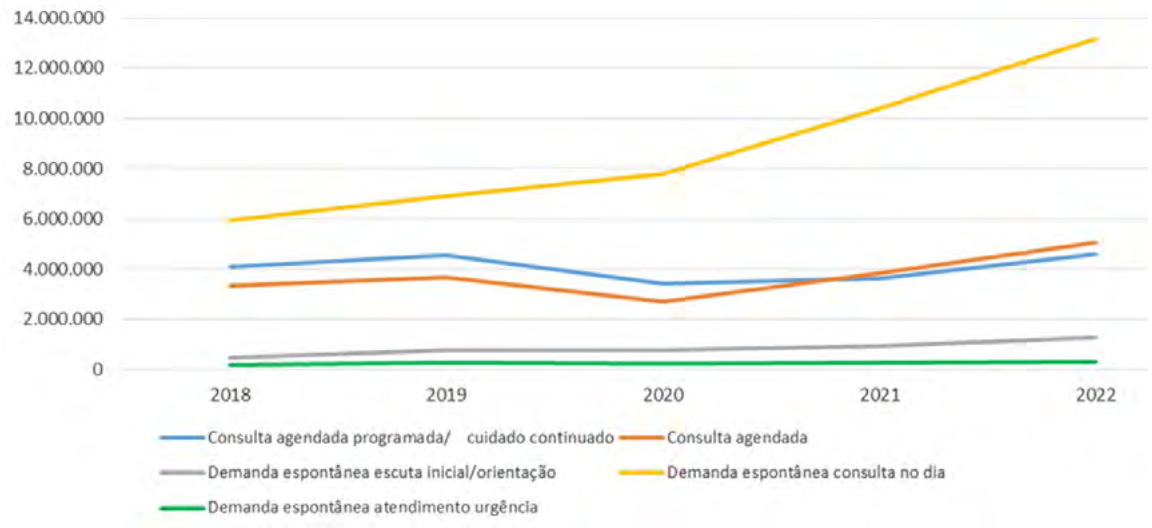
Fonte: e-Gestor Atenção Básica, dado gerado em: 08/08/23.

A cobertura da APS no Paraná tem potencial de aumento nos próximos anos, visto que possui municípios que apresentam cobertura abaixo da média estadual. Além disso, alguns desafios se destacam para o aumento desta cobertura, dentre eles estão o custo financeiro para manter as equipes e as Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, a fixação de profissionais na APS, a melhoria no processo de trabalho das equipes já existentes, a garantia da continuidade e acesso à atenção especializada e as desigualdades regionais de acesso.

Em julho de 2023 constam cadastradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 294 Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti). Cabe destacar que se vive processo de implementação desta nova modalidade de equipe a ser financiada pelo Ministério da Saúde em substituição aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As eMulti são classificadas em três modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional: eMulti Ampliada, eMulti Complementar e eMulti Estratégica, compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, corresponsáveis pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Ao considerar os registros de atendimento individual no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), observa-se uma tendência crescente dos atendimentos individuais na APS, com predomínio de realizações pela categoria profissional médica e com diminuição em 2020, em virtude da pandemia da COVID-19. Desses atendimentos, sobressai as consultas por demanda espontânea (figura 60), tipo de atendimento direcionado para o modelo de atenção à condição aguda.

FIGURA 60 – TIPO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL NA APS – PARANÁ



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB . Dado gerado em: 22/07/23 às 09:20h

A implementação das equipes eMulti nos municípios é uma importante iniciativa para a melhoria da Atenção à Saúde da população, pois os profissionais que as compõem são fundamentais para o apoio complementar das ações às condições crônicas, oferta de serviços preventivos efetivos e de apoio ao autocuidado.

Atualmente, o Paraná tem 2.024 Unidades Básicas de Saúde/Centros Municipais de Saúde e 683 Postos de Saúde, totalizando 2.707 estabelecimentos em maio (SCNES, 2023). Nestes estabelecimentos de saúde atuam 2.634 equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF) e 418 equipes de Atenção Primária (eAP). Estratégias para a manutenção destes estabelecimentos e para o custeio destas equipes são fundamentais para fortalecer a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado na RAS. No entanto, somente a cobertura da APS no Estado não garante o seguimento de protocolos e diretrizes pactuadas, exigindo a instituição de diretrizes quanto à acesso e equidade, qualificação dos processos de trabalho e de cuidado e resolutividade.

Uma importante estratégia para organizar e qualificar os processos de trabalho da APS, e promover ações integradas entre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Vigilância em Saúde é o PlanificaSUS Paraná. Em 2019, o Estado realizou a adesão ao projeto da Planificação da Atenção à Saúde, apresentado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com apoio do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), executado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, e desde então sendo desenvolvido na 4ª Regional de Saúde.

Em 2021, a SESA realizou a expansão da estratégia para as demais regiões de saúde do Estado, e alcançou a adesão dos 399 municípios. Atualmente, estão vinculadas ao PlanificaSUS Paraná, 894 unidades de saúde e 34 ambulatórios especializados, representando 32,5% do total de unidades de saúde do Paraná. Em 2023, ocorreu um aumento de 111% de serviços vinculados ao projeto, quando comparado ao número de unidades envolvidas nos anos de 2019 a 2022.

As ações executadas são definidas e pactuadas no âmbito do Grupo Condutor Estadual do PlanificaSUS Paraná (Resolução SESA nº 720/2021), com representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR) e do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR). Destaca-se ainda a necessidade de continuidade das ações do PlanificaSUS Paraná, tendo em vista que se trata de um processo de educação permanente em saúde que considera as realidades locorregionais e se faz necessário atingir 100% das unidades de saúde e maior número possível de ambulatórios que atendem a população estratificada pelas Linhas de Cuidado na perspectiva de consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Paraná.

6.9.1.1 Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Paraná

O Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde reitera o compromisso da SESA em fortalecer a APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, via repasse aos municípios de recursos financeiros para custeio e investimento, com foco em desempenho e qualidade. Realizado o repasse estadual de custeio da APS aos municípios entre 2018 a 2022 no valor total de R$ 263.685.201,24, conforme estabelece a Resolução SESA nº 276/2012 e alterações na modalidade "Fundo a Fundo", contemplando 391 municípios paranaenses.

Foi realizado o repasse do incentivo financeiro para a aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive para a aquisição de equipamentos de saúde bucal, como estratégia para estruturação das UBSs, buscando a melhoria da assistência à saúde prestada à população. Também realizado o repasse estadual aos municípios entre 2018 a 2022, no valor total de R$ 207.648.976,00 na modalidade "Fundo a Fundo", contemplando todos os municípios do Estado.

Outro incentivo financeiro de investimento aos municípios se dá pela estratégia de estruturação e organização do transporte sanitário, com repasse estadual no valor total de R$ 497.802.000,00, também na modalidade "Fundo a Fundo", entre 2018 a 2022, contemplando todos os municípios paranaenses. A SESA ainda realizou a doação de veículos para as equipes de Saúde da Família para todos os municípios paranaenses, contabilizando o total de 1.485 veículos doados no ano de 2021.

Os investimentos na APS são de extrema importância às equipes que precisam trabalhar em ambiente seguro e ter condições mínimas para ofertar atendimento de qualidade, e principalmente a população que se beneficia deste serviço.

Nos últimos anos, é crescente o repasse de recursos próprios do Estado para a APS. Porém, observa-se ainda subfinanciamento, principalmente se considerarmos as funções da APS, a carga tripla de doenças e as atuais necessidades da população, decorrentes do desatendimento ou demanda reprimida em razão da pandemia da COVID-19.

A manutenção de incentivos financeiros de custeio aos municípios é essencial para as atividades das equipes de saúde e apoio ao processo de educação permanente em saúde. Por outro lado, recursos de investimentos devem ser permanentes, visto que o desgaste de veículos e equipamentos exigem renovação, e unidades de saúde municipais precisam ser construídas ou reformadas ou ampliadas para que o Paraná atinja 100% de cobertura da APS em seu território.

6.9.1.2 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos para o Brasil foi criado em 2013 com a finalidade de aperfeiçoar médicos da atenção básica em regiões prioritárias para o SUS, com oferta de cursos de especialização de Ensino Superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial, mediante integração ensino-serviço. Em 2019, o governo federal instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade.

Em 2023, o Programa Mais Médicos foi retomado como prioridade para a formação e fixação de profissionais médicos em todo o país. No Paraná, 311 municípios estão aderidos ao programa de provimento de médicos que atualmente apresentam 1.069 vagas ativas, sendo 821 vagas do Programa Mais Médicos e 248 vagas pelo Programa Médicos pelo Brasil. Com a abertura do novo edital, que trata da modalidade de coparticipação no programa, foi autorizada novas 590 vagas e o Paraná alcançará a adesão dos seus 399 municípios.

6.9.1.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

O Indicador de Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) mede a proporção das internações mais sensíveis à Atenção Básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município. Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da APS e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da Atenção à Saúde.

TABELA 11 – PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA ENTRE AS INTERNAÇÕES CLÍNICAS, DE RESIDENTES EM UM DETERMINADO MUNICÍPIO, NO PERÍODO CONSIDERADO – PARANÁ, 2018 – 2022

2018	2019	2020	2021	2022
ICSAB	ICSAB	ICSAB	ICSAB	ICSAB
25,5	25,11	21,15	17,31	20,58

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dados tabulados pelo sistema TABWIN em 25/06/2023.

O resultado deste indicador tem apresentado uma melhora anual (quanto menor o valor, melhor é o resultado), porém há de se considerar que o período da pandemia provocou uma queda maior que a esperada quando comparado com os anos anteriores. Isso ocorreu devido ao número de internamentos que diminuíram com relação às doenças consideradas como sensíveis à APS. Quando este índice é avaliado por município, alguns estão acima do resultado do Estado, indicando baixa capacidade de resolução da APS.

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 infecção no rim e trato urinário e em terceiro lugar por angina. A identificação destas causas sinaliza em quais situações as ações devem ser implementadas para a redução do ICSAB e melhoria da assistência à saúde.

6.9.2 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS

A Linha Guia de Atenção às Populações Expostas aos Agrotóxicos, apresenta instrumentos que possibilitam às equipes da Atenção Primária à Saúde de forma articulada e integrada à Vigilância em Saúde realizar o acompanhamento e estratificação de risco da pessoa exposta cronicamente aos agrotóxicos.

TABELA 12 - NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA SEGUNDO TIPO DE AGROTÓXICO – PARANÁ, 2018 A 2022*

PARANÁ	AGROTÓXICO AGRÍCOLA	AGROTÓXICO DOMÉSTICO	AGROTÓXICO SAÚDE PÚBLICA	TOTAL
Total	3464	1172	79	4715

Fonte: DVVZI / CVIA / DAV / SESA, dbf atualizado em 24/08/2023.
*dados preliminares

FIGURA 61 - QUANTIDADE DE AGROTÓXICOS CONSUMIDAS – PARANÁ, 2013 – 2022

Fonte: SIAGRO/ADAPAR,2023.

6.9.3 LINHA DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

A Linha de Cuidado Integral à Saúde da Mulher e a Linha de Atenção Materno Infantil compõem a Rede de Atenção à Saúde do Paraná. Suas ações e indicadores de qualidade voltam-se especialmente para o ciclo gravídico e puerperal, ligados à redução da mortalidade materna, infantil e fetal, com a cobertura de consultas de pré-natal e de atendimento ambulatorial e hospitalar, e para os agravos que atingem as mulheres.

A série histórica de Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresenta razão média de 39 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, considerados os anos não pandêmicos de 2018, 2019, 2022 e 2023, diante da média de 140 mil nascidos vivos paranaenses ao ano.

Demonstra uma linha histórica decrescente, igualmente acompanhada pela Taxa de Mortalidade Infantil (TMM), que chegou a 9,5 para cada mil nascidos vivos em 2021 e apresentou leve aumento em 2022, quando chegou a 10,3.

Os cenários acima expostos estão diretamente implicados pela qualidade da Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento, assim como ações de promoção à saúde, ligados à imunização, acesso ao planejamento sexual e reprodutivo, alimentação saudável e atividade física, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao diagnóstico e tratamento adequados.

A Atenção Materno Infantil encontrava-se implantada nos 399 municípios do Estado, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até um ano de vida. As ações fundamentais para a organização dos processos de Atenção foram 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 foram norteadores das ações, configurando uma proposta de assistência pautada em boas práticas e em evidência científica, desde o pré-natal ao puerpério.

Os programas balizadores da Atenção Materno Infantil nos três níveis de Atenção configuraram o aporte financeiro do Estado na estrutura, processo e resultado desta Atenção, assim como na definição de indicadores de qualidade e monitoramento das mesmas, são exemplo destes a Planificação da Atenção à Saúde (PlanificaSUS), o Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QUALICIS) e o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS).

O escopo de ações ligadas à saúde da mulher se amplia a partir das atividades conjuntas das Coordenadorias de Atenção e de Promoção da Saúde, ambas ligadas à diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV), para os cuidados à população idosa, à saúde mental, à saúde bucal e às pessoas com deficiência, além do enfrentamento das violências, assim como na prevenção do câncer ginecológico, promoção da cultura de paz, alimentação saudável e atividade física.

Existe uma proporcionalidade entre população feminina e masculina no Paraná, a queda da fecundidade e aumento da esperança de vida resultam no envelhecimento desta população. O per-

centual de mulheres na população com 80 anos e mais era de 59% em 2017. Em 2021 houve leve acréscimo (59,5%) estimando-se em 2.040, que a proporção chegue a 62,1% (IPARDES, 2021).

A razão de sexo, representada pelo número de homens para cada 100 mulheres, é maior na população jovem e em lugares com alto índice de imigração e/ou participação maior de população rural.

Para a porta de entrada da Atenção à Saúde, a chefe de família é a mulher, a partir dela agrega-se o cuidado da criança, da família e da comunidade. Neste contexto, as condições de trabalho e de acesso à saúde de qualidade são determinantes nas experiências seguras e positivas voltadas às suas necessidades de saúde. No Paraná, em 2012, apresenta-se que 32,7% das mulheres eram responsáveis pelo domicílio e, em 2019, aumenta a participação para 47,7% (IPARDES, 2021).

Identificar com clareza as mulheres em idade fértil do território sanitário apresenta-se como passo essencial e crucial na determinação dos serviços prestados em saúde. Ao definir este indicador torna-se viável atender às necessidades voltadas para o planejamento sexual e reprodutivo, realização dos exames de prevenção ao câncer ginecológico, acesso à imunização contra HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) e demais vacinas pertinentes, consulta ginecológica durante a adolescência e climatério, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), na perspectiva da qualidade de vida das mulheres.

Soma-se ao contexto acima explanado, determinantes que influenciam diretamente no perfil da população feminina, assim como no fluxo de acesso e manutenção da saúde, tais como: incremento da população autodeclarada negra, que evoluiu de 27,2% em 2019 para 34,5% em 2019; uma projeção da razão de dependência feminina de 44,9 em 2021 para 56,6 em 2040, dispensação de maior tempo dedicado aos afazeres domésticos, disparidade de remuneração, especialmente entre as mulheres negras.

Visando a ampliação e incremento qualitativo dos programas e ações voltados à saúde da mulher e Atenção Materno Infantil, destacamos as ações realizadas entre os anos de 2019 e 2022, abaixo elencados:

• Ampliação de um para dois anos de idade das crianças assistidas na Linha de Cuidado Materno Infantil;

• Descentralização do processo de análise e dispensação de enoxaparina para prevenção do tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia;

• Descentralização do processo de notificação e monitoramento do Near Miss Materno (NMM) nas 22 Regionais de Saúde, via sistema de informação RedCap (*Research Eletronic Data Capture*);

• Produção e distribuição de Carteira da Gestante própria do Estado, por meio das 22 Regionais de Saúde;

• Revisão da Estratificação de Risco da Gestação (Del. CIB/PR nº 24/2021);

• Implantação do Sistema de Monitoramento da Estratificação de Risco da Gestação e da Criança ao Nascer nas 22 Regionais de Saúde;

• Revisão e publicação Linha Guia de Atenção Materno Infantil: Gestação, da Secretaria de Estado da

Saúde do Paraná, 8ª edição, 2022, em formato *E-book*, disponível no site da SESA/PR (Del. CIB/PR nº 67/2022);

• Revisão da Resolução de incremento financeiro para os exames laboratoriais de pré-natal (Resol. Nº 775/2022);

• Alteração de critérios e valores dispostos na Deliberação CIB/PR nº 238, de 31 de julho de 2012, da Estratégia de Qualificação do Parto – EQP, conforme Del. CIB/PR nº 67/2022:

– os hospitais qualificados para realização de partos classificados como sendo de Risco Habitual receberão o valor de R$ 400,00 (quatrocentos reais) por parto realizado, a título de incentivo correspondente à Estratégia de Qualificação ao Parto.

– os hospitais qualificados para realização dos partos classificados como sendo de Risco Intermediário receberão o valor de R$ 640,00 (seiscentos e quarenta reais) por parto realizado, a título de incentivo correspondente à Estratégia de Qualificação ao Parto;

• A alteração do valor do incentivo do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná – HOSPSUS, conforme Del. CIB/PR nº 67/2022:

– os hospitais que possuem os requisitos para atendimento da gestação de alto risco pelo Programa HOSPSUS 1ª Fase receberão o incentivo de R$130.000,00 (cento e trinta mil reais) mensais;

• Resolução SESA nº 392/2022 que altera critérios e valores da Estratégia de Qualificação do Parto – EQP e revoga as Resoluções SESA nº 377, de 14 de agosto de 2012, nº 25, de 14 de janeiro de 2013 e nº 212, de 13 de junho de 2016;

• Resolução SESA nº 393/2022 que altera os parâmetros, indicadores de Monitoramento e Avaliação e valores do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná (HOSPSUS) Fase 1, revoga a Resolução SESA nº 561, de 07 de agosto de 2014 e altera as Resoluções SESA nº 026, de 17 de janeiro de 2013 e nº 153 de 03 de maio de 2016;

• Edital de Chamamento Público nº 033/2022 para credenciamento e possível contratação de Estabelecimentos de Saúde, pessoas jurídicas de natureza pública, privada com ou sem fins lucrativos, prestadoras de serviços hospitalares de assistência à saúde aos usuários do SUS, devidamente constituídas e instaladas no Estado do Paraná, objetivando o fortalecimento da retaguarda na Linha de Cuidado Materno Infantil para a garantia da vinculação do parto e atendimentos das gestantes, puérperas e recém-nascidos referenciados, residentes em municípios que estão sob gestão estadual, conforme Art. 24 da Lei Estadual nº 15.608, de 16 de agosto de 2007 e Decreto Estadual nº 4.507, de 01 de abril de 2009;

• Resoluções SESA para pleitos municipais de adesão aos Programas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, visando Incentivo Financeiro de Investimento para aquisição de equipamentos para a Linha de Cuidado Materno Infantil. No ano de 2019 houve uma Resolução de habilitação (782/2019), com 25 municípios habilitados e um valor pago de R$ 3.600.000,00. No ano de 2020 foram cinco Resoluções de habilitação (597; 645; 871; 989 e 1425/2020) com um total de 63 habilitações e R$ 8.610.000,00 em recursos pagos. No ano de 2021 foram seis Resoluções de habilitação (711; 934; 1010; 1068; 1089 e 1093) com 84 habilitações e R$ 10.450.000,00 pagos aos municípios. No ano de 2022 foram cinco Resoluções de habilitação (253; 326; 408; 453 e 764) com 22 habilitações e R$ 1.610.000,00 pagos até ao momento. Alguns processos ainda estão em tramitação;

• No total foram 17 Resoluções de habilitação, 194 habilitações, 170 municípios contemplados e R$ 24.270.000,00 pagos para aquisição de equipamentos para a APS;

• Investimento de R$ 1.279.200,00 em oito equipamentos de ultrassom Samsung HS40 para referências hospitalares (Hospital Regional do Litoral-HRL de Paranaguá, Hospital do Trabalhador de Curitiba, Instituto Virmond de Guarapuava, Santa Casa de Paranavaí, Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná – HOESP, em Toledo e Hospital Regional de Telêmaco Borba);

• Investimento de R$ 2.874.000,00 em seis equipamentos de ultrassom Voluson E8 para as referências hospitalares de alto risco (Hospital do Trabalhador de Curitiba, Hospital Universitário dos Campos Gerais de Ponta Grossa, Hospital Regional do Sudoeste de Francisco Beltrão, Hospital Universitário do Oeste do Paraná, em Cascavel, Hospital Universitário de Maringá e Hospital Universitário de Londrina);

• Investimento de R$ 299.900,00 em Torre Stryker Full HD para Projeto de Fetoscopia com ótica de 10mm 30° para o Complexo Hospitalar do Trabalhador de Curitiba;

• Investimento de R$ 1.052.902,00 em dois conjuntos de endoscópios, óticas, camisas operatórias e pinças da Strattner para Complexo o Hospitalar do Trabalhador;

• Estratégia de Capacitação on-line "Terça Tece Linha", periódica e contínua em parceria com a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), no canal de YouTube virtual;

• Modelo de capacitação em Pré-Natal de forma híbrida (on-line e presencial), com carga horária de 20 horas, para qualificação da equipe da Atenção Primária dos municípios;

• Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica com início em março de 2019, aprovado pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um curso de especialização, sob o enfoque do ensino em serviço, com dois anos de duração e carga horária de 5.760 horas. A previsão de investimentos para 2022 é de R$ 492.730,80 (cinco bolsas de R1 e cinco bolsas de R2). Anualmente são ofertadas cinco vagas com pagamento de bolsas financiadas pela SESA, com duas turmas formadas (em 2021 e 2022), totalizando 10 profissionais, em formação temos oito residentes;

• Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), com início em 2021, sendo promovido pela Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) e Divisão de Atenção à Saúde da Mulher (DVASM) da DAV/SESA, em conjunto com a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras do Paraná (ABENFO-PR) e Associação Brasileira de Enfermagem – seção Paraná (ABEn - PR). Representa um investimento de R$ 6.684,00 na formação de cada aluno. Atualmente, estão sendo ofertadas duas turmas descentralizadas, uma em Cascavel (para 10ª e 20ª Regionais de Saúde) e outra em Curitiba, (para as 1ª e 2ª Regionais de Saúde), com 23 e 24 alunos (a)s matriculado(a)s respectivamente, envolvimento de 18 docentes de referência para os conteúdos teóricos e orientações de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e ainda contará com mais seis docentes para supervisão da Prática em Enfermagem Obstétrica (estágios supervisionados);

• 1° Seminário de Atualização da Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, em março de 2022, para dois mil participantes, dos quais profissionais, gestores, prestadores de serviço e convidados;

• Nota Técnica nº 1/2021 que trata da vacina conta COVID-19 em gestantes e puérperas;

• Nota Técnica nº 9/2020 de orientações às equipes e profissionais dos pontos de Atenção da Linha de Cuidado Materno Infantil durante a emergência em Saúde Pública da COVID-19;

• Nota Técnica nº 7/2022 que atualiza o fluxo de dispensação de Misoprostol para hospitais da Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná;

• 10 Passos para a Prevenção da Mortalidade Materna por COVID-19;

• Triagem respiratória e teste rápido para COVID-19 na Atenção Hospitalar Materno Infantil.

Diante do exposto, manter e estabelecer novos programas estaduais balizadores de acesso e qualidade são fortalezas no histórico da Rede de Atenção à Saúde do Paraná. Pode-se afirmar que os avanços na garantia de acesso e financiamento desde a APS, passando pela AAE e Atenção Hospitalar (AH) são indiscutíveis.

O contexto exposto, analisado à luz dos dados epidemiológicos e da recente crise sanitária resultante da COVID-19, permite expor os principais desafios a serem enfrentados no próximo quadriênio, quais sejam: qualificação da equipe de saúde multiprofissional nos três níveis de Atenção; qualificação do acesso ao planejamento sexual e reprodutivo para a população em idade fértil; assistência as condições ginecológicas fora do período gravídico e puerperal; avaliação da mortalidade materna enquanto evento raro e complexo; acesso e atenção às condições de saúde ainda não previstas no SUS (medicina fetal e reprodução humana assistida), identificação dos determinantes socioeconômicos afetos à saúde da mulher e à qualificação do processo de assistência voltados para a qualidade e segurança em saúde.

6.9.4 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A SESA acompanha a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivos promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até os nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Pensando na qualificação da atenção à criança, a PNAISC estrutura-se em sete eixos, a saber:

I- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido (Mortalidade Infantil no Paraná: 2019 = 10,3 | 2020 = 9,3 | 2021 = 9,5 | 2022* = 10,3| 2023* = 11,4). *Dados preliminares SIM-SINASC);

II- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável – implementação e fortalecimento das estratégias da Linha de Cuidado em Aleitamento Materno em todo o Estado (Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB, Bancos de Leite humano - BLH, Mulher Trabalhadora que Amamenta - MTA, Método Canguru - MC e Norma Brasileira de comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL). Segundo o último relatório do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI (2019), aponta que a prevalência de aleitamento materno em menores de seis meses de idade foi maior na região Sul com 54,3%. No entanto, a prevalência de aleitamento materno continuado no primeiro ano de vida, a região Sul foi a última colocada com 37,8%, evidenciando a necessidade de ações de fortalecimento desta política no Estado;

III- Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral – a Linha de Cuidado à Saúde da Criança está em fase de revisão técnica com implantação em todo o Estado, prevista para 2024. De acordo com a Estratificação de Risco de Crianças no Paraná aprovada em CIB, conforme Deliberação nº 57/2021 de 28/04/2021, o calendário de consultas em puericultura para as crianças prevê no mínimo sete atendimentos nos primeiros 12 meses de vida e mais duas consultas no segundo ano. Crianças com classificação de risco intermediário ou alto risco terão esse calendário ampliado no número de consultas na APS bem como cuidado compartilhado com a AAE para aquelas de alto risco em até 12 consultas no primeiro ano de vida e mais quatro no segundo ano de vida. Portanto, para o cumprimento integral do calendário e pensando somente no risco habitual, se faz necessário a realização mínima de 2.520.000 consultas em puericultura por ano, na faixa etária de zero a dois anos. No ano de 2022 o sistema da Atenção Primária à Saúde, o e-Sus, apresentou 563.985 mil crianças com registro de consultas de puericultura realizadas, considerando que a população estimada de crianças até dois anos de idade no Paraná é de 280 mil crianças, logo, entende-se que este cenário é um desafio;

IV- Atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas – fortalecer ações para diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, e ações de prevenção de doenças crônicas, além do cuidado integral aos casos diagnosticados com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

V- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da Cultura da Paz – o cenário da violência contra crianças no Estado ainda é desafiador. Com relação à distribuição por idade, identificou-se que 57% (10.140) dos casos ocorreram contra crianças entre zero a 11 anos de idade e 43% (7.820) contra adolescentes entre 12 a 17 anos de idade. Sendo que aproximadamente 71,8% (12.892) ocorreram na residência, seguido da escola, com 6,53% (1.172), e da via pública, com 5,65% (1.014) (CPRO/SINAN, 2023);

VI- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas de vulnerabilidade – fortalecimento das ações e estratégias intrassetoriais e intersetoriais, reconhecendo a especificidades deste público para uma atenção resolutiva;

VII- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno – implantação do Grupo Técnico de Agilização e Revisão do Óbito Infantil (GTARO) e Comitê de Vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local, estadual e federal.

Na saúde do adolescente identifica-se a necessidade da construção de uma Linha de Cuidado voltada à saúde do adolescente, pensando o cuidado integral que respeite as particularidades e subjetividades próprias da idade. Considerando que a adolescência se caracteriza como um período de intensas transformações físicas e psicossociais, que ocorrem em ritmos diferentes e tornam os adolescentes vulneráveis a uma série de situações de risco que podem interferir na formação e desenvolvimento, afetando diretamente sua saúde, fica o desafio do cuidado integral visando a garantia de direitos, onde o adolescente é o protagonista.

No Paraná, a faixa etária de 10 a 19 anos é de aproximadamente 1.860.765 adolescentes. Pensando nos adolescentes/jovens da socioeducação, é indispensável a capacitação dos profissionais de saúde buscando efetivamente a inclusão social e o acesso aos serviços de saúde. Hoje, aproximadamente 523 adolescentes/jovens no Paraná estão em cumprimento de medida socioeducativa.

6.9.5 AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde; para tanto se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina a faixa etária de 20 a 59 anos, isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica.

A população paranaense geral em 2021 foi estimada em 11.597.484 habitantes, sendo 5.678.670 do sexo masculino (49%) e 5.918.814 do sexo feminino (51%), na faixa etária entre 20 a 59 anos, a proporção entre homens e mulheres se manteve.

De 2018 a 2022, as principais causas de internação de homens, faixa etária entre 20 e 59 anos, foram: lesões envenenamento e alguma outra consequência ou causas externas (25,37%), doenças do aparelho digestivo (12,27%), doenças do aparelho circulatório (10,73%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,04%), neoplasias/tumores (7,49%), transtorno mentais e comportamentais (6,85%), doenças do aparelho respiratório (5,79%) e doenças do aparelho geniturinário (5,79%). Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

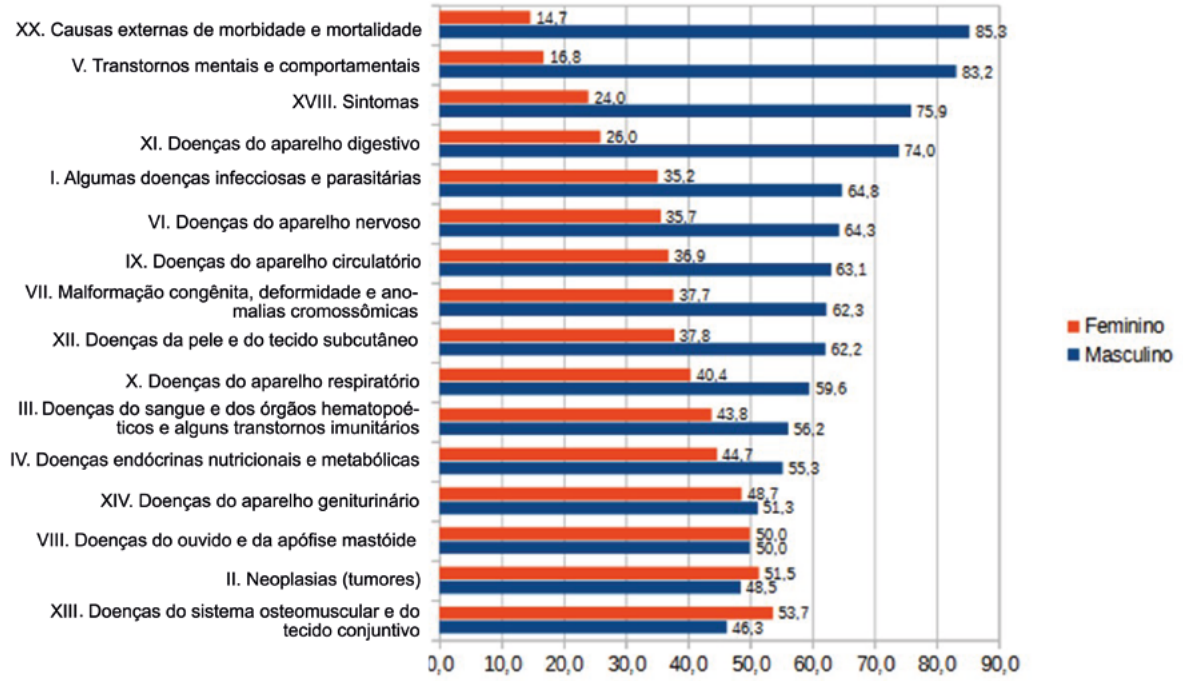
TABELA 13 – SETE PRIMEIRAS CAUSAS COM MAIOR NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO SEXO MASCULINO, 20 A 59 ANOS – PARANÁ, 2018-2022

CAPÍTULO CID-10	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	41698	42635	42487	42526	40291	213308
XI. Doenças do aparelho digestivo	22918	23934	17133	16542	21315	103109
IX. Doenças do aparelho circulatório	20017	20159	16889	15566	16383	90239
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7773	8513	15693	34852	8382	75976
II. Neoplasias (tumores)	12891	12876	12072	12092	12066	62927
V. Transtornos mentais e comportamentais	14046	11852	10423	10747	10019	57579
X. Doenças do aparelho respiratório	10904	10833	9057	8548	8696	48653
TOTAL DE INTERNAÇÕES ANO	**130247**	**130802**	**123754**	**140873**	**117152**	**651791**

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

Entre 2018 a 2022, as maiores taxas de morte hospitalar de homens, faixa etária de 20 a 59 anos, foram: algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,87), doenças do aparelho respiratório (8,01), neoplasias/tumores (6,39), doenças do aparelho circulatório (4,01).

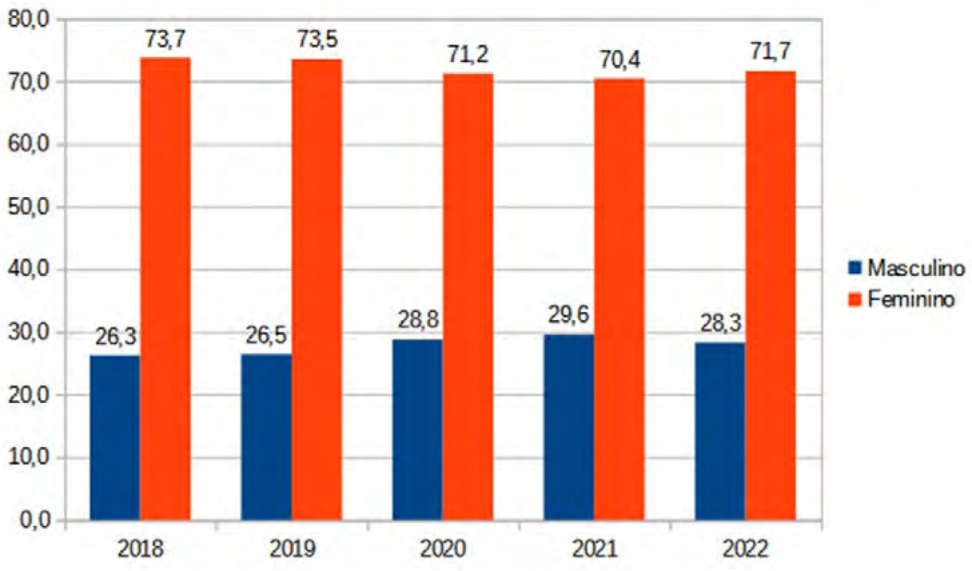
FIGURA 62 – PROPORÇÃO DE MORTES POR SEXO, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSA, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 59 ANOS NO PARANÁ



Fonte: SIM-PR (base de 11/08/2023). Elaborado pela SESA-PR/DAV/DVSAF-Saúde do Homem.

A figura 62 demonstra disparidade considerável de óbitos entre homens e mulheres, principalmente os relacionados a causas externas de morbidade e mortalidade e os óbitos gerados por transtornos mentais e comportamentais.

FIGURA 63 – PROPORÇÃO DE CONSULTAS ATENDIMENTO INDIVIDUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, POR SEXO, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 59 ANOS – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dado gerado em: 11/08/2.

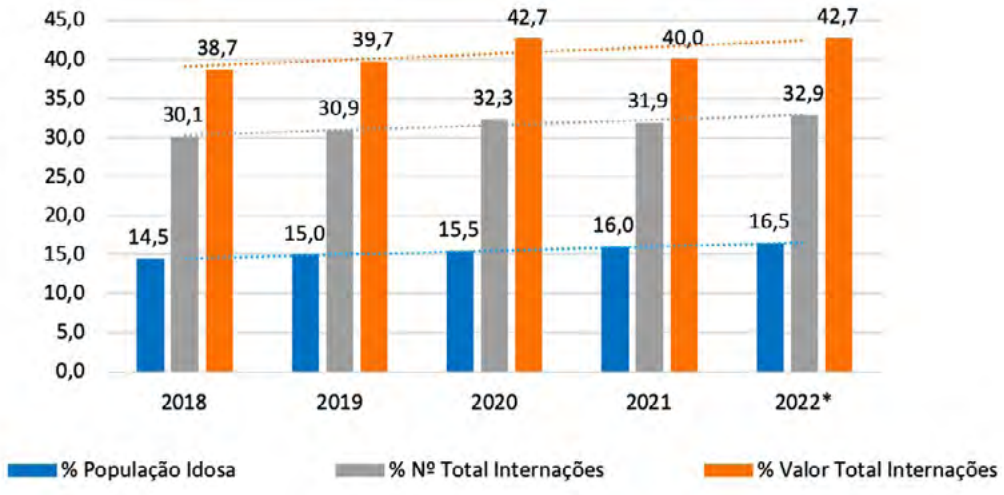
Conforme os dados acima, percebe-se que para reduzir as principais causas de morbimortalidade da população masculina, torna-se imprescindível ampliar o acesso e o acolhimento dessa população aos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), já que a média de atendimento de homens foi de apenas de 27,2% no período de 2018 a 2022, neste nível de Atenção.

Este estudo demonstra que os homens acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, o que traz consequências tanto no agravo quanto na morbidade da situação de saúde pelo retardamento na atenção. É necessário fortalecer e qualificar a APS, garantindo assim a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Este estudo demonstra que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de Atenção Básica. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção em saúde.

6.9.6 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Informações ainda preliminares de 2022 mostram que no Paraná, os idosos que representavam 16,5% da população geral, foram responsáveis por 32,9% de todos os internamentos e por 42,7% dos custos totais com esse tipo de procedimento, com tendência de crescimento quando considerada a série histórica 2018 – 2022. Nesse período, a população idosa teve crescimento de 2%, o número absoluto de seus internamentos hospitalares aumentou em 2,8% enquanto que os custos com internações se elevaram em 4%, conforme demonstra a figura 64.

FIGURA 64 – PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA NA POPULAÇÃO GERAL E NOS NÚMEROS E CUSTOS COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES – PARANÁ, 2018/2022

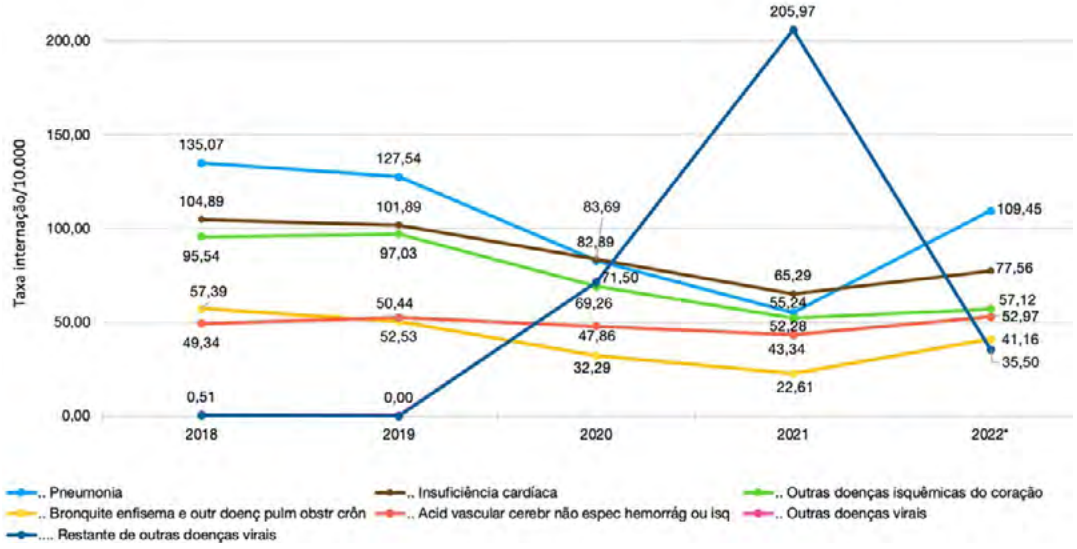


Fontes: SIH/TABNET/DATASUS, em 03/05/2023. Projeção da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade 2010-2060. Revisão 2018. *2022 – informações preliminares.

As causas mais frequentes de internação hospitalar de idosos em 2022 são apresentadas na figura 64, que mostra a situação desde 2018. A partir de 2020, observa-se crescimento acentuado das infecções virais, que representam a COVID-19. O mesmo fato ocorreu com as taxas de mortalidade de idosos, apresentadas na figura 66, a partir de 2020 a curva se alterou em função da COVID-19, que se manteve como a principal causa de óbito entre idosos, inclusive em 2022. Desde o início da

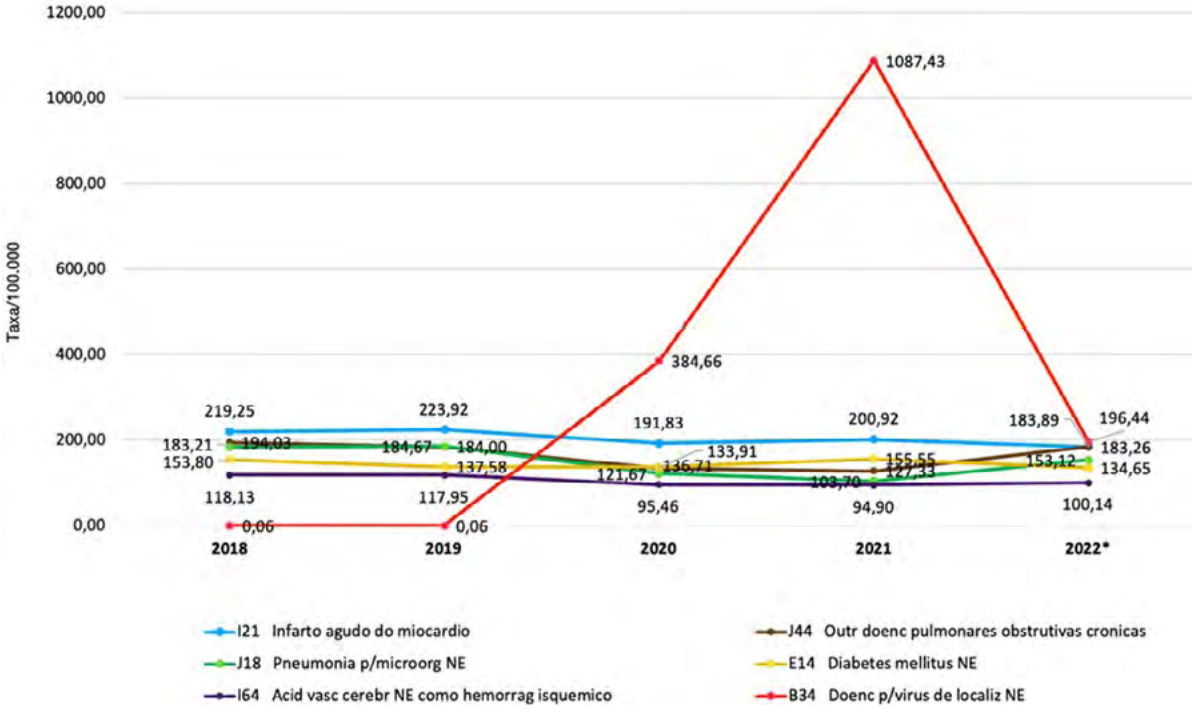
pandemia, até maio de 2023, os idosos responderam por 14,1% dos casos e por 65,6% dos óbitos causados pela COVID-19.

FIGURA 65 – TAXAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS PELAS SETE CAUSAS MAIS FREQUENTES. POR LISTA DE MORBIDADES CID-10 – PARANÁ, 2018 – 2022



Fontes: SIH/TABNET/DATASUS, em 03/05/2023. Projeção da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade 2010-2060. Revisão 2018. *2022 – informações preliminares.

FIGURA 66 – TAXAS DE MORTALIDADE DE IDOSOS PELAS 6 CAUSAS MAIS FREQUENTES – PARANÁ, 2018 – 2022



Fontes: SIM/TABNET/SESA, em 03/05/2023. Projeção da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade 2010-2060. Revisão 2018. *2022 – informações preliminares.

No Paraná, 75,9% das pessoas idosas dependem do SUS para o cuidado de sua saúde (ANS,2023). Para o planejamento desta assistência, tão importante quanto conhecer o perfil de morbimortalidade, é conhecer aspectos peculiares da saúde do idoso como funcionalidade, grau de fragilidade e condições próprias do envelhecimento como as Grandes Síndromes Geriátricas. Em 2013, 8,22% dos idosos paranaenses afirmavam ter limitações para o desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária, sendo 5,60% nas atividades básicas (autocuidado) e 18,99% para as atividades instrumentais (vida de relação) (SISAP IDOSO-FIOCRUZ, 2023).

A polifarmácia, fonte de iatrogenia, tem sido observada em cerca de 30% dos idosos participantes de mutirões de saúde no Paraná. (PEREIRA, 2018). Na 4ª Regional de Saúde (Irati), onde 95% (n=4.105) das pessoas idosas residentes na região já passaram por estratificação do risco para a Fragilidade Multidimensional, 61% dos idosos são robustos, 20,2% tem risco moderado e 18,8% são frágeis.

Aspectos sociais devem também ser considerados. Em 2010, 21,53% dos idosos paranaenses eram analfabetos, 14,19% moravam sozinhos; 12,14% moravam em domicílios com até meio salário-mínimo de renda, 10,55 não tinham renda e 5,49% recebiam Benefício da Prestação Continuada.

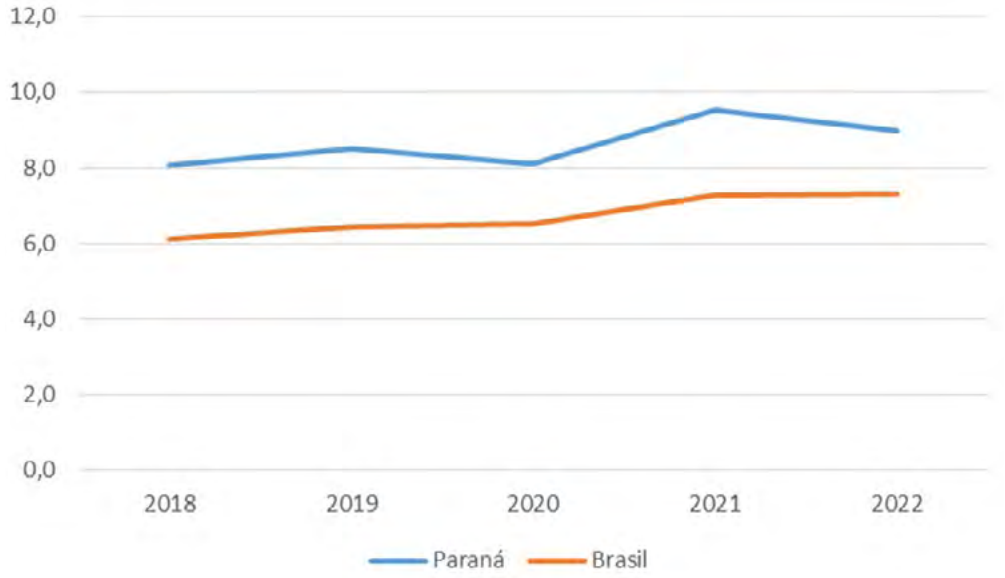
6.9.7 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A saúde mental é um direito fundamental e parte essencial da nossa saúde e bem-estar geral, que implica muito mais que a ausência de transtornos mentais. A interação de fatores individual, familiar, comunitário e estrutural são determinantes que variam ao longo da vida do indivíduo, e são experimentados de forma diferente de pessoa para pessoa. Nessa perspectiva, a Linha de Cuidado em Saúde Mental é priorizada pela Secretaria de Estado da Saúde, desde 2011, visando a estruturação dos serviços e ações sob a ótica da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2022 o Relatório Mundial de Saúde Mental no qual aponta que em torno de 13% da população mundial estava vivendo com algum transtorno mental em 2019, e apenas no primeiro ano da pandemia houve aumento de mais de 25% nos quadros de depressão e ansiedade. O mesmo indica que mais de uma em cada 100 mortes foram causadas por suicídio e 58% destes ocorreram antes dos 50 anos de idade.

No Paraná, de acordo com as recomendações sobre prevalência da OMS de 2002, estima-se que 1.391.698 pessoas apresentem transtornos mentais e 695.849 pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) houve um aumento de 11,1% em suicídios (8,1/100 mil habitantes em 2018 para 9,0/100 mil habitantes em 2022) no Paraná, considerando-se a variação entre os anos de 2018 e 2022, enquanto a variação neste mesmo período no Brasil, foi de 19,8% (6,1/100 mil habitantes em 2018 para 7,3/100 mil habitantes em 2022), como demonstra a figura 67. O suicídio foi a causa de cerca de 1,1% do total de óbito não fetal no último ano e 67% desses óbitos ocorreram antes dos 50 anos de idade.

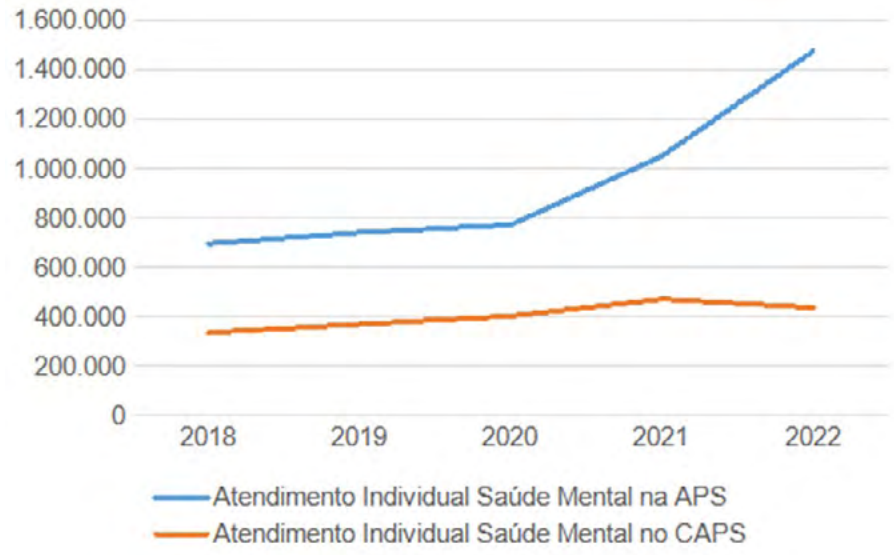
FIGURA 67 - TAXA DE MORTALIDADE/100 MIL HABITANTES POR SUICÍDIO – BRASIL E PARANÁ, 2018-2022



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - 2023.

Observa-se um crescimento nos últimos anos no número de atendimentos individuais na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2022, este número foi duas vezes maior que em 2018 (figura 68). O aumento da busca por atendimento pode ser reflexo do sofrimento mental que a população tem vivenciado, em especial após a pandemia da COVID-19. Comparando os últimos cinco anos, também houve aumento dos atendimentos individuais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

FIGURA 68 – ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM SAÚDE MENTAL NA APS E CAPS, POR ANO DE ATENDIMENTO, PARANÁ, 2018-2022



Fonte: SISAB – 2023. SIA/SUS – 2023.

O atual cenário dos serviços da Linha de Cuidado em Saúde Mental no Paraná, que é composta por diversos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é composto por 155 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, cinco Unidades de Acolhimento (UA), sete Serviços Integrados de Saúde Mental (SIMPR), que é a conjunção de um CAPS AD III e uma UA de âmbito regional. São 14 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), oito Equipes de Consultório na Rua, 41 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM), 73 leitos em serviço hospitalar de referência (leitos de saúde mental em hospitais gerais), além de 1.610 leitos em hospitais especializados em psiquiatria.

Além dos serviços citados acima, a unidade de saúde é um importante ponto de Atenção da Linha de Cuidado em Saúde Mental. A APS é um lugar privilegiado para as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, devido ao seu potencial enquanto momento estratégico para vincular e ampliar o acesso de usuários que ainda não foram captados pela Rede, bem como realizar o cuidado precoce de eventuais agudizações. Considerando que cerca de 68% dos municípios do Paraná possuem menos de 15 mil habitantes, o que dificulta a implantação de serviço especializado, a APS é crucial para o atendimento em saúde mental da população.

No que se refere à Atenção Psicossocial Especializada, os CAPS são os serviços estratégicos e articuladores da Linha de Cuidado em Saúde Mental. O cuidado especializado no Paraná também é ofertado por meio dos ambulatórios, tanto municipais quanto regionais. Entretanto, esses serviços necessitam de qualificação técnica devido às dificuldades das equipes na execução do cuidado que é de sua responsabilidade, como as ações de matriciamento, a diversificação das estratégias de cuidado, a atenção às situações de crise e as ações de reabilitação psicossocial. Outra dificuldade encontrada é composição da equipe multiprofissional, principalmente na contratação de médicos psiquiatras ou com formação em saúde mental, devido aos custos e disponibilidade.

O Paraná ainda possui a maior concentração de leitos para a Atenção Hospitalar em hospitais psiquiátricos. Estes hospitais estão concentrados em algumas regiões de saúde, como na 2ª Regional de Saúde Metropolitana e na 17ª Regional de Saúde de Londrina. Esse vazio assistencial dos leitos de retaguarda no território favorece a fragilização dos vínculos familiares e comunitários, bem como a construção e execução do Projeto Terapêutico Singular. Neste contexto, enfatiza-se a importância da ampliação dos Serviços Hospitalar de Referência (SHR - leitos de Saúde Mental em hospital geral). O Estado possui apenas 73 destes leitos, estando aquém do necessário. O potencial de ampliação dessa modalidade é substancial e deve ser incentivado pela gestão estadual e municipal.

Além disso, o Estado necessita do fortalecimento e ampliação das estratégias de desinstitucionalização. Estas são impulsionadas com a adesão ao Programa de Volta para Casa (PVC) pelos municípios e a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), visto que o número de serviços existentes é insuficiente. Mesmo após anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a desinstitucionalização de centenas de pessoas, o Paraná ainda tem pessoas em condição asilar no Complexo Médico Penal e hospitais psiquiátricos. O monitoramento dessa questão deve ser constante, em virtude do aumento preocupante de internações compulsórias e decisões judiciais para acolhimento indiscriminado de pessoas com transtornos mentais, e até mesmo pessoas com deficiência intelectual. O cuidado em saúde mental deve ser no território, respeitando os direitos e garantindo o exercício de cidadania.

Cabe ressaltar que a SESA realiza o cofinanciamento de custeio e implantação de alguns serviços da Linha de Cuidado em Saúde Mental, como o SIMPR e SRT, assim como a complementação do valor das diárias para leitos especializados em psiquiatria. Frisa-se aqui, a necessidade de ampliar o cofinanciamento para as demais modalidades de CAPS, pois atualmente apenas o CAPS

AD III possui incentivo financeiro, bem como para o serviço hospitalar de referência, e as equipes da APS que atuam no cuidado em saúde mental.

Quanto à Educação Permanente em Saúde (EPS), a SESA, por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), disponibiliza cursos na modalidade de Ensino à Distância (EAD) voltados principalmente para os profissionais da APS. Em 2018, o curso Prevenção do Suicídio foi lançado com o intuito de qualificar os profissionais de saúde e da rede intersetorial para trabalhar a temática. Também foi viabilizado o Curso de Psicofarmacologia para profissionais de nível superior da Rede de Atenção à Saúde, que inclui os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada. Já em 2022, ocorreu a primeira turma do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Primária à Saúde, com oferta de 1.500 vagas. Entretanto, apenas 40% dos profissionais inscritos concluíram e foram aprovados no curso. Desta forma, pondera-se a necessidade de adesão e a ampliação do número de profissionais capacitados, estendendo as ações de EPS para a qualificação dos profissionais que atuam em serviços como CAPS e pontos de Atenção da Urgência e Emergência.

Atualmente, no escopo das atividades propostas pelo PlanificaSUS no Paraná, cinco regiões de saúde priorizaram a Linha de Cuidado em Saúde Mental, sendo: a 10ª Regional de Saúde de Cascavel; 13ª Regional de Saúde de Cianorte; 17ª Regional de Saúde de Londrina; 21ª Regional de Saúde de Telêmaco Borba, e 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã.

6.9.8 LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE 2023) considerou pessoa com deficiência o morador de dois anos ou mais que respondeu ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum realizar as atividades perguntadas em ao menos um dos quesitos investigados, que envolvem dificuldades em domínios funcionais: enxergar, ouvir, andar ou subir degraus, funcionamento dos membros superiores, cognição – dificuldade para aprender, lembrar-se das coisas ou concentrar, autocuidado e comunicação – dificuldade de compreender e ser compreendido.

No Brasil, a estimativa é que 18,6 milhões de pessoas (8,9%) de dois anos ou mais tenham deficiência. No Paraná, a proporção é de 8,9%, sendo o segundo estado com maior número de pessoas com deficiência da Região Sul do país (IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - 2022).

A Linha de Cuidado de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como objetivo promover o cuidado integral à pessoa com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomias ou múltiplas deficiências, sendo elas temporárias ou permanentes; progressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas.

Os componentes da Linha de Cuidado são organizados pelos níveis de Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, que de forma articulada promovem a Atenção à Saúde para pessoas com deficiência.

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação é formado por Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas, que tem por objetivo realizar ações de reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva.

Atualmente, o Paraná conta com cinco CER: CERIV-AFECE e CERIII-CHT em Curitiba, CERII-APMI em Itaperuçu, CERII-Jacarezinho e CERIV-Foz do Iguaçu. Porém, o Estado não conta com nenhuma Oficina Ortopédica habilitada.

Considerando o Plano de Ação Estadual da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência com sua 3ª atualização pactuada na CIB (Deliberação Nº 300 de 12/12/2022), há várias regiões de vazios assistenciais no Paraná, gerando dificuldade de acesso da população aos serviços de reabilitação, sendo necessário a ampliação da rede de serviços, assim como a qualificação dos serviços existentes.

6.9.8.1 Doenças Raras

A Atenção às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a Rede de Atenção à Saúde, sendo estruturada para ter abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS.

O cuidado em saúde às pessoas com doenças raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos.

O Paraná conta com três estabelecimentos de saúde classificados como serviços de referência ou Atenção Especializada em Condições Raras: Complexo Hospital de Clínicas, Hospital Pequeno Príncipe e Hospital Erasto Gaertner.

Considerando a dificuldade de identificar as pessoas com síndromes e doenças raras no Estado por inexistência de bancos de dados, o Paraná desenvolveu o Sistema web para Notificação de Síndromes e Doenças Raras do Paraná - SIDORA, que, além de fornecer informações para desenvolvimento de políticas públicas, disponibiliza carteirinha com QR-Code para a população cadastrada, facilitando o acesso, principalmente em situações de emergência, visto que neste cadastro constam às informações relevantes sobre a pessoa diagnosticada com doenças/síndrome rara.

A SESA possui um sistema próprio para monitoramento dos testes de triagem neonatal de cunho obrigatório, sendo eles: teste do olhinho, teste do coraçãozinho, teste da orelhinha e teste do pezinho, buscando o diagnóstico e a intervenção precoce de usuários que tiverem os testes alterados.

O atendimento às pessoas raras é centralizado e encontramos algumas dificuldades como: diagnósticos tardios e de difícil obtenção, insuficiência de pontos de Atenção e especializados descentralizados, além das demandas judiciais para diagnóstico e tratamento de pessoas com doenças raras.

Diante da complexidade da estruturação da Atenção às Pessoas com Doenças Raras, faz-se necessário a elaboração e implementação da Linha de Cuidado Estadual à Saúde das Pessoas com Doenças Raras.

6.9.8.2 Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva Domiciliar

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é uma terapêutica indicada para pacientes com insuficiência respiratória crônica que gera um quadro de hipoxemia, resultado da evolução de um grande número de doenças e condições clínicas. É considerada uma intervenção eficiente por proporcionar a reversão da hipoxemia, melhorando a função cardiovascular, permitindo ao indivíduo melhores condições para realizar as atividades de vida diária. Atualmente, a SESA atende aproximadamente três mil usuários que necessitam dessa terapêutica.

Os equipamentos de suporte ventilatório não invasivo e invasivo são disponibilizados em ambiente domiciliar para os usuários com insuficiência respiratória crônica, onde são atendidos aproximadamente 1.400 usuários no Estado. Considerando a magnitude destas ações, se faz necessário a estruturação e padronização de normativas para qualificar o atendimento aos usuários.

6.9.9 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

A Política Estadual de Saúde Bucal tem como eixo norteador um modelo de Atenção pautado em ações voltadas para a Promoção da Saúde, controle e prevenção das doenças bucais, além da recuperação e reabilitação da saúde bucal da população, pressupõe uma atenção integral que deve ser ofertada nos pontos de Atenção da Linha de Cuidado em Saúde Bucal. Esta linha tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde. O Paraná apresenta 1.399 Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuantes nas unidades de saúde, sendo 1.139 ESB na Estratégia de Saúde da Família – 40 horas e 260 ESB de carga horária diferenciada, sendo 258 equipes de 20 horas e duas equipes de 30 horas. Atualmente, a cobertura de saúde bucal na Atenção Primária é de 43%, portanto, é imprescindível o aumento deste indicador para ampliar o acesso da população à assistência odontológica (fonte: E-gestor maio/2023).

Nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), pontos de Atenção Especializada em Saúde Bucal, são ofertados atendimentos para pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal, periodontia, endodontia e cirurgia oral menor. Atualmente, o Paraná conta com 51 CEOs, sendo 44 de gestão municipal e sete de gestão estadual. Diante da existência de vazios assistenciais com relação à Atenção Especializada, há a necessidade de credenciamento de novos CEOs, principalmente nos Consórcios Intermunicipais de Saúde que ainda não ofertam a Atenção Especializada em Saúde Bucal. Além dos CEOs, outra importante estratégia para aumentar a cobertura de Atenção Especializada é o credenciamento dos Serviços Especializados de Saúde Bucal (SESB) em municípios com população abaixo de 20 mil habitantes.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são um ponto de apoio responsável pela elaboração das próteses dentárias que são ofertadas tanto na Atenção Primária como na Atenção Especializada. Atualmente, o Estado conta com 128 LRPD, sendo 121 de gestão municipal e sete de gestão estadual (fonte: E-gestor maio/2023). A Atenção Hospitalar é desenvolvida nos hospitais de referência para câncer bucal, atendimento aos fissurados e demais deformações bucomaxilofaciais, trauma bucomaxilofacial, e atendimento ao paciente com deficiência. Este ponto de Atenção deve ser ampliado, em especial no que se refere ao atendimento à pessoa com deficiência.

Com relação aos programas estratégicos, o Paraná conta com o Programa Estadual de Bochecho com Flúor, Programa Estadual de Mínima Intervenção em Odontologia e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal. O relatório da Organização Mundial da Saúde aponta que quase metade da população mundial sofre de doenças bucais, sendo a cárie dentária a mais prevalente, seguida pela doença periodontal. Dessa forma, fica evidente a necessidade de fortalecer o acesso às ações de saúde bucal (OMS, 2022).

6.9.10 REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A Rede Estadual de Atenção às Urgências (RAU) é um conjunto de ações e serviços voltados às necessidades de saúde da população do Paraná em situação de urgência com garantia de acesso universal, integralidade e equidade da assistência. Soma-se o seu papel de planejamento e execu-

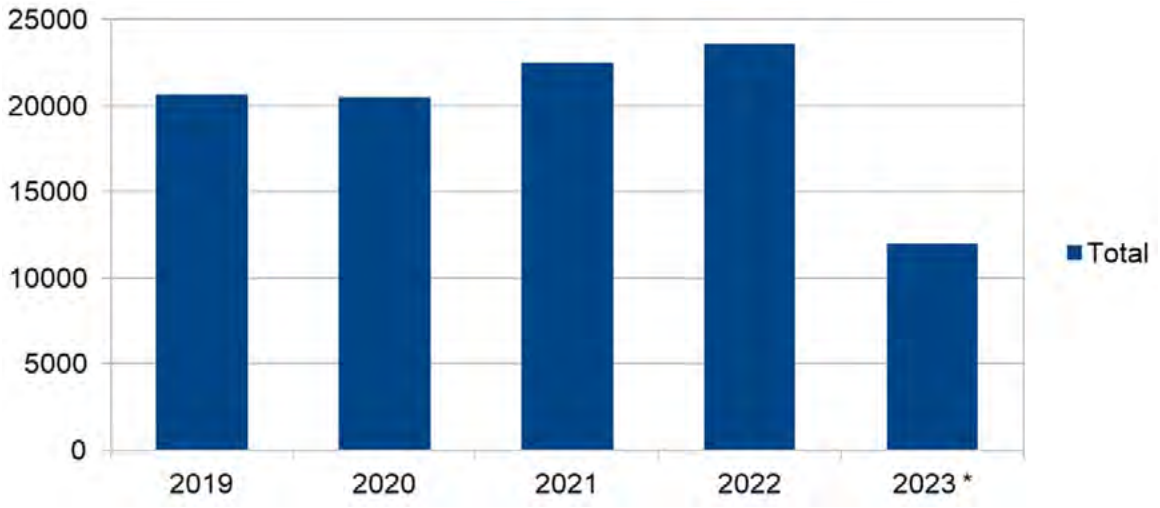
ção de projetos estratégicos para implementação das Linhas de Cuidado prioritárias, além de ações integradas e direcionadas a prevenção e resposta às situações emergenciais de natureza coletiva (emergências em saúde pública, acidentes com múltiplas vítimas, entre outras).

O modelo de planejamento e organização da Rede de Urgência é fundamentado em regiões de saúde com características crescente em hierarquia de serviços, iniciando por microrregiões de saúde até organização macrorregional. Com a proposta de articulação e integração entre os diferentes pontos de Atenção, o objetivo é oferecer a população acesso humanizado e um primeiro atendimento de urgência qualificado com encaminhamento responsável e resolutivo a outros pontos de serviço da Rede em tempo oportuno, conforme a necessidade de cada caso, no sentido de garantir diagnóstico e tratamento definitivo.

A missão da Rede de Urgência é superar os desafios da fragmentação das ações e serviços e oferecer assistência integral em situações de urgência clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas psiquiátricas, pediátricas e causas externas (acidentes e violências) que acometem a população do Paraná, tendo em vista o impacto positivo nos indicadores de saúde relacionados à morbimortalidade.

A figura 69 mostra as principais causas de morte por doenças cerebrocardiovasculares no ano de 2019 até 2023, no Paraná.

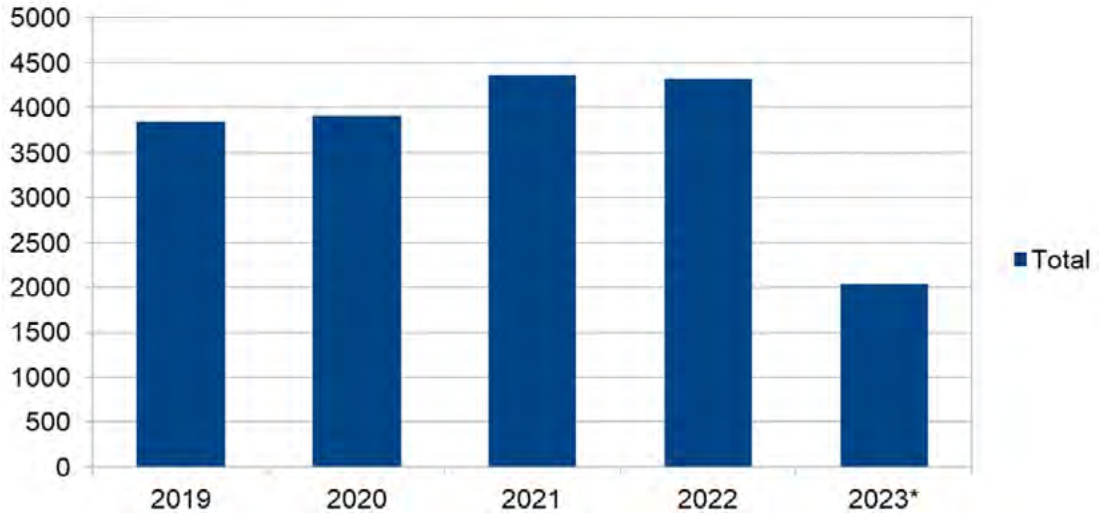
FIGURA 69 – NÚMERO DAS CAUSAS DE MORTE CEREBROVASCULAR NO ESTADO – PARANÁ, 2019 – 2023



2023* Dados parciais.
Fonte: SESA/DAV/DVDNT/TABDOWEB. SIM:15/08/2023.

Considerando as necessidades epidemiológicas de maior relevância e maior morbimortalidade no Paraná, foram estabelecidas as diretrizes de implantação das Linhas de Cuidado prioritárias em todas as regiões de saúde do Estado, são elas: a cardiovascular, a cerebrovascular e a de trauma, sendo priorizado causas externas por esta gerência (figura 70).

FIGURA 70 – NÚMERO DAS CAUSAS DE MORTE POR CAUSAS EXTERNAS NO ESTADO – PARANÁ, 2019 – 2023



2023* Dados parciais até julho de 2023.
Fonte: SESA/DAV/DVDNT/TABDOWEB. SIM:15/08/2023.

A tabela 14 relaciona o tempo de resposta necessário estabelecido como meta para organização da Rede Estadual de Urgência para cada Linha de Cuidado, para garantir maiores chances de sobrevida.

TABELA 14 – TEMPO RESPOSTA INDICADO PARA ATENDIMENTO SEGUNDO CADA LINHA DE CUIDADO

LINHA DE CUIDADO	ATENDIMENTO INICIAL	ATENDIMENTO DEFINITIVO
Cardiovascular	Zero	01h30
Neurovascular	01h00	04h30
Trauma	00h30	01h00

A Rede de Urgência tem o pressuposto de acolher o paciente, 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 paciente para a continuidade terapêutica. A classificação do risco assistencial de cada paciente está respaldada pela fórmula abaixo:

$$U\ (\text{GRAU DE URGÊNCIA}) = \frac{G\ (\text{GRAVIDADE}) \times R\ (\text{RECURSO})}{T\ (\text{TEMPO})}$$

U - Corresponde ao Grau de urgência - identificada em cada caso regulado ou classificado nas portas de urgência;
G - A gravidade de cada caso;
R - Os recursos necessários para garantir a assistência ao paciente;
T - Tempo necessário para dar início ao tratamento.

De acordo com resultado, ocorre a identificação do grau de urgência e a priorização de atendimento para tratamento.

Um dos desafios na organização da Rede de Urgência é desenvolver uma política efetiva para implantação de protocolos de classificação de risco em todos os pontos assistenciais. O panorama atual observado nas portas de urgência das macrorregiões do Estado é bastante heterogêneo, alguns protocolos de classificação de risco são operacionais e outros sem efetividade para alcançar o resultado esperado. Em resumo: serviços de maior porte (especialmente portas de urgência dos hospitais de alta complexidade utilizam como modelo o Protocolo de Manchester – original ou Manchester Adaptado, serviços de Pronto Atendimento de hospitais de médio porte e Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas) adotam protocolos diversos, com eficácia variável e, serviços de Pronto Atendimento de pequeno porte são orientados a incorporarem os protocolos de classificação de risco.

A manutenção do acolhimento e classificação de risco estão entre as ações fundamentais para garantir o melhor tempo para atendimento às situações de maior necessidade e organizar o fluxo da Rede Assistencial locorregional com critérios de justiça e igualdade.

6.9.10.1 Componentes da Rede de Atenção às Urgências

Para alcançar o objetivo proposto, a Rede Estadual de Urgência conta com componentes, pontos assistenciais e ações, que devem trabalhar de forma complementar, articulada e integrada com outros setores.

ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE (APS)

Atuação indireta e integrada com outros setores desenvolvendo ações continuadas como: oferta de educação permanente das equipes da APS, garantindo assim, acolhimento de urgência qualificado e encaminhamento adequado para outros pontos da Rede Assistencial, bem como a orientação de KIT básico de materiais e equipamentos às Unidades Básicas de Saúde (UBS), para atendimento inicial as urgências. A APS através da Central de Regulação de Urgência (CRU), acessa a RAU de forma organizada e pactuada, seguindo os fluxos e orientações organizados pelas equipes gestoras da RAU.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA /COMPLEXO REGULADOR (CR)

É o principal instrumento de gestão da Rede de Urgência e estrutura ordenadora do fluxo de urgência. Funciona como observatório do sistema de saúde, e garante o acesso qualificado e resolutivo além de otimizar a capacidade instalada nos serviços. O objetivo é a implantação de CR Macrorregionais com integração das CRU do SAMU, SIATE e as Centrais Estaduais de Regulação de Leitos (CERL) na sede das quatro macrorregiões do Estado, com o objetivo de estabelecer processo de trabalho uniforme com a integração operacional do CRU e CERL. Além disso, proporcionar um gerenciamento de todos os recursos, serviços de referência e recursos pré-hospitalares (ambulâncias e serviço aeromédico), visando a economia de escala e garantia de acesso à grade de referência pactuada, tendo em vista a equidade da resposta.

A proposta é de implantação dos CR Macrorregionais mediante projeto técnico detalhado em etapas com validação pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências do Paraná. Atualmente, o Estado conta com 12 Centrais de Regulação de Urgência, sendo 11 Centrais Regionais e uma municipal em Foz do Iguaçu, proporcionando dessa forma, a cobertura de 100%

dos municípios do Paraná. A SESA está envidando esforços para que todo o território do Estado mantenha cobertura pelo SAMU de forma permanente.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA (SIATE)

Os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência têm por objetivo chegar precocemente à pessoa acometida de um agravo a 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 pacientes na Rede, buscando uma assistência resolutiva e de qualidade. Atualmente, no Paraná, 100% da população tem acesso ao SAMU 192.

O Paraná conta ainda com o SIATE, que é um serviço especializado ao atendimento às vítimas de trauma e que funciona com responsabilidade compartilhada entre a SESA, Corpo de Bombeiro/SESP e municípios. Hoje, o Paraná conta com ambulâncias de suporte básico tripuladas por bombeiros socorristas, e em alguns polos maiores, possui viaturas de intervenção rápida tripuladas por médicos, enfermeiros e condutores. Foi publicado também o Termo de Cooperação Técnica n° 135/2021, que define as competências e responsabilidades pela manutenção do SIATE. Na organização das Redes locoregionais, o SIATE divide as responsabilidades pelo atendimento pré-hospitalar móvel de origem traumática, enquanto o SAMU prioriza atendimentos clínicos. O planejamento da Rede é manter o SIATE por meio de integração operacional com as Centrais dos SAMUs Regionais, assim que implantadas em todo Estado.

Em 2024, a estratégia prevista é desenvolver um modelo de monitoramento da qualidade e integração das regulações dos SAMUs e SIATEs, com avanço tecnológico significativo no controle e avaliação da Rede. Outro desafio para a garantia de funcionamento e manutenção do serviço é a pactuação intermunicipal sobre o modelo de gestão do serviço e o repasse de recursos estaduais de custeio para as Centrais de Regulação e ambulâncias avançadas (Resolução CIB nº 965/2017), ser maior que o preconizado pelo âmbito federal. Identificou-se também a necessidade de adequação e ajustes no modelo de funcionamento do SAMU no Estado, relacionado aos protocolos de regulação e intervenção e a distribuição de ambulâncias para melhoria de tempo/resposta.

SERVIÇO AEROMÉDICO

O Serviço aeromédico é um componente da Rede Estadual de Urgência com cobertura total no Estado. São alocadas aeronaves nos municípios de Curitiba, Maringá, Londrina, Ponta Grossa e Cascavel, sendo que a cidade de Curitiba é sede de duas aeronaves, totalizando cinco helicópteros. O serviço aeromédico de asa rotativa é regulado integralmente pela CRU do SAMU e cada helicóptero tem raio de atuação de em média 250 quilômetros. Se o percurso de atendimento ultrapassar os 250 km, pode-se acionar a aeronave de asa fixa pela CERL. A demanda pelo serviço aeromédico em 2022 foi de 2.805 atendimentos.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24HS (UPA)

De complexidade intermediária entre as UBS e os hospitais, as UPAs devem oferecer atendimento aos pacientes acometidos de quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a

investigação diagnóstica inicial e encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, quando necessário. Atualmente, o Estado conta com 49 UPAs habilitadas/qualificadas distribuídas por todo o território. A Macrorregião Leste possui o total de 23 UPAs, a Macrorregião Noroeste possui seis UPAs, a Macrorregião Norte possui sete UPAs e a Macrorregião Oeste, o total de 13 UPAs. Entretanto, alguns destes serviços funcionam com dificuldades.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

É caracterizado por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados e desospitalização, por meio do atendimento integral de equipe multiprofissional. Este componente necessita ser fortalecido com o intuito de garantir a implementação efetiva das Redes de Urgência, no sentido de desospitalização precoce, liberação de leitos de internamento e contribuição com a recuperação do paciente. O Paraná conta com 53 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 23 Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), habilitadas pelo Ministério da Saúde.

TELEMEDICINA – LINHAS DE CUIDADO CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E TRAUMA

Diversas ações foram iniciadas com a finalidade de implantar a telemedicina em tempo real. Foram construídos protocolos operacionais de regulação e intervenção nas Linhas de Cuidado (IAM, AVC, TRAUMA) e realizados treinamentos das equipes de regulação. Também como ações para Telemedicina, foi adquirido o trombolítico Tenecteplase (TNK), medicamento fundamental para assistência ao IAM com supra de ST (IAMCSST) e no cuidado ao AVC (neurologia/neurocirurgia) e capacitação para o uso da Alteplase (ATK) para as equipes de saúde. Essas ações emergenciais focadas no tempo/resposta são prioridades. Além disso, tem-se trabalhado para garantir o fornecimento dos trombolíticos para atendimento do IAMCSST/AVC e realizado planejamento visando melhor dimensionamento e distribuição dos serviços especializados, oportunizando acesso ao tratamento definitivo no tempo correto.

COMPONENTE HOSPITALAR

O componente hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelos leitos de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, unidades de cuidados prolongados, serviços de diagnóstico por imagem e laboratório. A Rede de serviços hospitalares da Urgência deve acolher, como porta de entrada, a demanda espontânea e referenciada de urgência, além de funcionar como retaguarda para os outros pontos de Atenção. O quadro 5 mostra a grade de referência de serviços hospitalares habilitados pelo MS para compor a Rede de Urgência. São 62 hospitais sendo: 19 na Macrorregião Leste, 12 na Macrorregião Norte, 14 na Macrorregião Oeste e 17 na Macrorregião Noroeste. Estes estabelecimentos também devem oferecer retaguarda nas Linhas de Cuidado prioritárias, atendimento de média e alta complexidade, procedimentos de maior complexidade, leitos de cuidados prolongados e de terapia intensiva.

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA GRADE DE REFERÊNCIA DO COMPONENTE HOSPITALAR – PARANÁ, 2023

MACRO	PORTAS DE ENTRADA U/E			RETAGUARDA CLÍNICA	UCP	LEITOS DE UTI		AVC	UCO	CENTRO DE TRAUMA
	GERAL	TIPO I	TIPO II	Nº LEITOS	UN	AD	PED	UN	UN	UN
Leste	3	1	5	677	4	397	59	6	8	4
Norte	2	-	5	195	-	171	14	5	3	1
Oeste	1	2	1	20	-	108	14	4	7	1
Noroeste	3	1	3	221	1	124	16	4	5	-
Total	9	4	14	872	5	800	103	19	23	6

Fonte: SESA/DAV/GAU, 15/08/2023.

Além do incentivo do Ministério de Saúde (MS) para a Atenção Hospitalar, a RAU conta com o HOSPSUS, que direciona recurso estadual, para melhoria da qualidade da assistência nos hospitais, com investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), para aumento da oferta de serviços e custeio das ações e serviços e melhoria da gestão dos hospitais.

No contexto da Rede de Atenção às Urgências do Estado, atualmente, enfrentam-se dificuldades de acesso nos serviços de alta complexidade, concentrados nos grandes centros.

Os hospitais de médio e pequeno porte distribuídos nas macrorregiões, também realizam atendimentos em urgência e emergência, o índice de resolutividade tecnológica destes é baixo.

O cenário em todo o Estado é de demanda reprimida por leitos de retaguarda clínicos qualificados para internamento, leitos de UTI geral e neonatal e leitos psiquiátricos. Existe também dificuldade no encaminhamento de pacientes para algumas especialidades como cardiologia, neurocirurgia/neurologia e traumatologia, bem como Linha de Cuidado prioritária (AVC, IAM e trauma) com fluxos estabelecidos. Entende-se a necessidade da qualificação dos PAs e UPAs e portas de urgência hospitalares quanto ao uso da classificação de risco, melhoria e capacitação das equipes quanto ao suporte básico de vida e suporte avançado a vida, esses serviços também carecem de novas tecnologias para o atendimento beira leito "*point-of-care*" e garantia de contrarreferência com a Atenção Primária para assegurar a continuidade ao cuidado.

6.9.10.2 Estruturantes voltadas aos componentes da Rede

GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA RAU

A Deliberação CIB nº 177/2022, atualiza os componentes do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado por representantes da SESA e COSEMS com objetivo de planejamento integrado e monitoramento do funcionamento dos diversos componentes da Rede de Urgência.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Núcleo Estadual de Educação em Urgência (NEU-PR) participa ativamente no processo de educação continuada das equipes assistenciais de urgência para todo o Estado, ofertando capacitações e cursos de formação aos profissionais com foco na qualificação de todo os componentes da Rede de Urgência, conforme pautado na Resolução da SESA nº 609/2010. Entre 2020 e 2023 foram ofertados aproximadamente 45 cursos, contemplando mais de 3.160 profissionais no Paraná.

MONITORAMENTO DA REDE DE URGÊNCIA

Conforme instrumento de gestão do Estado, foram elencados alguns indicadores epidemiológicos (taxa de mortalidade por causas externas exceto agressões interpessoais, taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população de zero a 69 anos por 100 mil habitantes e índice de cobertura da população do Estado pelo SAMU), que servem para subsidiar o planejamento, a elaboração de estratégias e ações específicas. Além disso, deve-se supervisionar o funcionamento dos componentes da Rede, especialmente da CRU e SAMUs, utilizando o tempo de resposta para chegada da ambulância no local da ocorrência como indicador, entre outros.

PLANO DE AÇÃO DA SAÚDE PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Ações voltadas para prevenção e resposta as situações de emergências em saúde pública, desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMUV) estão em andamento, além do treinamento de equipes de APH já iniciadas nos protocolos de atendimento destas situações especiais, com participação de 250 profissionais no IMUV, em março de 2023.

O Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública (PASEM), aprovada pela Deliberação CIB nº 435/2017, é a matriz operacional e institucional de resposta rápida, coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública. Entre estes incidentes com potencial de risco que exigem atenção especial, tendo em vista a particularidade do evento, podemos citar:

- Ameaças naturais: fenômenos climáticos extremos (inundações, tempestades, vendaval), terremotos, tornados, etc;
- Ameaças de origem tecnológica (resultante da atividade humana): acidentes de transportes e indústrias, rompimento de barragem, que acometem múltiplas vítimas, etc;
- Terrorismo e demais acidentes envolvendo produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares e agentes explosivos (QBRNe);
- Epidemias e pandemias.

Demais ações de planejamento que constam na Resolução SESA nº 435/ 2017 que "Organiza e regula no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, o Regime de Força Tarefa para Resposta às Emergências em Saúde Pública".

FORTALECIMENTO DA REDE

Com intuito de fortalecimento da Rede e suporte em ações estratégicas de urgência e emergência, o Paraná pautado pela Resolução SESA nº 497/2017, repassa recursos na modalidade fundo a fundo, para o custeio de equipamentos das portas de entradas e SAMU. Além disso, a Resolução

SESA nº 965/2017 contempla um incentivo estadual de custeio para apoio às ações estruturais e de assistência dos SAMUs Regionais nesta mesma modalidade.

6.9.11 TELESSAÚDE

O Telessaúde é uma das estratégias existentes dentro do escopo da Saúde Digital, que utiliza recursos das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) para produzir e disponibilizar informações em saúde. No Paraná, são ofertadas ações de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação, sendo que não possui plataforma própria para o desenvolvimento das ações, o que exige parcerias com outros núcleos de telessaúde do Brasil.

As ações implementadas a partir de 2021 ocorrem em parceria com os Núcleos de Telessaúde de Minas Gerais e de Santa Catarina, como os telediagnósticos em eletrocardiograma e dermatologia para os sete municípios da 1ª Regional de Saúde de Paranaguá, e em tele-espirometria para 11 municípios indicados pelo Ministério da Saúde.

Ainda são ofertadas teleconsultorias de forma assíncrona (resposta ao profissional de saúde em até 72 horas) para as especialidades da pneumologia e dermatologia pelos Núcleos de Telessaúde de Minas Gerais e Santa Catarina, e com a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) para a especialidade da oncologia para os sete municípios da 1ª Regional de Saúde de Paranaguá. As ações de tele-educação são ofertadas pelas Linhas de Cuidado da SESA, em parceria com a ESPP, para os profissionais de saúde de todos os pontos da RAS do Estado.

Dos resultados alcançados de 2022, até julho de 2023, destaca-se que das 679 solicitações de telediagnósticos em dermatologia, 37% não resultaram em encaminhamentos para atendimento especializado por serem lesões passíveis de manejo na APS, com a análise e sugestão de condutas por especialistas à equipe da unidade de saúde, configurando-se um processo de educação permanente. Os casos que necessitaram de referenciamento ao dermatologista foram 63%, sendo que 19% deles exigiu priorização de atendimento, por apresentarem lesões de pele com potencial danos à saúde do usuário; e 1,7% dos casos foram classificados como graves, sugestivos de malignidade, o que geraram encaminhamentos qualificados à referência de oncologia.

Diante do exposto, para que o usuário do SUS tenha o cuidado em saúde no tempo certo e no lugar certo, é imprescindível a definição de fluxos de consultas e exames especializados pela regulação de acesso, após avaliação dos casos por ações de telessaúde. Evidencia-se a importância da implementação do Telessaúde no Paraná pela contribuição na resolubilidade da APS, por promover a articulação entre a APS e AAE, e, por consequência, a qualificação das filas de espera e do tempo para atendimento em consultas e exames especializados.

6.9.12 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A AAE realiza atendimentos por meio de consultas e exames especializados, podendo estar ou não inserida em uma estrutura hospitalar e deve servir de referência para a APS. Todos os dados desta análise situacional foram obtidos de sistemas oficiais do SUS.

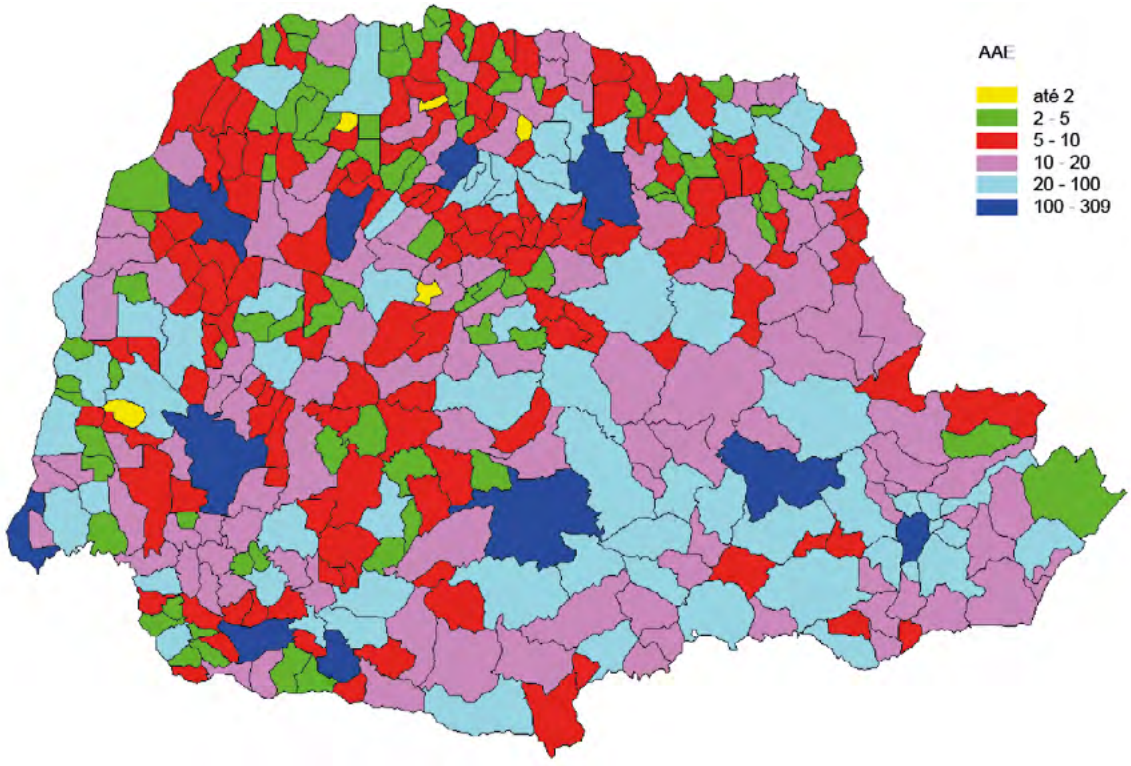
O Paraná possui 5.025 estabelecimentos com serviços ambulatoriais que prestam atendimentos na Atenção Especializada aos usuários do SUS, e destes, 1.659 (33,01%) estão sob gestão estadual. A maioria dos estabelecimentos está localizada na Macrorregião Leste (quadro 6).

QUADRO 6 – ESTABELECIMENTOS COM SERVIÇO AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE SUS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

Macrorregião de Saúde	ESTADUAL		MUNICIPAL		TOTAL
	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta complexidade	
Norte	345	100	461	37	943
Noroeste	248	28	840	72	1.188
Leste	509	96	1.017	75	1.697
Oeste	290	43	814	50	1.197
TOTAL	**1.392**	**267**	**3.132**	**234**	**5.025**

Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

FIGURA 71 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS COM AMBULATÓRIOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE SUS DE ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL – PARANÁ, 2023



Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

Os principais equipamentos de apoio diagnóstico em uso para atendimento da população beneficiária do SUS e sua distribuição está disposta no quadro 7.

QUADRO 7 – EQUIPAMENTOS SUS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

EQUIPAMENTOS	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	TOTAL
Raio X	219	166	349	242	976
Tomógrafo	38	40	70	56	204
Ressonância	18	19	34	26	97
Mamógrafo	34	38	54	40	166
Ultrassom Doppler Colorido	100	81	209	115	505
Ultrassom Ecógrafo	51	65	177	101	394
Ultrassom Convencional	120	127	199	143	589
Endoscópio Digestivo	54	86	179	88	407
Eletrocardiógrafo	274	347	790	399	1.810
Eletroencefalógrafo	35	22	83	45	185
Equipamento para Hemodiálise	393	312	646	249	1.600

Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

O quadro 7 apresenta a quantidade de equipamentos em cada macrorregião sendo necessário analisarmos essa oferta de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015.

A análise de dados evidencia a suficiência de equipamentos em termos quantitativos, exceto no caso do ultrassom convencional. Entretanto, quando avaliada a distribuição geográfica destes, verifica-se a concentração em regiões específicas, figurando um descompasso entre oferta e demanda.

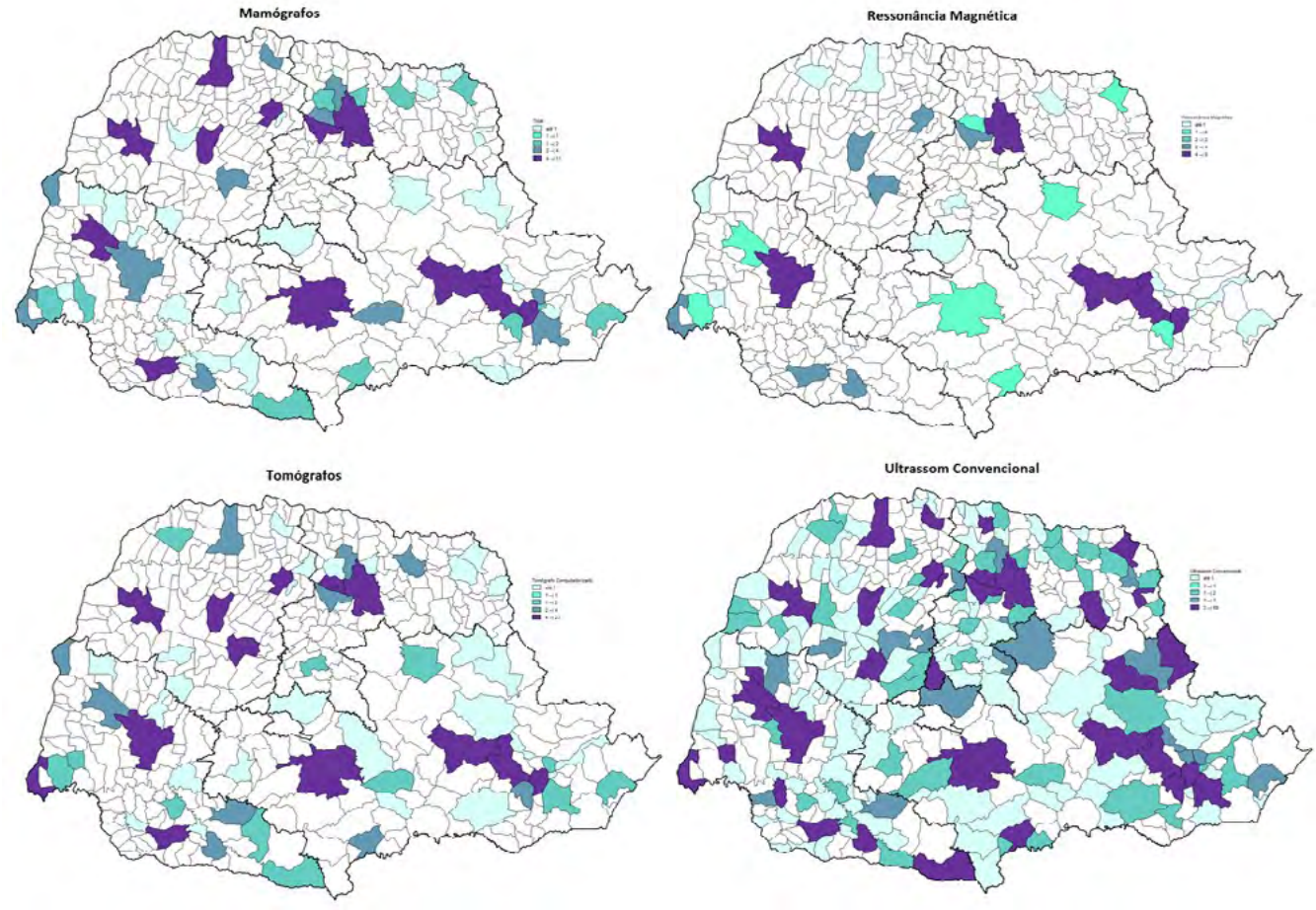
A Portaria nº 1.631 de 2015 preconiza ainda que os tomógrafos devem estar a 75 quilômetros dos usuários, e os mamógrafos a 60 quilômetros ou 60 minutos de distância destes. Logo, entende-se a necessidade de melhorias no acesso aos exames complementares aos usuários do SUS.

TABELA 15 – NÚMERO DISPONÍVEL SUS E NECESSIDADE DE EQUIPAMENTOS SUS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

EQUIPAMENTO	MACRO NORTE		MACRO NOROESTE		MACRO LESTE		MACRO OESTE		TOTAL	
	N°	NECESSIDADE	N°	NECESSIDADE	N°	NECESSIDADE	N°	NECESSIDADE	N°	NECESSIDADE
Tomógrafo	38	20,24	40	19,94	70	57,06	56	21,12	204	118,35
Ressonância	18	12,14	19	11,96	34	34,23	26	12,67	97	71,01
Mamógrafo	34	25,25	38	24,13	54	65,04	40	24,07	166	138,5
Ultrassom Convencional	120	100,38	127	98,90	199	283,03	143	104,77	589	587,07

Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

FIGURA 72 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE MAMÓGRAFOS, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TOMÓGRAFOS E ULTRASSOM CONVENCIONAL SUS – PARANÁ, 2023



O quadro 8 demonstra a evolução das consultas médicas especializadas no período de 2018 - 2022, relacionadas a dez especialidades médicas. As seis especialidades médicas nas quais há maior produção de consultas são: clínica médica, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, cardiologia, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Essas especialidades concentram 52% das consultas médicas especializadas produzidas no Estado, no período.

QUADRO 8 – PRODUÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO SUS – PARANÁ, 2018 – 2022.

ESPECIALIDADES	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Oftalmologista	673.114	590.252	350.305	458.697	622.761	2.695.129
Ortopedista e traumatologista	634.895	606.306	431.823	527.364	625.211	2.825.599
Clinico	509.041	601.714	423.157	434.806	566.220	2.534.938
Cardiologista	382.601	387.247	246.685	293.476	328.667	1.638.676
Cirurgião geral	292.956	283.319	158.468	188.488	256.186	1.179.417
Ginecologista e obstetra	290.068	302.002	239.115	278.681	311.283	1.421.149
Oncologista	372.837	373.635	341.055	379.403	399.345	1.866.275
Endocrinologista	122.582	119.095	70.411	90.546	102.646	505.280
Pneumologista	68.912	68.096	38.947	54.534	66.011	296.500
Psiquiatra	166.255	154.706	111.270	139.336	152.053	723.620
Outras especialidades	1798326	1856965	1098531	1404246	1753430	7911498
TOTAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO ANO	**5.311.587**	**5.343.337**	**3.509.767**	**4.249.577**	**5.183.813**	**23.598.081**

Fonte: DATASUS/SIA/TABWIN, 2023.

O quadro 8 demonstra redução no total de consultas médicas especializadas realizadas no período de 2018 a 2022, sendo a especialidade com maior redução a de endocrinologia, seguida da cardiologia, cirurgia geral e psiquiatria. Houve, no entanto, aumento da quantidade de consultas realizadas na especialidade de clínica geral, ginecologia/obstetrícia e oncologia, sendo a primeira, provavelmente impulsionada pelo expressivo número de casos da COVID-19.

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. Para entender esse cenário é preciso avaliar também a disponibilidade de profissionais médicos especializados, assim como a concentração desta em determinados territórios.

O quadro 9 apresenta a razão de profissionais especialistas do SUS por 100 mil habitantes por macrorregião do Paraná, em 2023. Observa-se insuficiência de médicos ortopedistas e traumatologistas, cardiologistas, cirurgião geral, pneumologista e psiquiatras.

QUADRO 9 – RAZÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULO SUS POR 100 MIL HABITANTES POR REGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2023.

PROFISSIONAL - CBO	PARÂMERO*	NORTE	NOROESTE	LESTE	NORTE	PARANÁ
Medico oftalmologista	4	7,2	5,0	4,4	4,5	5,0
Medico ortopedista e traumatologista	10	8,1	5,3	6,6	7,5	6,8
Médico clínico	25	132,7	105,8	129,9	122,7	125,0
Medico cardiologista	6,5	7,2	5,1	6,4	6,5	6,3
Medico cirurgião geral	16	19,9	14,1	12,6	14,6	14,5
Medico ginecologista e obstetra	25	14,9	9,1	9,0	12,6	10,7
Médico oncologista	3	7,4	2,7	4,3	3,9	4,5
Medico endocrinologista e metabologista	1,5	2,4	1,5	1,5	2,1	1,7
Médico pneumologista	3	1,6	1,6	1,1	0,9	1,2
Médico psiquiatra	5,8	4,3	4,0	3,1	3,6	3,6

Legenda: Parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.631 de 2015.
Fonte: CNES/IBGE/Portaria GM/MS nº 1.631 de 2015, 2023.

A demanda apontada para consultas especializadas não será suprida apenas com os recursos financeiros disponíveis e com o número de profissionais médicos existentes para cada especialidade no Estado. É necessário considerar outros mecanismos para o ordenamento dessa demanda, quais sejam: o fortalecimento da APS para diminuir a sobrecarga nos serviços especializados, a qualificação da demanda através da criação de protocolos de acesso, a racionalização da oferta por meio da interoperabilidade dos sistemas de regulação de acesso e o retorno do paciente contrarreferenciando à Atenção Primária, 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 centrados na oferta do prestador e não na lógica da necessidade assistencial e tão pouco na garantia do cuidado integral deste usuário.

Quanto aos serviços de apoio e diagnóstico, atualmente verifica-se que a quantidade de exames especializados processados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) não está diretamente relacionada às Linhas de Cuidado, 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 insuficiência de serviços de apoio e diagnóstico e 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 2018-2022 (quadro 10), observa-se um aumento na média e na alta complexidade, verificando-se, na alta complexidade, um aumento de 34% no período. Podemos evidenciar também que houve um decréscimo nos valores aplicados na Atenção Básica, o que evidencia a necessidade urgente de racionalizar os recursos aplicados na média e alta complexidade.

QUADRO 10 – PRODUÇÃO FÍSICO – AMBULATORIAL SUS POR GRUPO E COMPLEXIDADE – PARANÁ, 2018 – 2022.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	ATENÇÃO BÁSICA		MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE	
	2018	2022	2018	2022	2018	2022
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	23.173.361	14.686.577	87.274	62.999	0	0
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	7.172.066	10.181.831	42.053.405	48.149.937	572.392	765.566
03 Procedimentos clínicos	49.660.656	42.141.853	30.146.901	33.702.548	2.139.591	1.373.601
04 Procedimentos cirúrgicos	1.846.863	304.612	539.138	471.999	60.088	61.166
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0	0	59.674	56.238	77.035	43.274
06 Medicamentos	0	0	0	0	81.025.136	125.043.758
TOTAL	**81.852.946**	**67.314.873**	**72.886.392**	**82.443.721**	**83.874.242**	**127.287.365**

Fonte: DATASUS/SIA/TABWIN, 2023.

QUADRO 11 – FINANCEIRO – AMBULATORIAL POR TIPO DE FINANCIAMENTO E NÍVEL DE ATENÇÃO – PARANÁ, 2018 – 2022

TIPO DE FINANCIAMENTO	2018	2022
01 Atenção Básica (PAB)	R$ 81.824.476,00	R$ 66.886.838,00
02 Assistência Farmacêutica	R$ 81.025.136,00	R$ 125.043.758,00
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	R$ 943.798,00	R$ 1.068.642,00
05 Incentivo - MAC	R$ 1.072.817,00	R$ 1.359.852,00
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	R$ 73.681.078,00	R$ 82.201.097,00
07 Vigilância em Saúde	R$ 97.760,00	R$ 485.772,00
TOTAL	**R$ 238.645.065,00**	**R$ 277.045.959,00**

Fonte: DATASUS/SIA/TABWIN, 2023.

Além dos atendimentos realizados em clínicas especializadas, hospitais e unidades de diagnóstico e terapia, cada região de saúde comporta, no mínimo, um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) regional. Esses ambulatórios regionais são, preferencialmente, gerenciados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Os CIS na área da saúde são entendidos como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população.

Os consórcios 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, devendo observar o processo de regionalização e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, de forma a potencializar a capacidade dos seus entes em ofertar ações e serviços de saúde, com ganhos de escala e eficiência.

O apoio aos CIS que gerenciam os AMEs é fundamental, por ser uma importante estratégia para a efetivação da regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Para a definição de suas ações e serviços, os CIS devem estar em consonância com os pactos firmados e estabelecidos no Planejamento Regional Integrado (PRI), deliberações da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), assim como com a Política Nacional de Regulação do SUS, disponibilizando suas ofertas no sistema Estadual de regulação vigente no Paraná, sendo o Sistema GSUS/Módulo CARE Eletivo.

Observar todas essas pactuações prévias, permite que os CIS assegurem o alinhamento e a direcionalidade com a organização regional das ações e dos serviços de saúde, devendo garantir a continuidade do cuidado dos usuários da RAS.

A oferta dos CIS deve estar de acordo, minimamente, às características demográficas, perfil epidemiológico, demanda e oferta de serviços existentes na região de saúde. Neste processo o protagonismo dos gestores municipais na definição técnica das carteiras de serviços dos CIS, assim como na gestão de sua demanda, tem se mostrado fundamental para a sustentabilidade da estratégia consorciada assim como para a própria efetividade da RAS em cada território Regional. Toda a programação dos CIS deve manter estreita compatibilização com as determinações da Portaria GM/MS nº 2.905/2022 no que compete aos aspectos operacionais.

No Paraná, 21 regiões de saúde possuem AMEs gerenciados pelos CIS, atendendo, em sua maioria à totalidade dos municípios que compõem as Regionais. Dos 399 municípios paranaenses, 395 integram os CIS que gerenciam a AAE, o que corresponde a 81% da população do Estado (IBGE, 2022).

FIGURA 73 - CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ QUE GERENCIAM AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

RS	CONSÓRCIO	SEDE
2ª	CONSÓRCIO METROPOLITANO DE SAÚDE DO PARANÁ (COMESP)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS COLOMBO
3ª 21ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS (CIMSAÚDE)	PONTA GROSSA TELÊMACO BORBA
4ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO SUL DO PARANÁ (CIS AMCESPAR)	IRATI
5ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARAPUAVA E PINHÃO (CISGAP)	GUARAPUAVA
5ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE (CIS 5ª RS)	GUARAPUAVA
5ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE PARANÁ CENTRO (CIS PARANÁ CENTRO)	PITANGA
5ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE PARANÁ CENTRO (CIS CENTRO OESTE)	GUARAPUAVA
5ª	ASSOCIAÇÃO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO OESTE PARANÁ (ASSISCOP)	LARANJEIRAS DO SUL
6ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO IGUAÇU (CISVALI)	UNIÃO DA VITÓRIA
7ª	ASSOCIAÇÃO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (CONIMS)	PATO BRANCO
8ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO SUDOESTE (CONSUD)	FRANCISCO BELTRÃO
9ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU (CISI)	MEDIANEIRA
10ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ (CISOP)	CASCAVEL

RS	CONSÓRCIO	SEDE
11ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO (CISCOMCAM)	CAMPO MOURÃO
12ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (CISA/AMERIOS)	UMUARAMA
13ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NOROESTE DO PARANÁ (CISCENOP)	CIANORTE
14ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (CIS AMUNPAR)	PARANAVAÍ
15ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO SETENTRIÃO PARANAENSE (CISA-MUSEP)	MARINGÁ
15ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PARANAPANEMA (CISVAP)	COLORADO
16ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO IVAÍ E REGIÃO (CISVIR)	APUCARANA
17ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARANAPANEMA (CISMEPAR)	LONDRINA
18ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ (CISNOP)	CORNÉLIO PROCÓPIO
19ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE PIONEIRO (CISNOPI)	JACAREZINHO
20ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ (CISCOPAR)	TOLEDO
22ª	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ (CIS)	IVAIPORÃ

Entre as principais atividades que podem ser ofertadas pelos consórcios estão: serviços de saúde especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica próprios e credenciados, compras compartilhadas, regulação clínica em saúde, educação permanente em saúde, assessoria técnica em saúde e captação de recursos, tecnologia e inovação. Quando os serviços a serem contratados estiverem no território de um ente federativo não membro do consórcio, o CIS deve solicitar a anuência prévia do gestor estadual ou municipal, em que se der a contratação, respeitando assim o comando único e evitando concorrência com serviços já contratualizados.

Atualmente, não é possível visualizar a totalidade dos atendimentos ofertados e realizados por meio dos CIS, visto que as informações não estão interoperabilizadas no Sistema GSUS/Módulo CARE.

No quadro 12 abaixo podemos observar a produção, conforme apresentação no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Esse registro representa apenas um percentual dos procedimentos realizados por meio dos CIS, não sendo possível verificar atualmente por meio de um sistema oficial, a totalidade das ações e serviços realizados na AAE no Estado pelos CIS.

Observamos um aumento destes procedimentos nos últimos anos, com a variação esperada na produção devido a pandemia da COVID-19, principalmente em 2020, quando houve uma redução dos encaminhamentos dos pacientes para atendimentos eletivos ambulatórios devido à restrição do trânsito de pessoas, assim como podemos observar um aumento em 2022, superando os anos anteriores.

QUADRO 12 – PRODUÇÃO FÍSICO – AMBULATORIAL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO PARANÁ POR MACRORREGIÃO E REGIÃO – PARANÁ, 2018 – 2022

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	RS	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	16	257.238	251.478	146.192	189.313	214.352
	17	705.340	801.727	361.819	458.140	465.053
	18	319.465	308.699	375.175	416.739	372.235
	19	208.276	310.333	199.458	239.800	295.958
	22	21.934	18.076	13.118	18.892	25.166
	Total	**1.512.253**	**1.690.313**	**1.095.762**	**1.322.884**	**1.372.764**
Noroeste	11	353.464	333.219	290.913	375.098	525.476
	12	362.729	313.943	132.604	304.800	366.556
	13	236.358	243.588	192.642	260.188	368.386
	14	237.301	250.595	198.323	195.198	194.577
	15	130.154	153.541	64.288	121.909	150.553
	Total	**1.320.006**	**1.294.886**	**878.770**	**1.257.193**	**1.605.548**
Leste	2	352.470	510.350	97.824	350.237	98.028
	3/21	2.209	6.460	5.245	745	10.424
	4	88.110	76.908	79.944	219.248	115.852
	5	213.212	189.562	167.568	137.803	208.794
	6	70.746	72.803	56.133	62.671	71.846
	Total	**726.747**	**856.083**	**406.714**	**770.704**	**504.944**
Oeste	7	309.233	314.331	127.446	370.638	1.241.979
	8	214.955	192.616	120.244	141.399	172.127
	9	87.115	91.576	85.074	90.621	100.674
	10	499.540	366.320	321.722	392.309	391.123
	20	445.043	426.198	357.332	328.053	288.598
	Total	**1.555.886**	**1.391.041**	**1.011.818**	**1.323.020**	**2.194.501**
Total		**5.114.892**	**5.232.323**	**3.393.064**	**4.673.801**	**5.677.757**

Fonte: DATASUS/SIA/TABWIN, 2023.

Para a adequada organização da RAS é fundamental que os gestores possam ter uma visão da totalidade de ofertas em seus territórios organizando assim seus fluxos, pontos de atenção e, o mais importante, a garantia da continuidade do cuidado, preferencialmente no seu território regional e macrorregional. Por esse motivo é fundamental que possamos acompanhar por meio de registro em sistema oficial a produção individualizada dos serviços gerenciados pelos CIS.

Reconhecendo a importância dos CIS para a oferta de Atendimentos Especializados, a SESA, em 2012, implantou o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, por entender que se trata de uma importante ferramenta para a gestão do sistema público de saúde e compatível com os princípios do SUS. Este programa ganhou estabilidade, sendo uma das estratégias que tem se perpetuado nos últimos 11 anos.

6.9.13 ATENÇÃO HOSPITALAR

A Rede Hospitalar no Paraná é composta por 464 hospitais, sendo 338 (72,84%) unidades hospitalares com atendimento aos usuários do SUS, 334 hospitais gerais e especializados. Dos hospitais com atendimento SUS, 142 (42,01%) são de natureza jurídica pública; 139 (41,12%) são privados sem fins lucrativos; 57 (16,86%) são privados, e, dentre os públicos, 21 (6.21%) são hospitais próprios da SESA (quadro 13).

QUADRO 13 – REDE HOSPITALAR POR ESFERA JURÍDICA NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

ESFERA JURÍDICA	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				TOTAL PARANÁ
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	
Administração Pública Federal	0	0	1	0	1
Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	5	1	13	2	21
Administração Pública Municipal	39	40	25	15	119
Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	0	0	1	0	1
Demais Entidades Empresariais	6	19	15	17	57
Entidades sem Fins Lucrativos	36	24	49	30	139
TOTAL	**86**	**84**	**104**	**64**	**338**

Fonte: CNES, 2023.

QUADRO 14 – PRODUÇÃO HOSPITALAR POR ESFERA JURÍDICA – PARANÁ, 2018 – 2022

ESFERA JURÍDICA	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	% DE ATENDIMENTO
Administração Pública	223.527	222.734	195.099	224.652	221.842	1.087.854	26%
Entidades Empresariais	174.736	161.631	112.395	103.963	138.039	690.764	16%
Entidades sem Fins Lucrativos	488.654	511.695	443.398	452.129	517.787	2.413.663	58%
TOTAL	**886.917**	**896.060**	**750.892**	**780.744**	**877.668**	**4.192.281**	**100%**

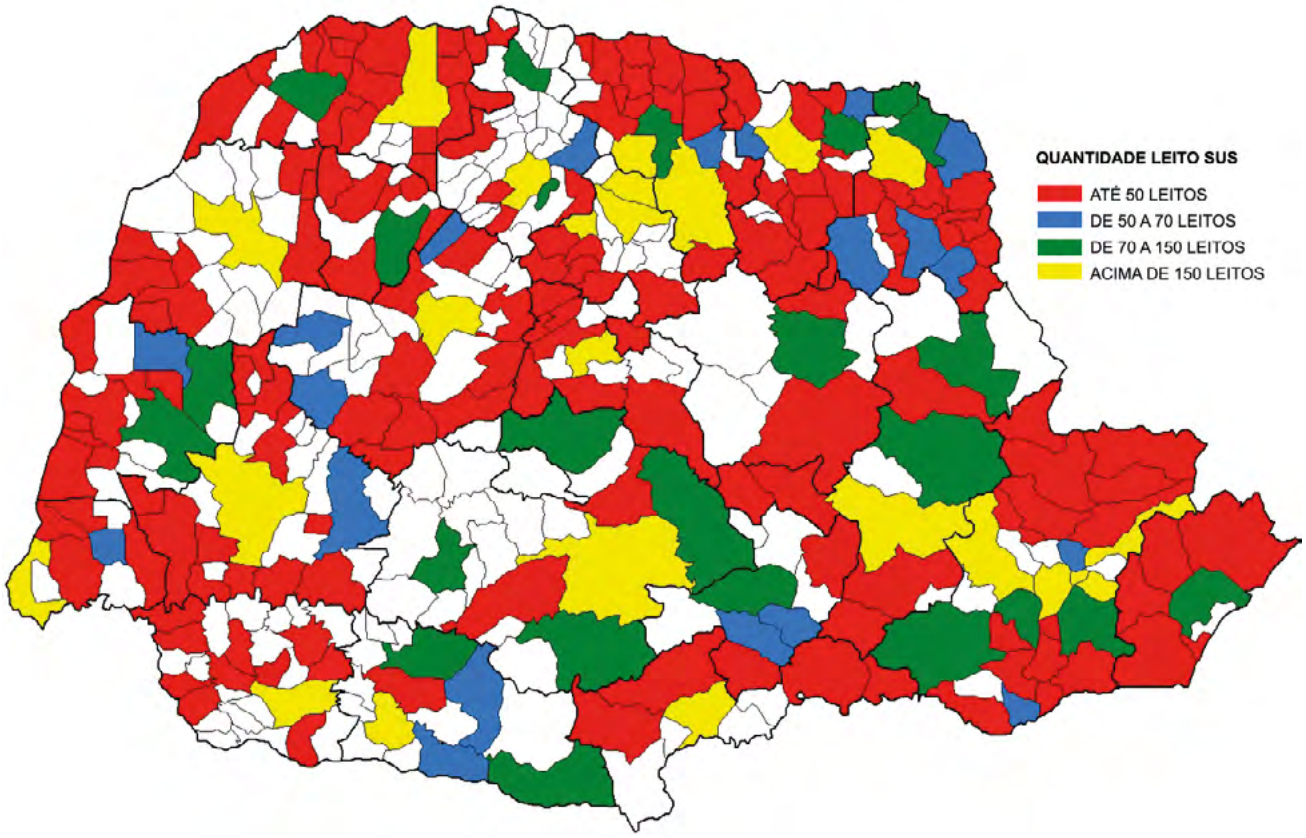
Fonte: SIH/SUS, 13/09/2023.

Ao analisarmos o quantitativo de internamentos hospitalares realizados por esfera jurídica no período 2018 a 2022, verificamos que aproximadamente 74% do total foi realizado por entidades privadas (16%) e filantrópicas (58%), e somente 26% pelas públicas, demonstrando assim, a relevante participação dos estabelecimentos privados e filantrópicos na assistência à saúde dos usuários do SUS no Paraná.

No período de 2018 a 2022, é possível observar uma discreta redução (1%) do total de internamentos hospitalares. No entanto, ao avaliar a produção por esfera jurídica, houve redução mais expressiva dos estabelecimentos privados (21%) e, em contraponto, os estabelecimentos filantrópicos ampliaram o número desses atendimentos (6%).

O Paraná dispõe de 20.313 leitos SUS (gerais e complementares), o que representa 68,23% do total de leitos existentes no Estado. Contudo, vale salientar que 63,47% dos hospitais possuem até 50 leitos gerais, possuindo 24,34% do total de leitos SUS no Estado, conforme demonstrados na figura 74, tabela 16 e quadro 15.

FIGURA 74 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS SUS GERAIS POR MUNICÍPIO E REGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2023



Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

TABELA 16 – NÚMERO DE HOSPITAIS SUS POR PORTE DE LEITOS NO PARANÁ – PARANÁ, 2023

NÚMERO DE LEITOS	NÚMERO DE HOSPITAIS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE				TOTAL DE HOSPITAIS
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	
Até 50 leitos	54	60	56	42	212
51 a 70 leitos	13	4	12	8	37
71 a 150 leitos	12	14	21	11	58
Mais de 150 leitos	7	4	13	3	27
TOTAL	**86**	**82**	**102**	**64**	**334**

Nota: Hospitais gerais e especializados, excluindo-se hospitais dia (n = 4)
Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

QUADRO 15 – NÚMERO DE LEITOS SUS POR PORTE HOSPITALAR NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PARANÁ, 2023

NÚMERO DE LEITOS	NÚMERO DE HOSPITAIS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE				TOTAL DE LEITOS SUS PARANÁ
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	
Até 50 leitos	1.302	1.145	1.438	1.061	4.946
51 a 70 leitos	746	229	699	443	2.117
71 a 150 leitos	1.168	1.417	2.172	1.162	5.919
Mais de 150 leitos	1.682	713	4.280	656	7.331
TOTAL	**4.898**	**3.504**	**8.589**	**3.322**	**20.313**

Nota: Hospitais gerais e especializados, excluindo-se hospitais dia (4).
Fonte: DATASUS/CNES/TABWIN, 2023.

Ainda são disponibilizados 2.677 leitos complementares, que estão distribuídos entre os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto (1.624), pediátrica (177) e neonatal (427), e outros (539). Os leitos de UTI estão distribuídos em 84 hospitais, 36,9% na Macro Leste, 22,6% na Macro Norte, 21,4% na Macro Noroeste e 19,1% na Macro Oeste. O quadro 16 apresenta a capacidade instalada dos leitos no Estado.

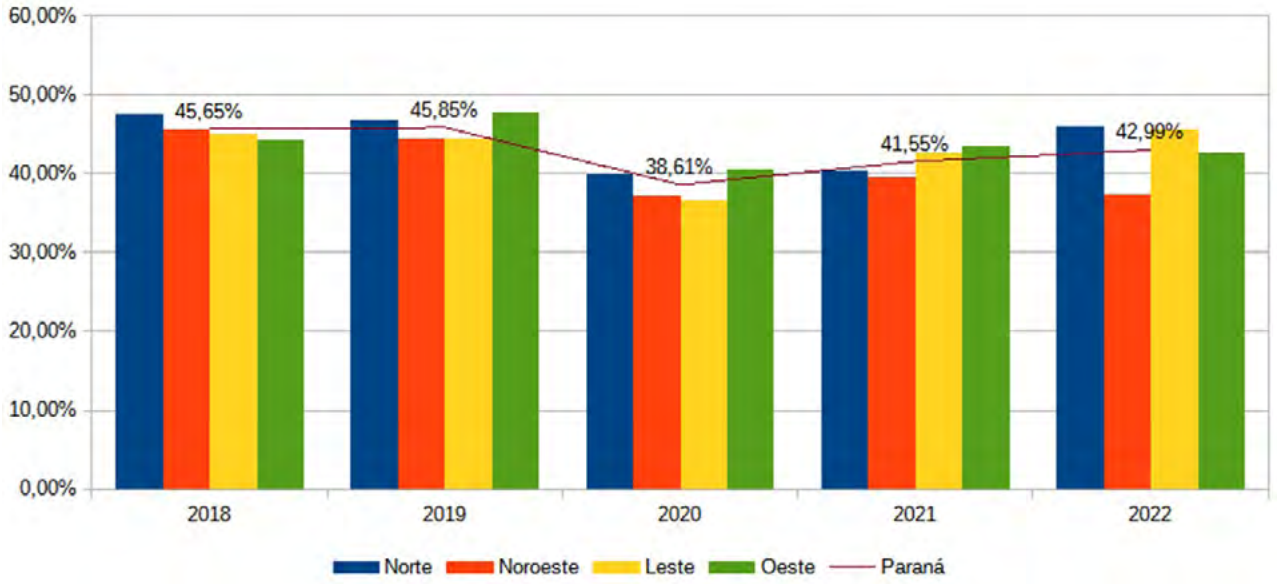
QUADRO 16 – CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS SUS GERAIS E COMPLEMENTARES POR POPULAÇÃO E NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DA MACRORREGIÃO – PARANÁ, 2023

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Nº HABITANTES	Nº HOSPITAIS C/ LEITOS GERAIS	Nº HOSPITAIS UTI	LEITOS					TOTAL DE LEITOS
				LEITOS GERAIS	LEITOS COMPLEMENTARES				
					UTI adulto	UTI pediátrica	UTI neonatal	Outros	
Norte	1.961.830	86	16	4.465	266	29	57	40	4.898
Noroeste	1.923.553	84	18	3.078	270	21	58	22	3.504
Leste	5.456.442	104	31	7.161	839	109	257	138	8.589
Oeste	2.101.383	64	19	2.932	249	18	55	27	3.322
Paraná	**11.443.208**	**338**	**84**	**17.636**	**1.624**	**177**	**427**	**449**	**20.313**

Fonte: CNES/DATASUS/IBGE, 2023.

A figura 75 apresenta a taxa de ocupação dos hospitais das quatro macrorregiões do Paraná de 2018 a 2022, considerando somente as diárias com permanência > 24 horas. Observa-se variação de 36,64% a 47,59%, tendo reduzido nos anos de 2020 e 2021.

FIGURA 75 - TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR SUS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE - PARANÁ, 2018 – 2022



QUADRO 17 – TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES GERAIS DO SUS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NO PARANÁ – PARANÁ, 2018 – 2022

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	MÉDIA ESTADUAL
2018	47,59%	45,63%	45,10%	44,26%	45,65%
2019	46,78%	44,40%	44,53%	47,70%	45,85%
2020	40,02%	37,17%	36,64%	40,60%	38,61%
2021	40,42%	39,52%	42,70%	43,57%	41,55%
2022	46,08%	37,40%	45,73%	42,73%	42,99%
PARANÁ	**44,18%**	**40,82%**	**42,94%**	**43,77%**	**42,93%**

*Nota: Leitos Hospitalares em Hospitais Gerais e Especializados com vínculo SUS.

Os hospitais de pequeno porte (≤50 leitos) apresentaram baixa ocupação na série histórica de 2018 a 2022, variando de 14,13% a 32,24%, indicando não haver necessidade de outros centros hospitalares, mas sim, melhor aproveitamento dessas unidades assistenciais com definição de carteira mínima de serviços e referência microrregional (quadro 18).

QUADRO 18 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR POR NÚMERO DE LEITOS – PARANÁ, 2018 – 2022

NORTE	2018	2019	2020	2021	2022	MÉDIA 5 ANOS	TOTAL DE LEITOS
Até 50 leitos	17,38%	18,57%	14,13%	14,80%	15,46%	16,07%	1.530
51 a 70 leitos	31,88%	28,02%	27,01%	27,96%	34,86%	29,95%	793
71 a 150 leitos	60,64%	59,78%	53,23%	55,13%	58,56%	57,47%	945
Mais de 150 leitos	80,44%	80,74%	65,69%	63,80%	75,44%	73,22%	1.197
NOROESTE	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**MÉDIA 5 ANOS**	**TOTAL DE LEITOS**
Até 50 leitos	16,73%	17,03%	14,39%	15,66%	17,09%	16,18%	1.153
51 a 70 leitos	45,57%	45,52%	40,80%	40,93%	48,39%	44,24%	421
71 a 150 leitos	67,26%	60,50%	52,93%	58,00%	55,80%	58,90%	1.335
Mais de 150 leitos	52,95%	54,54%	40,54%	43,47%	28,32%	43,96%	169
LESTE	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**MÉDIA 5 ANOS**	**TOTAL DE LEITOS**
Até 50 leitos	32,24%	29,57%	25,68%	27,73%	29,29%	28,90%	1.572
51 a 70 leitos	42,75%	42,57%	37,20%	37,52%	37,05%	39,42%	633
71 a 150 leitos	50,62%	50,68%	41,51%	51,19%	54,92%	49,78%	1.773
Mais de 150 leitos	54,79%	55,28%	42,17%	54,37%	61,67%	53,66%	3.183
OESTE	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**MÉDIA 5 ANOS**	**TOTAL DE LEITOS**
Até 50 leitos	21,70%	21,39%	19,55%	24,64%	24,73%	22,40%	1.269
51 a 70 leitos	40,99%	41,92%	33,59%	39,04%	25,64%	36,24%	226
71 a 150 leitos	51,09%	50,69%	46,99%	52,00%	51,70%	50,49%	888
Mais de 150 leitos	63,24%	76,81%	62,27%	58,62%	68,85%	65,96%	549
MÉDIA ESTADUAL	**45,64%**	**45,85%**	**38,61%**	**41,55%**	**42,99%**	**42,93%**	**17.636**

*Nota: Leitos Hospitalares em Hospitais Gerais e Especializados com vínculo SUS, excluindo-se leitos de UTI.
Fonte: CNES/SIH, 2018-2022.

6.9.13.1 COVID-19

A pandemia da COVID-19 assolou o mundo, o Brasil e o Paraná. Para atendimento aos usuários do SUS acometidos pela doença foram estruturados leitos exclusivos de enfermaria e de Unidade de Terapia Intensiva, sendo disponibilizados 4.987 leitos no pico da pandemia (junho/2021), com 10.804 usuários do SUS internados. O quantitativo de leitos disponibilizados representou aumento de 16% no número de leitos complementares em relação ao período de 2018 a 2022.

No que se refere ao número de serviços de saúde habilitados para alta complexidade, consta no quadro 19 o número de serviços de referência habilitados para cada macrorregião por especialidade: cardiologia, nefrologia, neurologia, obesidade grave, traumato-ortopedia, oncologia e transplantes.

QUADRO 19 – NÚMERO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA HABILITADOS PARA ALTA COMPLEXIDADE, POR MACRORREGIÃO – PARANÁ, 2023

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA HABILITADOS	MACRORREGIÃO LESTE	MACRORREGIÃO OESTE	MACRORREGIÃO NORTE	MACRORREGIÃO NOROESTE	TOTAL PARANÁ
Obesidade grave	8	3	2	6	19
Cardiologia	47	23	16	14	100
Nefrologia	41	9	19	18	87
Neurologia e neurocirurgia	10	4	6	4	24
Traumatologia e ortopedia	14	6	5	6	31
Oncologia	22	10	9	9	50
Transplantes	90	17	15	13	135
Outras habilitações de média ou alta complexidade	549	266	239	302	1356
TOTAL DE ESTABELECIMENTOS COM HABILITAÇÃO	**194**	**106**	**103**	**112**	**515**

Nota: Um estabelecimento pode ter uma ou mais habilitações, e por isso a soma do número habilitações não é equivalente ao número de estabelecimentos.
Fonte: CNES/DATASUS, 2023.

6.9.13.2 Produção de Serviços Hospitalares

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

A série histórica de 2018 a 2022 revela que as três maiores causas de internação hospitalar no Paraná são: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho circulatório e lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (quadro 20).

QUADRO 20 – DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CAPÍTULO DO CID-10, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NO PARANÁ – PARANÁ, 2018 – 2022

DIAGNÓSTICO CID10 (CAPÍTULO)	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	TOTAL
XV. Gravidez parto e puerpério	91.283	95.526	302.448	115.005	604.262
IX. Doenças do aparelho circulatório	113.436	68.810	251.426	65.490	499.162
XIX. Lesões envenenamentos e outras consequências de causas externas	78.161	81.080	245.844	84.068	489.153
X. Doenças do aparelho respiratório	79.011	60.416	176.751	75.155	391.333
XI. Doenças do aparelho digestivo	66.402	61.643	198.150	64.625	390.820
II. Neoplasias (tumores)	63.442	60.423	143.317	116.146	383.328
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	64.291	58.343	135.067	64.035	321.736
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	60.324	42.082	121.868	37.803	262.077
V. Transtornos mentais e comportamentais	62.146	35.491	68.329	5.319	171.285
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	14.874	14.409	50.917	16.634	96.834
TOTAL	**792.126**	**660.960**	**2.010.104**	**728.478**	**4.191.668**

Fonte: SIH/SUS, 2023.

Estratificando por grupos de diagnósticos, as cinco maiores causas de internação hospitalar no Estado na série histórica de 2018 a 2022 estão relacionadas ao parto (8,10%), neoplasias malignas (7,69%), influenza (gripe) e pneumonia (4,56%), doenças isquêmicas do coração (3,58%) e outras formas de doenças do coração (3,29%). Os dados foram fortemente afetados pela vigência da pandemia por COVID-19. As regiões de saúde, de maneira geral, seguem o padrão estadual, porém com algumas peculiaridades (quadro 21).

QUADRO 21 – DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR GRUPO DO CID-10, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2018 – 2022

DIAGNÓSTICO CID10 (GRUPO)	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				TOTAL
	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	
Parto	44.258	54.583	175.455	65.165	339.461
Neoplasias malignas	55.826	50.797	115.923	99.875	322.421
Influenza [gripe] e pneumonia	44.908	33.849	69.464	42.874	191.095
Doenças isquêmicas do coração	35.401	15.586	81.478	17.473	149.938
Outras formas de doença do coração	31.534	19.469	66.334	20.554	137.891
Outras doenças por vírus	20.479	22.219	63.772	21.410	127.880
Outras doenças bacterianas	25.120	20.388	43.127	22.854	111.489
Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	19.409	16.774	51.589	16.928	104.700
Doenças cerebrovasculares	14.803	13.850	42.323	12.294	83.270
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	25.477	12.359	39.550	2.576	79.962
Outras causas	474.911	401.086	1.261.089	406.475	2.543.561
TOTAL	**792.126**	**660.960**	**2.010.104**	**728.478**	**4.191.668**

Na Macrorregião Norte, as neoplasias são a primeira causa de internação, seguido de influenza (gripe) e pneumonia, parto, doenças isquêmicas do coração e outras formas de doenças do coração. Na Macrorregião Noroeste as principais causas foram parto, neoplasias malignas, influenza (gripe) e pneumonia, outras doenças por vírus, e outras doenças bacterianas. A Macrorregião Leste seguiu o mesmo padrão do Paraná. A Macrorregião Oeste tem sua principal causa de internação nas neoplasias, parto, influenza (gripe) e pneumonia, outras doenças bacterianas e outras doenças por vírus. De modo geral, partos e neoplasias são as maiores causas de internação, e que merecem atenção por parte da Atenção Especializada.

As internações por causas externas compreendem à 3ª causa de internação por capítulo do CID-10 (11,67% - 489.163) na série histórica de 2018 a 2022. Exposição à corrente elétrica, radiação, temperatura ou pressão extrema corresponde a mais de 30% das internações, seguido de quedas (27,24%), e acidentes com motociclistas (5,11%). São observadas diferenças nas internações quando analiadas as causas por macrorregião: na Macrorregião Norte as quedas foram a maior causa de internação, assim como na Macrorregião Noroeste, enquanto nas Macrorregiões Leste e Oeste a exposição a corrente elétrica, radiação, temperatura ou pressão extrema foi a causa mais prevalente (quadro 22).

QUADRO 22 – DEZ PRINCIPAIS CAUSAS EXTERNAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR GRUPO DO CID-10, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE – PARANÁ, 2018 – 2022

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	NORTE	NOROESTE	LESTE	OESTE	TOTAL PARANÁ
W85-W99 Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente	1.593	5.264	134.770	12.771	154.398
W00-W19 Quedas	33.468	37.649	44.123	18.013	133.253
V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	7.171	5.597	6.928	5.287	24.983
W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas	1.559	10.462	7.970	1.292	21.283
X58-X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	58	150	145	18.318	18.671
V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre	2.579	628	8.667	711	12.585
Y83-Y84 Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	2.751	706	8.621	171	12.249
V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	1.137	533	2.102	2.042	5.814
V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	1.523	1.202	1.778	647	5.150
X10-X19 Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes	776	264	3.619	394	5.053
Outras causas externas	25.546	18.632	27.121	24.425	94.724
TOTAL	**78.161**	**81.087**	**245.844**	**84.071**	**489.163**

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

No ano de 2022, o ICSAB no Paraná apresenta o índice de 15,23%, com queda desde percentual desde 2018 (quadro 23).

QUADRO 23 – ÍNDICE ICSAB – PARANÁ, 2018 – 2022

MACRORREGIONAL	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
NORTE	22,28%	21,50%	19,83%	16,86%	19,47%	20,09%
NOROESTE	17,29%	16,10%	15,79%	12,58%	14,01%	15,16%
LESTE	16,24%	16,66%	15,75%	13,03%	14,44%	15,30%
OESTE	17,52%	17,00%	14,62%	11,86%	14,09%	15,00%
TOTAL	**17,73%**	**17,54%**	**16,38%**	**13,43%**	**15,27%**	**16,13%**

Fonte: SIH/DATAUS, BRASIL, 2023.

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, doenças cerebrovasculares. 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.

A análise dos dados referentes à internação hospitalar no período de 2018 a 2022, apresentada no quadro 24, demonstra que o percentual de internações da população ficou abaixo do parâmetro pactuado no Estado, que é de 7,5% da população residente do Paraná. Apesar disto, verifica-se que nos anos de 2018, 2019 e 2022 houve um discreto aumento taxa de internações com relação ao pactuado no Estado.

QUADRO 24 – PERCENTUAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – PARANÁ, 2018 – 2022

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
2018	11.348.937	777.124	6,8%	109.793	1,0%	886.917	7,8%
2019	11.433.957	782.654	6,8%	113.406	1,0%	896.060	7,8%
2020	11.516.840	662.555	5,8%	88.337	0,8%	750.892	6,5%
2021	11.597.484	694.578	6,0%	86.166	0,7%	780.744	6,7%
2022	11.433.208	772.160	6,7%	105.508	0,9%	877.668	7,7%
TOTAL	**57.340.426**	**3.689.071**	**6,4%**	**503.210**	**0,9%**	**4.192.281**	**7,3%**

LEGENDA: AIH – Autorização de Internação Hospitalar.
Fonte: SIH/DATASUS/IBGE, 2022.

Na análise por grupo de procedimentos (quadro 25), 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, que geralmente, é referência para a Rede de Atenção às Urgências e para a Atenção Materno Infantil.

QUADRO 25 – PRODUÇÃO FÍSICA HOSPITALAR – PARANÁ, 2018 – 2022

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE	
	2018	2022	2018	2022
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.225	3.381	1.457	1.112
03 - Procedimentos clínicos	484.966	474.932	18.499	19.952
04 - Procedimentos cirúrgicos	288.926	293.802	80.203	76.329
05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células	7	4	9.634	8.115
TOTAL	**777.124**	**772.119**	**109.793**	**105.508**

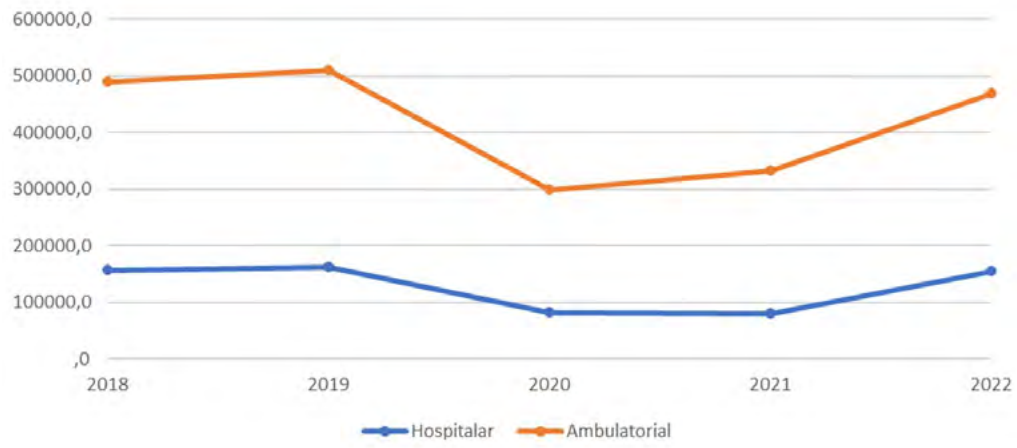
Fonte: SIH/DATASUS, 2022.

6.9.13.3 Cirurgias Eletivas

Desde 2015, o Ministério da Saúde redefiniu estratégias para a ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. Em 2021, a SESA publicou uma Resolução nº 1127/2021 do Programa Paranaense de Ampliação do Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos para atendimentos dos usuários do SUS no Estado.

No ano de 2022, foram realizadas 312.959 cirurgias ambulatoriais, sendo 304.972 (97,45%) financiadas pelo Teto MAC (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade/MS) e 7.987 (2,55%) financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)/MS - destes, 25.851 são financiadas como campanha de cirurgias eletivas do MS. No âmbito hospitalar, em 2022 foram realizadas 155.504 eletivas, sendo 152.139 (97,84%) financiadas pelo Teto financeiro da MAC/MS e 3.365 (2,16%) financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)/MS - destes, 340 cirurgias (10,10%) são financiados como campanha de cirurgias eletivas do MS. O procedimento mais realizado no âmbito ambulatorial foi a cirurgia para tratamento de catarata e, no âmbito hospitalar, o procedimento de colecistectomia. Conforme a figura 41, observa-se uma redução no período de 2020 a 2022, devido à pandemia pela COVID–19, onde houve suspensão da realização de cirurgias eletivas de algumas especialidades, com a finalidade dos leitos serem destinados para os pacientes acometidos pela doença.

FIGURA 76 – CIRURGIAS ELETIVAS REALIZADAS NO ÂMBITO AMBULATORIAL E HOSPITALAR NO PARANÁ – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: SIH/SIA/DATASUS, 2023.

Apesar da redução do quantitativo de cirurgias eletivas realizadas no período 2018 a 2022, percebe-se que houve retomada desses atendimentos por parte dos prestadores, pois a média mensal de procedimentos cirúrgicos realizados em 2022 ultrapassou (105%) a média mensal realizada em 2018.

QUADRO 26 – PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES – PARANÁ, 2018 – 2022

PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE 2018 A 2022			
Ano/Mês Processamento	Total Anual de Cirurgias Eletivas	Média mensal	% de produção de 2022 em relação à média mensal
2018	445.473	37.123	105%
2019	509.733	42.478	92%
2020	297.864	24.822	157%
2021	331.787	27.649	141%
2022	468.447	39.037	–

Fonte: SIH/SIA/DATASUS, 2023.

6.9.14 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE DO PARANÁ

A Central Estadual de Transplantes (CET/PR), através da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017, que estabelece o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, é responsável pela coordenação e fiscalização, em nível estadual, da captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplante humano.

Para desempenhar tais ações a CET/PR conta com o apoio das Organizações de Procura de Órgãos, sediadas nos municípios de Cascavel, Curitiba, Londrina e Maringá, destacando que as uni-

dades Cascavel, Londrina e Maringá vinculadas tecnicamente à CET/PR e administrativamente as respectivas Regionais de Saúde e à unidade de Curitiba é vinculada técnica e administrativamente a CET/PR pois está localizada no mesmo endereço.

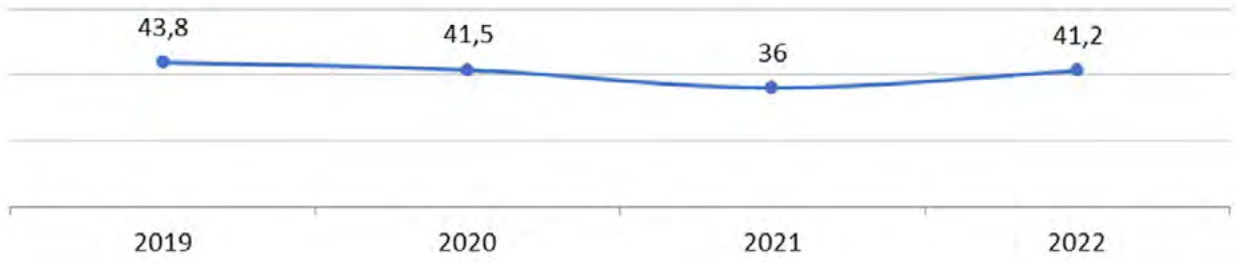
As ações desenvolvidas no período de 2014/2018 permitiram ao Estado alcançar resultados de destaque nacional em relação ao processo de doação e transplantes.

Com isso, as ações desenvolvidas no período de 2019/2022 foram focadas no processo de consolidação dos resultados conquistados através da publicação do Plano Estadual de Doação e Transplantes (2018/2022) da manutenção de um processo constante de educação permanente de todos os participantes dos processos de identificação de potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, acolhimento e entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos, além de iniciar o processo de construção de ferramentas de avaliação dos resultados dos transplantes realizados e aperfeiçoamento dos fluxos e protocolos de acesso aos serviços de transplante do Paraná.

Diante disso, o aprimoramento da Rede de Transplantes no Paraná tem sido constante, com fortalecimento das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, dos serviços de transplante, laboratórios de histocompatibilidade e bancos de tecidos mantendo o Sistema Estadual de Transplantes do Paraná como referência nacional.

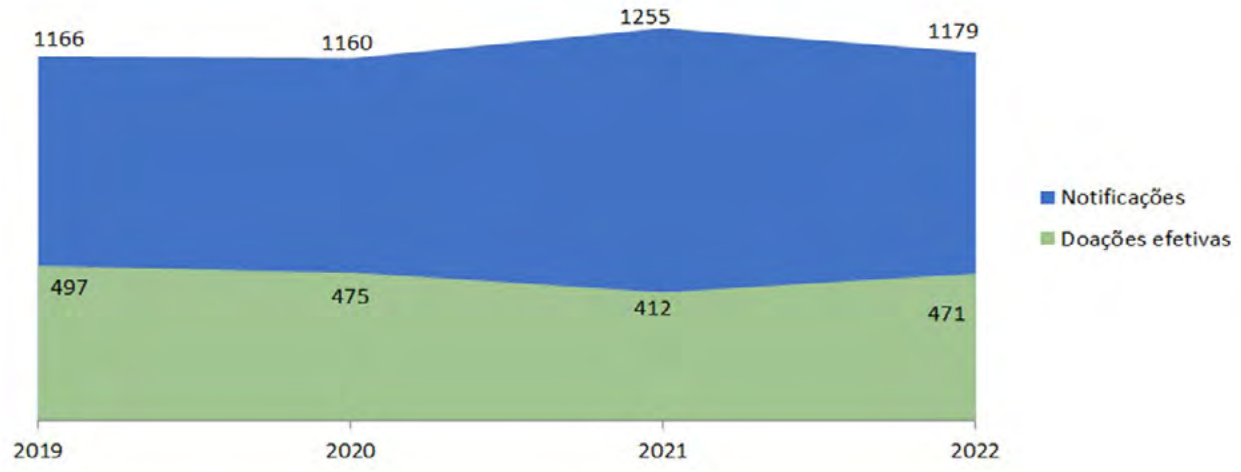
No período de 2019-2022 (figuras 77 e 78 e quadro 27), mesmo com a pandemia causada pela COVID-19, o Estado manteve-se acima do índice de 35 doadores PMP (por milhão de população) que foi a meta proposta durante a vigência do PES 2019/2022.

FIGURA 77 – DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM ME (PMP) NO PARANÁ – PARANÁ, 2019 – 2022



Fonte: Central Estadual de Transplante (CET/PR/2022).

FIGURA 78 – NOTIFICAÇÕES E DOAÇÕES EFETIVAS DE ÓRGÃOS – PARANÁ, 2019 – 2022



Fonte: Central Estadual de Transplante (CET/PR/2022).

QUADRO 27 – NÚMERO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS – PARANÁ, 2019 – 2022

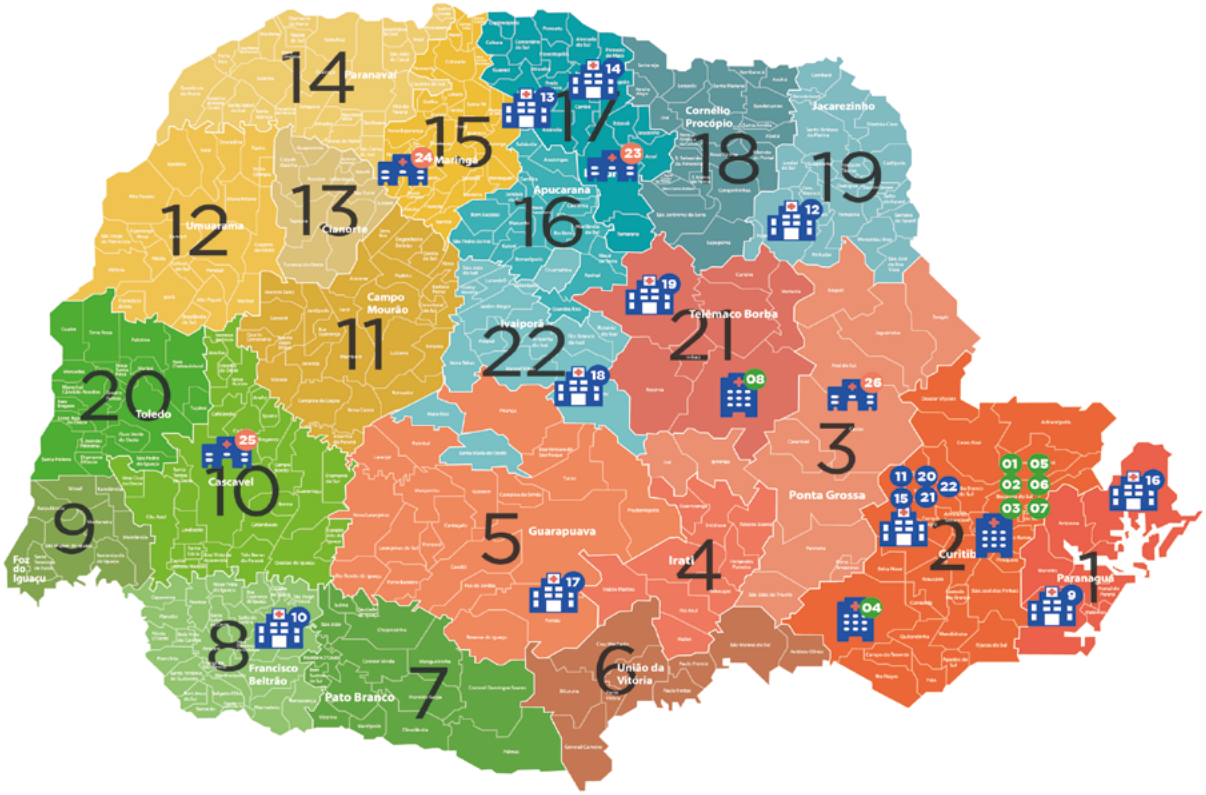
TRANSPLANTES	CORAÇÃO	FÍGADO	RIM	PÂNCREAS/ RIM	FÍGADO/ RIM	PÂNCREAS	TOTAL
2019	20	252	482	16	6	2	778
2020	15	225	446	6	4	2	698
2021	9	233	404	7	2	1	656
2022	20	302	428	8	3	0	761
TOTAL	**64**	**1012**	**1760**	**37**	**15**	**5**	**2893**

Embora os resultados comprovem a consolidação das políticas de doação e transplantes no Estado, estão em desenvolvimento estratégias de aprimoramento das ações realizadas, a fim de evitar que os resultados conquistados fiquem em um ponto de estagnação.

6.9.15 SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS PRÓPRIOS DO ESTADO

As Unidades Próprias estão distribuídas geograficamente, dentre as 22 regiões de saúde do Estado, complementando a Rede Assistencial credenciada e contribuindo estrategicamente como ponto de atenção das redes prioritárias do Governo (figura 79) a saber:

FIGURA 79 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS PRÓPRIOS – PARANÁ, 2023



GESTÃO SESA	
01	HT - HOSPITAL DO TRABALHADOR
02	HR - HOSPITAL DE REABILITAÇÃO ANA CAROLINA MOURA XAVIER
03	HOC - HOSPITAL OSWALDO CRUZ
04	HRLSS - HOSPITAL REGIONAL DA LAPA DE SÃO SEBASTIÃO
05	CAIF - CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL AO FISSARADO LÁBIO PALATAL
06	CRAID - CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO AO DEFICIENTE
07	CRE KENNEDY - CENTRO DE ESPECIALIDADES
08	HLBC - HOSPITAL LUIZA BORBA CARNEIRO

GESTÃO SETI/SESA	
23	HUL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
24	HUM - HOSPITAL UNIVERSIDADE REGIONAL DE MARINGÁ
25	HUOP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ
26	HURCG - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS

GESTÃO FUNEAS	
09	HRL - HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL
10	HRS - HOSPITAL REGIONAL DO SUDOESTE WALTER ALBERTO PECOITS
11	HIWM - HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER
12	HRNP- HOSPITAL REGIONAL
13	HZS – HOSPITAL DOUTOR EULALINO IGNACIO DE ANDRADE
14	HZN – HOSPITAL DOUTOR ANÍSIO FIGUEIREDO
15	HAB – HOSPITAL ADAUTO BOTELHO
16	HRGUA – HOSPITAL ESTADUAL LUCY REQUIÃO DE MELLO E SILVA
17	HRCO – HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO OESTE
18	HRIV – HOSPITAL REGIONAL DE IVAIPORÃ
19	HRTB – HOSPITAL REGIONAL DE TELÊMACO BORBA
20	HDSPR – HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA SÃO ROQUE
21	CPPI – CENTRO DE PRODUÇÃO E PESQUISA DE IMUNOBIOLÓGICOS
22	ESPP – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

FONTE: Diretoria de Unidades Próprias, 2023.

Hoje, o Paraná possui 18 hospitais próprios, dos quais 12 estão sob gestão da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná (FUNEAS), quatro compõem o Complexo Hospitalar do Trabalhador (CHT), com parceria do convênio firmado com a Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR) e um sob gestão plena da SESA.

Além disso, o Paraná conta com quatro hospitais universitários que estão sob gestão compartilhada com a Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), sendo a SESA corresponsável pelo custeio e investimento em infraestrutura e parque tecnológico, viabilizando nos últimos anos aumento significativo de leitos e assistência sofisticada à população.

Nessa perspectiva, os hospitais próprios ofertam atendimento hospitalar de média e alta complexidade integrado às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e contabilizam 2.512 leitos hospitalares (quadro 28) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) e no Sistema de Informações Gerenciais (ESIG).

QUADRO 28 – HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS PRÓPRIOS COM NÚMERO DE LEITOS ATIVOS – PARANÁ, 2023

HOSPITAIS		LEITOS ENFERMARIA	LEITOS UTI	TOTAL LEITOS
01	Hospital do Trabalhador	214	50	264
02	Centro Hospitalar de Reabilitação	51	10	61
03	Hospital Oswaldo Cruz	37	10	47
04	Hospital Regional da Lapa São Sebastião	75	10	85
05	Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID)	-	-	-
06	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF)	-	-	-
07	Hospital Luiza Borba Carneiro	28	-	28
08	Hospital de Dermatologia Sanitária	-	-	-
09	Hospital Adauto Botelho	66	-	66
10	Hospital Regional do Litoral	99	37	136
11	Hospital Infantil Waldemar Monastier	80	20	112
12	Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits	130	30	164
13	Hospital Doutor Eulalino Ignácio de Andrade HZS	115	-	115
14	Hospital Doutor Anízio Figueiredo HZN	99	-	99
15	Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva	14	-	14
16	Hospital Regional do Norte Pioneiro	70	20	90
17	Hospital Regional de Telêmaco Borba	20	-	20
18	Hospital Regional de Ivaiporã	40	10	50
19	Hospital Regional de Guarapuava	40	10	50
20	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	249	70	319
21	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	339	78	417
22	Hospital Universitário Regional de Maringá	146	32	178
23	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	184	49	233
TOTAL		**2.076**	**436**	**2.548**

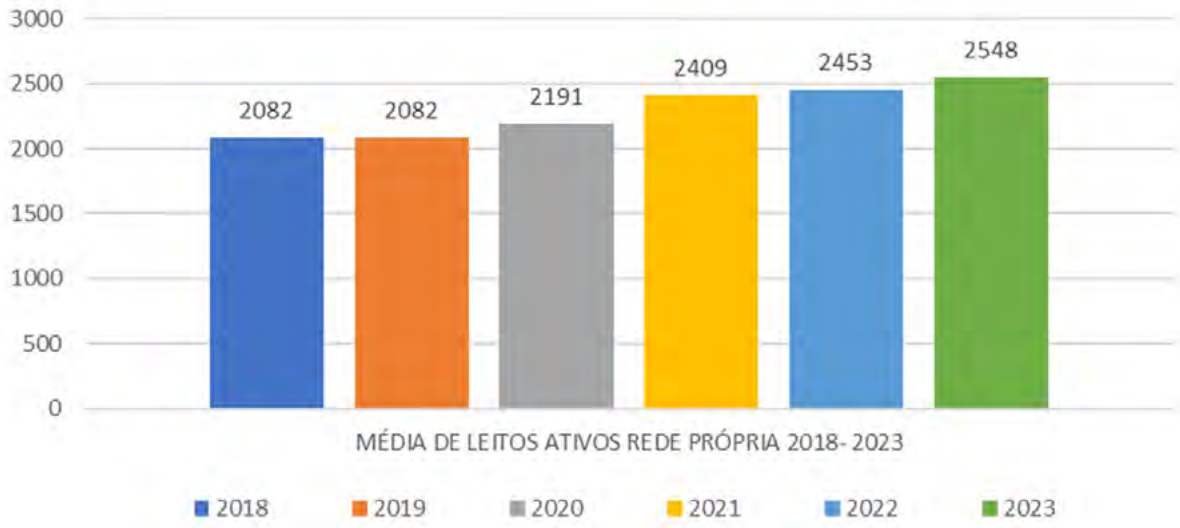
Fonte: CNES; E-SIG, 2023.

Na pandemia da COVID-19 que assolou o mundo todo, houve o incremento de mais 103 leitos nas Unidades Próprias do Estado, sendo 71 de Unidade de Terapia Intensiva e 32 leitos clínicos,

leitos estes que continuaram à disposição da população mesmo após a pandemia, aumentando a oferta de atendimento das Unidades Próprias.

Não obstante o evidente avanço relacionado ao crescimento do número de leitos gerais hospitalares, que foi de 2.082 leitos em 2018 para 2.548 em 2023, um crescimento em torno de 22,38%, sendo 204 leitos a mais de UTI e ao investimento na inovação do aparato tecnológico, contemplamos ainda um potencial de ampliação das Unidades Próprias garantindo uma maior eficiência em saúde no Paraná, almejando fortalecer os hospitais próprios e universitários como referência regional na assistência prestada, na formação acadêmica e na pesquisa como ilustrado na figura 80.

FIGURA 80 – CRESCIMENTO DO NÚMERO DE LEITOS NAS UNIDADES PRÓPRIAS DO ESTADO – PARANÁ, 2018 – 2023



Fonte: DUP, 2023.

Nos últimos anos, o Paraná avançou na prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais de maneira eficiente, com foco na resolutividade dos problemas de saúde da população.

Em paralelo houve a expansão da Rede Hospitalar e Ambulatorial, com as obras entregues antes do prazo final, de três hospitais, em regiões que havia um vazio assistencial em saúde, a saber: o Hospital Regional de Guarapuava, (5ª Regional de Saúde); Hospital Regional de Ivaiporã, (22ª Regional), e o Hospital Regional de Telêmaco Borba, (21ª Regional), sendo estes utilizados como retaguarda exclusiva para o atendimento dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2 e atualmente estes hospitais permanecem a serviço da população motivados a equalizar as necessidades de cada região.

Com relação à organização das unidades, houve a constituição do Complexo Hospitalar do Trabalhador. A estratégia de gestão teve como objetivos aprimorar e potencializar a gestão em saúde, onde se instituiu, por meio do Decreto nº 11.825 de 28 julho de 2022, o "Complexo Hospitalar do Trabalhador – CHT", que compreende o Hospital do Trabalhador (HT); Hospital de Reabilitação (HR); Centro de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF); Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID); Ambulatório Médico de Especialidades (AME); Hospital de Infectologia e Retaguarda Clínica Oswaldo Cruz (HIRC) e Hospital Regional da Lapa São Sebastião (HRLSS), união que favorece a melhoria contínua dos serviços prestados, otimização de recursos, garantindo resultados mais seguros e de qualidade.

Sobre as unidades ambulatoriais e de suporte diagnóstico e terapêutico da SESA, sob a gestão do Complexo Hospitalar do Trabalhador (CRAID e CAIF) exercem um papel fundamental no Sistema de Saúde do Paraná.

O CAIF oferece uma assistência integral, possui uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, composta por profissionais das áreas de cirurgia plástica, cirurgia craniomaxilofacial, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, pediatria, clínica geral, anestesiologia, genética, fonoaudiologia, odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, prótese dentária, ortodontia, clínica geral, odontopediatria, endodontia e periodontia), psicologia, nutrição, serviço social e enfermagem, sendo referência no Paraná pela qualidade de assistência prestada.

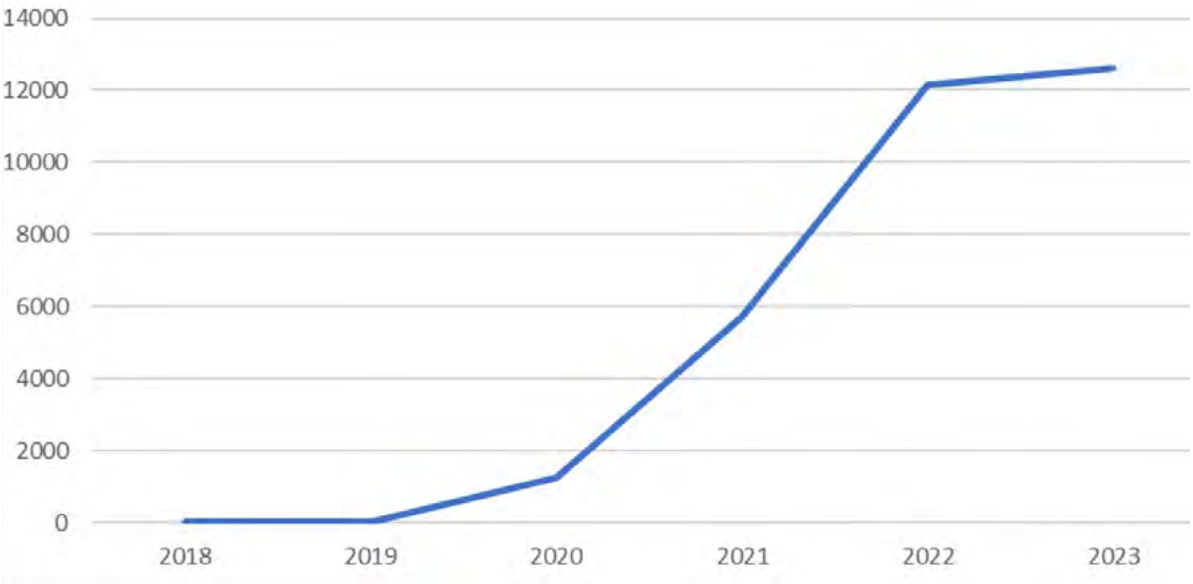
O Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID) foi criado em 1985, em Curitiba, com o intuito de prestar atendimento ambulatorial para crianças e adolescentes de zero a 18 anos portadores de deficiências e a bebês com risco neurológico, crianças com autismo e crianças que necessitam de reeducação visual.

A FUNEAS foi instituída pela Lei nº 17.959 de 11 de março de 2014, com o objetivo de desenvolver na esfera ambulatorial e hospitalar ações e serviços de saúde nas Unidades Próprias da Secretaria de Estado da Saúde. A FUNEAS faz gestão de 12 hospitais próprios, além da ESPP e Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI), que desenvolve pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, para medicamentos e insumos, e de educação permanente no âmbito do SUS. As unidades hospitalares geridas pela FUNEAS foram, no decorrer dos anos, incorporando serviços médicos e assistenciais que têm como objetivo básico o atendimento ao paciente com soluções de saúde inovadoras, humanizadas, ágeis e resolutivas, sempre integradas à Rede de Saúde do Estado, com otimização dos recursos públicos.

Os serviços ambulatoriais e de suporte diagnóstico e terapêutico da SESA, sob gestão FUNEAS são: o Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná e o Ambulatório em Saúde Mental, situado no Hospital Adauto Botelho.

O Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná (HDSPR), é um ambulatório especializado, que oferta atendimentos na área da dermatologia, hansenologia e Atenção Qualificada em Estomaterapia no cuidado com feridas, realiza consultas médicas em dermatologia, hanseníase, vascular e cardiologia; pequenos procedimentos cirúrgicos e biópsias; reabilitação com fisioterapeutas e terapeuta ocupacional, além de atividades com equipe multiprofissional (figura 81).

FIGURA 81 – CRESCIMENTO DO VOLUME DE CONSULTAS AMBULATORIAIS – PARANÁ, 2018 A 2023



Fonte: DUP, 2023.

O Ambulatório de Saúde Mental foi idealizado para prestar e ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento mental considerado de médio risco a partir da estratificação de risco, geralmente decorrentes de transtornos mentais ou comportamentais; atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Mediante este contexto de gestão das unidades e, entendendo a necessidade de avançar no monitoramento, e avaliação por meio da gestão da informação em saúde, a diretoria de Unidades Próprias, em parceria com o Núcleo de Informática e Informação da SESA, desenvolveu o Sistema de Informações Gerenciais (ESIG), que permite qualificar os processos de gestão e possibilita maior acurácia na coleta de dados e eficácia na análise das informações.

O ESIG é uma ferramenta utilizada para analisar a produtividade ambulatorial e hospitalar das Unidades Próprias em tempo oportuno e viabiliza a implementação de metas quantitativa e qualitativas baseadas no perfil assistencial de cada unidade. Além disto, contribuiu para o desenvolvimento do pensamento técnico analítico e crítico no que tange melhores estratégias de gestão por resultados, alinhadas com a premissa da centralidade do paciente no processo de cuidado.

Atualmente, são monitorados indicadores relacionados à produção hospitalar, qualidade e segurança do paciente, gestão de pessoas, financeiro e consumo. As metas das unidades são acompanhadas baseadas nas informações prestadas no ESIG, ressaltando que várias metas acompanhadas estão ligadas ao PES, como por exemplo:

TABELA 17 – METAS ACOMPANHADAS

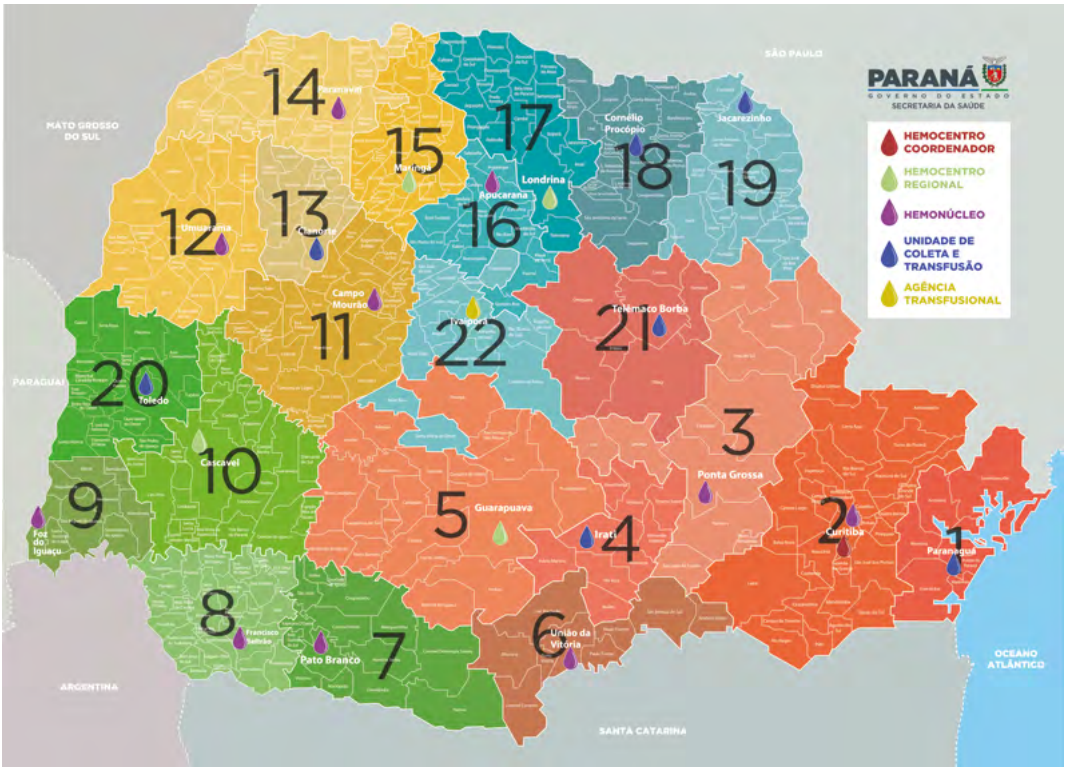
Leitos operacionais	Diretriz 1 | Objetivo 4 | Meta 10
Taxa de Ocupação Hospitalar	Diretriz 2 | Objetivo 17 | Meta 61
Realização Teste Pezinho	Diretriz 2 | Objetivo 7 | Meta 31
Taxa de Satisfação de Paciente Internado	Diretriz 5 | Objetivo 4 | Meta 126
Capacitação de Profissionais	Diretriz 3 | Objetivo 1 | Meta 72

Algumas das ações voltadas para a segurança do paciente também possuem indicadores monitorados no ESIG. Por exemplo: as ações iniciadas nas Unidades de Terapia Intensiva das Unidades Próprias relacionadas aos Bundles, que são caracterizados como um pacote de medidas para prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), Infecção do Trato Urinário (ITU) e cateter venoso central, que tem contribuído com a melhoria nos processos de trabalho, na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

6.9.15.1 Rede de Serviços de Hemoterapia do Paraná

Para dar suporte hemoterápico às entidades hospitalares no Estado, existe a Rede de Serviços de Hemoterapia do Centro de Hematologia e Hemoterapia (HEMEPAR), composta por 23 unidades, sendo um hemocentro coordenador, quatro hemocentros regionais; nove hemonúcleos; oito unidades de coleta e transfusão; e uma agência transfusional (figura 82). As unidades da Hemorrede estão distribuídas em todo o Paraná. Encontra-se em tramitação a inclusão de mais uma unidade de coleta, em parceria com o município de Marechal Cândido Rondon.

FIGURA 82 – MAPA DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA HEMORREDE PARANAENSE – PARANÁ, 2023



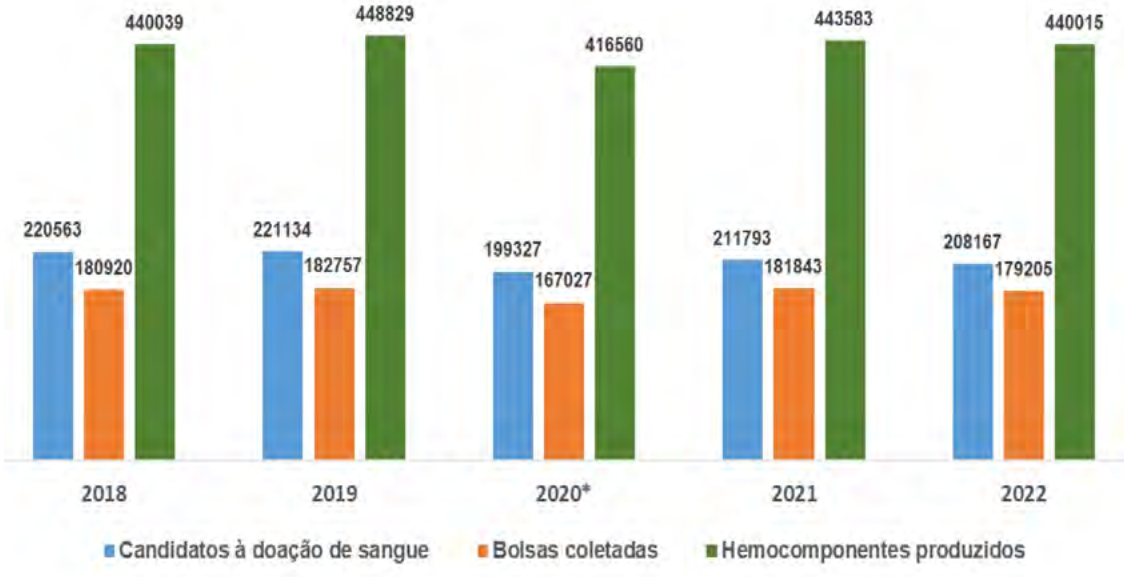
Fonte: HEMEPAR, 2023.

O Hemocentro Coordenador, localizado em Curitiba, possui a missão de coordenar a Política Estadual do Sangue e disponibilizar hemocomponentes, hemoderivados e serviços de hematologia e hemoterapia para o sistema de saúde, por meio de planejamento, programação e supervisão das atividades de captação de doadores, coleta de sangue, triagem laboratorial, produção e distribuição de hemocomponentes.

Tem como visão, consolidar-se como centro de excelência na área de hematologia e hemoterapia, reconhecido pela qualidade de seus produtos e serviços. Sua política da qualidade é gerar produtos e serviços hematológicos e hemoterápicos com qualidade, investindo na melhoria contínua dos processos e na satisfação das partes interessadas, orientados por conduta ética e pelo cumprimento da legislação vigente. Tem como objetivos da qualidade: gerar produtos e serviços com qualidade e confiabilidade, investir na melhoria contínua dos processos, produtos e serviços, promover e estimular a capacitação contínua dos profissionais, incentivar e desenvolver ações na área de ensino pesquisa e promover um ambiente seguro para clientes internos e externos.

Quanto à produtividade da Rede HEMEPAR, no período de 2018 a 2022, foram atendidos 1.060.984 candidatos à doação de sangue (média 212.197/ano), coletadas 891.752 bolsas de sangue (média 178.350/ano) e produzidos 2.189.025 hemocomponentes (média 437.805/ano), conforme demonstrado na figura 83.

FIGURA 83 – PRODUTIVIDADE DA REDE HEMEPAR – PARANÁ, 2018 – 2022

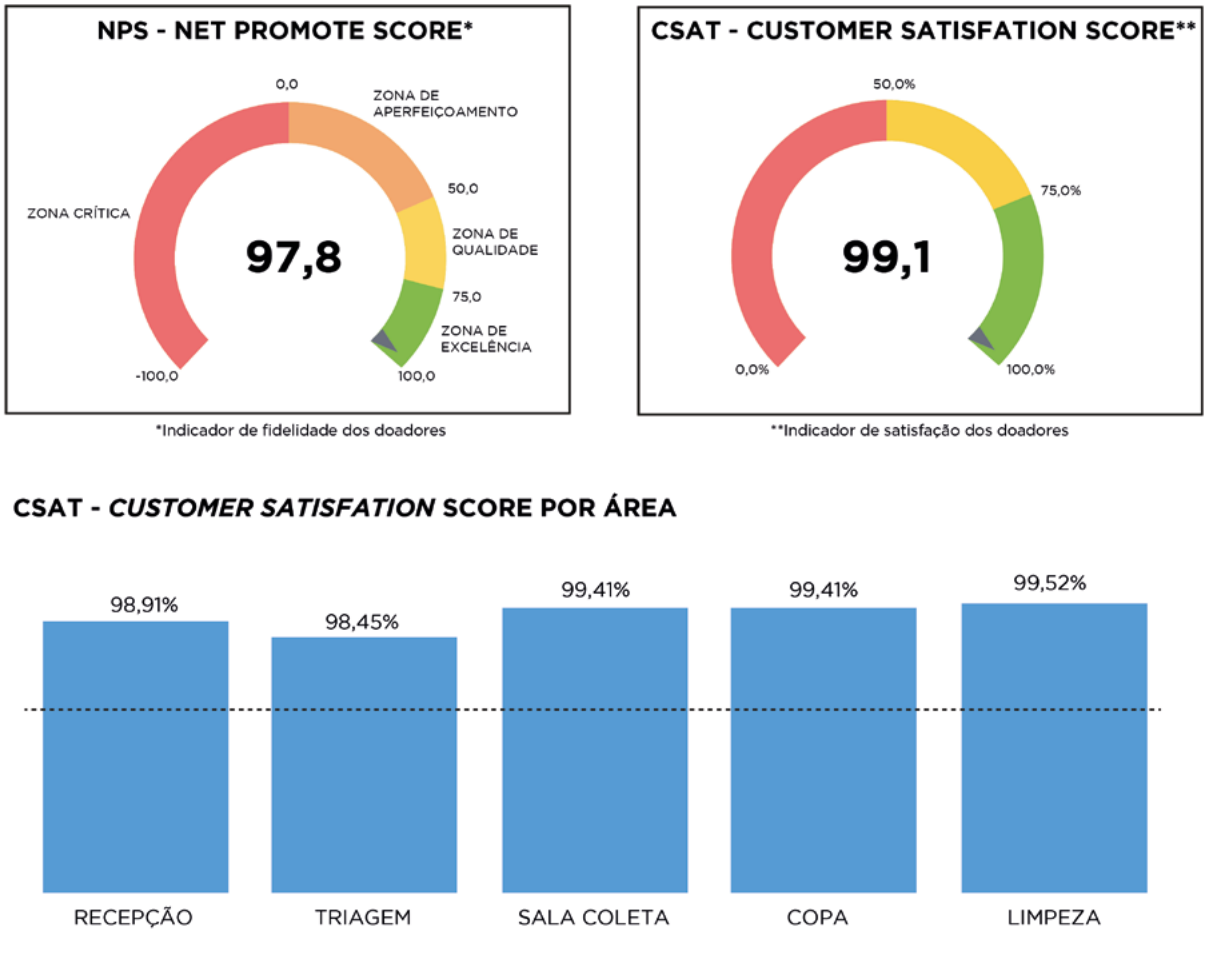


* Início da pandemia da COVID-19.
Fonte: Relatório de Atividades Anual da Rede HEMEPAR, 2018 – 2022.

A Hemorrede presta assistência ambulatorial a aproximadamente 2.265 usuários portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias hereditárias. O HEMEPAR é referência nacional em imuno-hematologia (sangue raro) e conta o com Programa de Doadores Fenotipados, com mais de 40 mil doadores de sangue cadastrados.

Apresenta um sistema informatizado para a pesquisa de satisfação de doadores e usuários da Rede HEMEPAR. No período de novembro de 2022 a julho de 2023, foram analisadas 11.563 respostas de doadores de sangue e aférese. Destes, 11.373 (98,4%) indicariam o HEMEPAR para um amigo ou parente, com Net Promote Score (NPS) de 97,8 (zona de excelência) e 99,1% estavam satisfeitos ou muitos satisfeitos com o atendimento do HEMEPAR, conforme demonstrado na figura 84.

FIGURA 84 – SATISFAÇÃO DOS DOADORES DE SANGUE E AFÉRESE NA REDE HEMEPAR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2022 A JULHO DE 2023 – PARANÁ, 2022 – 2023



Intervalo de confiança - IC: 99%.

Margem de erro: 1,2%.

O resultado da pesquisa de satisfação dos doadores e usuários evidencia o comprometimento da Rede HEMEPAR com a qualidade do atendimento, produtos e serviços hemoterápicos e hematológicos ofertados à população paranaense.

6.9.15.2 Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI)

O Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos é uma indústria farmacêutica, da área de biotecnologia, ligada à SESA e atualmente gerenciada pela Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná (FUNEAS).

O CPPI tem papel estratégico no Sistema Único de Saúde por ser um dos quatro únicos produtores de Soros Hiperimunes do país. Possui como escopo de atividades a produção de medicamentos biológicos e kits de auxílio diagnóstico para tratamento e detecção de doenças negligenciadas – como acidentes com animais peçonhentos, leishmaniose, paracoccidioidomicose, dentre outros. Desenvolve pesquisas científicas para o desenvolvimento de novos produtos, melhorias de processos produtivos, atualização de técnicas analíticas – sempre visando soluções para atendimento de populações expostas a doenças de interesse do SUS.

De 2019 a 2023, o cenário de atuação da instituição se tornou mais complexo. Com relação aos acidentes com animais peçonhentos, houve um grande aumento da demanda de soros hiperimunes no período. O número de notificações de acidentes com animais peçonhentos aumentou no período, e a disponibilidade de tratamento soroterápico diminui. De 2017 a 2021, foram notificados no SINAN, dos 1.298.429 acidentes por animais peçonhentos notificados nos cinco anos deste estudo, 168.420 (12,97%) foram ocasionados por aranhas, sendo o terceiro tipo de animal peçonhento com o maior número de notificações. Em 2022, o Paraná registrou 2.973 acidentes com aranha-marrom. Do início de 2023 até ao dia 13 de julho de 2023 ocorreram 1.646 acidentes no Estado.

Neste período, o CPPI manteve tratativas para a retomada da produção do Soro Antiloxoscélico. O processo de viabilização da produção está em momentos finais, mas ainda não foi possível a disponibilização do produto ao Ministério da Saúde. Nesse período, os protocolos de atendimento desse tipo de acidente tiveram que ser alterados e outro produto precisou ser usado para o tratamento de casos graves.

Nos últimos cinco anos, houve também a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2. O CPPI auxiliou nas ações de enfrentamento reestruturando a sua área de produção de produtos para diagnóstico – para atendimento de demanda meios de transporte viral para o diagnóstico da COVID-19. Esse atendimento teve como resultante a formação de uma parceria produtiva entre FUNEAS/CPPI e LACEN, para a produção de meios de cultura e reativos objetivando atendimento das demandas da Rede LACEN. A parceria de produção compartilhada está em andamento, com previsão consolidação da produção em Piraquara, em 2024.

Outra questão importante ocorrida nos últimos anos foi a consolidação de parcerias com outras instituições de grande importância nacional e internacional (Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe; Fundação Ezequiel Dias; ESISENAI; UFPR; UFMG; IBMP; TECPAR; ICC_FIOCRUZ). O principal objetivo foi desenvolver pesquisas para criação de soluções para doenças negligenciadas de interesse de saúde pública. Esse foco vem ao encontro da Agenda Global da Organização Mundial da Saúde para Erradicação de Doenças Negligenciadas até 2030 *(Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030).*

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) ameaçam mais de 1,7 bilhão de pessoas que vivem nas comunidades mais pobres e marginalizadas do mundo. Causadas por uma variedade de patógenos, incluindo vírus, bactérias, parasitas, fungos e toxinas, esses agravos cegam, incapacitam e desfiguram as pessoas, tirando não apenas sua saúde, mas também suas chances de permanecer na escola, de ganhar a vida ou mesmo de ser aceito por sua família ou comunidade. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos nas áreas de pesquisa, produção de medicamentos e em seu controle. São enfermidades "negligenciadas" por estarem quase ausentes da Agenda Global de Saúde, receberem pouco financiamento e serem associadas ao estigma e à exclusão social. Acometem populações negligenciadas e perpetuam um ciclo de maus resultados educacionais e oportunidades profissionais limitadas.

O CPPI, por meio de seu portfólio atual, trabalha para soluções diagnósticas e tratamentos das seguintes doenças contempladas na Agenda Global da OMS: acidentes por picadas de serpentes e aranhas; leishmaniose e micoses profundas (paracoccidioidomicose).

O objetivo, por meio das parcerias de pesquisa, é ser capaz de melhorar os atuais produtos, além de desenvolver soluções aplicáveis ao SUS para neurocisticercose, esporotricose, hanseníase e raiva.

Por todo esse contexto global e local, e como forma de consolidar as ações estruturantes realizadas nos últimos quatro anos, a proposta é de que haja a consolidação e fortalecimento das ações de produção de medicamentos e produtos para a saúde nos próximos quatro anos.

6.10 GESTÃO EM SAÚDE

6.10.1 AUDITORIA EM SAÚDE

A Coordenação de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde integra o Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), regulamentado pela Lei nº 13.331/2001, pelo Decreto Estadual nº 5.711/2002 e pela Resolução SESA nº 462/2005. Com a recente reorganização da SESA/PR, esta Coordenação passou a fazer parte da diretoria de Governança e Auditoria, com atuação de forma descentralizada e regionalizada nas 22 Regionais de Saúde do Estado.

A auditoria atua para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS e a garantia da destinação adequada dos recursos públicos. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento do Sistema Estadual de Auditoria, através da atualização de sua regulamentação e elaboração do Plano Anual de Auditoria, alinhados com as diretrizes do SNA.

6.10.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com objetivo de atender a população de forma organizada, descentralizada e regionalizada, abrangendo desde o atendimento da Atenção Primária, a média e alta complexidade. A Atenção Primária é o primeiro nível de Atenção em saúde, caracterizado por um conjunto de ações de saúde, com práticas integrativas e complementares, realizando os atendimentos de média complexidade ambulatoriais. Estas ações e serviços visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, onde a complexidade da assistência na prática clínica demanda profissionais especializados e recursos tecnológicos, ao diagnóstico e tratamento. Os atendimentos de alta complexidade compreendem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de Atenção à Saúde.

Na judicialização da saúde, a maior demanda existente está relacionada aos medicamentos de alto custo, não contemplados pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, assim como também, aos procedimentos de alto custo e aos materiais não incorporados, demandas estas que mais impactam financeiramente o sistema.

Devido ao impacto que a judicialização causa na gestão administrativa, orçamentária e financeira do SUS e o crescente volume de demandas ao Poder Judiciário, em 2020 a SESA/PR instituiu a Assessoria de Judicialização da Saúde, através da Resolução SESA nº 1464/2020.

A Assessoria de Judicialização da Saúde (AJS), direciona as demandas de acordo com o fluxo operacional existente entre os diversos setores da SESA/PR, viabilizando o cumprimento das Ordens Judiciais (OJs) e mandados de segurança de forma descentralizada, organizada, coordenada, otimizando o tempo de resposta no atendimento aos usuários do SUS demandantes e a sociedade.

Em seu escopo de atuação, a AJS e o Tribunal de Justiça (TJ-PR) organizaram-se visando diminuir a judicialização através da solução consensual de litígios relacionados nos municípios de Curitiba e Londrina. A intenção é atuar de forma colaborativa para facilitar o encaminhamento do paciente aos serviços específicos, como por exemplo, na busca de acesso à saúde quando este não ocorre da forma devida, objetivando resolver as demandas sem decisão judicial.

As demandas judiciais são financiadas pelo Estado do Paraná e/ou pela União, a depender do tipo e classificação da solicitação. Quando o Estado assume o cumprimento da ação que é de responsabilidade da União, a SESA busca de forma administrativa o ressarcimento dessas despesas e, cabe à AJS realizar a busca pelos documentos comprobatórios e solicitar o ressarcimento junto ao Ministério da Saúde. Esse trabalho é realizado em parceria entre a AJS e a Procuradoria-Geral do Estado (PGE) / Procuradoria de Saúde (PRS) e, naqueles pedidos administrativos de ressarcimentos indeferidos pelo Ministério da Saúde, a PGE/PRS organiza as ações em lotes e entra com ação judicial contra a União.

6.10.3 CONTROLE INTERNO

A Unidade de Controle Interno foi instituída em 2014 no âmbito da administração direta e indireta do Estado, em nível de assessoramento. Compõe a diretoria de Governança e Auditoria e tem como finalidade implementar, manter, monitorar, avaliar e revisar os controles internos da gestão, assim como, intermediar a comunicação com os órgãos de controle.

A proposta de trabalho é elaborada anualmente por meio de um Plano Organizacional de Métodos e Procedimentos, o qual é executado de forma ordenada e articulada com a Controladoria-Geral do Estado, com os objetivos de salvaguardar os ativos, obter informações oportunas e confiáveis, promover a eficiência operacional, assegurar a observância de leis, normas e políticas vigentes, estabelecer mecanismos de controle que possibilitem fornecer informações à sociedade e internamente evitar a ocorrência de fraudes e desperdícios de recursos na gestão pública.

No exercício de suas funções, 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.

6.10.4 ÁREA DE PROCESSOS FUNCIONAIS

A Área de Processos Funcionais (APRF), anteriormente ligada ao Núcleo de Recursos Humanos Setorial (NRHS) e, atualmente, migrado para a Diretoria de Governança e Auditoria, é responsável pelo andamento de processos administrativos disciplinares e sindicâncias, demandas que visam apurar irregularidades funcionais sobre assuntos relacionados ao regime jurídico dos funcionários civis do Poder Executivo do Paraná, com base nas Leis nº 6.174/1970 e 20.656/2021, que dizem respeito aos deveres, proibições e responsabilidades relacionadas à vida funcional dos servidores da SESA/PR e de outros órgãos lotados nesta pasta.

6.10.5 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 a eficiência e a 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.

Responsável pela organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, a Regulação do Acesso à Assistência utiliza como ferramenta de regulação assistencial o Sistema Estadual de Regulação.

A contratação da solução tecnológica integrada de gestão estadual de regulação assistencial proporciona regulação médica da Urgência e Emergência e Unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida; regulação médica e controle de internações hospitalares; regulação dos agendamentos de consultas e procedimentos especializados; regulação das cirurgias eletivas; regulação e liberação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) da Rede prestadora de serviços públicos e privados contratados pelo SUS no Estado.

O Sistema de Regulação, em seus diversos módulos implantados, evidencia uma evolução do perfil de regulação de acesso segundo a série histórica de 2019 a 2022, como apresentado no quadro 29.

QUADRO 29 – SÉRIE HISTÓRICA DE INTERNAÇÕES, CONSULTAS E TERAPIAS, EXAMES, CIRURGIAS ELETIVAS, APAC E AIH DE – PARANÁ, 2019 – 2023

AÇÃO	2019	2020	2021	2022	2023* (ATÉ 11/08/23)
1) Internações					
Solicitações de leitos	347.180	589.217	626.064	698.138	467.999
Internações	338.905	572.591	608.022	683.460	455.327
2) Consultas e Terapias					
Solicitações de regulação ambulatorial	270.218	428.322	611.838	919.761	694.012
Agendamentos	93.653	247.391	402.662	589.673	443.218
3) Exames					
Solicitações de regulação ambulatorial	53.049	115.351	202.124	318.322	239.568
Agendamentos	30.839	101.561	167.573	254.981	191.415
4) Cirurgias Eletivas					
Solicitações de cirurgias eletivas	3.558	9.996	12.757	51.225	56.473
5) APAC					
Registros de APAC	110.791	191.196	204.846	285.287	195.497
6) AIH					
Registros de AIH	235.170	461.072	467.874	520.503	370.326

Fonte: Sistema Estadual de Regulação, agosto de 2023.
* Informação preliminar.

Em outubro de 2019 houve a transição do sistema informatizado de regulação, passando a ser a Central de Acesso à Regulação do Paraná (CARE/PR), o qual apresenta a seguinte composição: Regulação de Internação Hospitalar, configurada em:

CENTRAIS MACRORREGIONAIS DE REGULAÇÃO

- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Leste;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Norte;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Oeste;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Noroeste.

CENTRAL DE REGULAÇÃO PSIQUIÁTRICA

- Regulação de Consultas e Exames;
- Regulação de Cirurgias Eletivas;
- Regulação da Urgência e Emergência – SAMU 192;
- Faturamento – APAC;
- Faturamento – AIH.

O problema da tradicional demanda reprimida se manifesta em um constante desafio de criar estratégias de enfrentamento. Ainda que haja ampliação da oferta não é suficiente para o acolhimento de todos os pacientes da fila em tempo razoável.

A ação regulatória deve permitir a possibilidade de esgotamento de todos os recursos do manejo clínico na APS, ampliando ao máximo a resolutividade. A maior resolutividade depende da estrutura dos serviços e do processo de Atenção (incluindo o acesso de primeiro contato), e pode ser fortalecida ao ser alinhada ao processo regulatório atividades educacionais, uso de protocolos clínicos para APS e maior oferta de recursos de maior densidade tecnológica, tanto diagnósticos como terapêuticos.

Uma das medidas para qualificar a gestão do acesso à Atenção Especializada, é a elaboração de protocolos de acesso e organização dos fluxos de encaminhamentos. Os protocolos proporcionam a classificação, por critérios clínicos, otimizando as agendas e garantindo equidade no acesso baseada no critério da necessidade.

Desde 2018, 13 Protocolos de encaminhamento e organizações de fluxos foram aplicados. São eles: Cirurgia Bariátrica (Resolução SESA nº 225/2020); Critérios de Priorização para Pacientes Críticos (Resolução SESA nº 489/2021); Fluxo de Manejo de Paciente com Suspeita da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); Glaucoma (Deliberação CIB nº 124/19 e Memorando Circular nº 08/2020); Materno-Infantil (Memorando Circular nº 250/2021); Nefrologia (Memorando Circular nº 02/2022); Oncologia (Memorando Circular nº 07/2020); Programa de Cirurgias Oftalmológicas (Memorandos Circulares nº 10, 12 e 13/2022); Programa Opera Paraná (Memorandos Circulares nº 19, 20, 21, 22 e 24/2022); Retina (Memorando Circular nº 16/2022); Transplante (Deliberação CIB nº 218/2020); Transplante Medula Óssea (Deliberação CIB nº 131/2022) e Terapia Renal Substitutiva.

6.10.6 SAÚDE TRANSPARENTE

Visando atender ao disposto na Lei Estadual nº 21/2019 que dispõe sobre a transparência do quantitativo dos pacientes que aguardam em filas da Rede pública de saúde, a SESA desenvolveu o portal online intitulado Saúde Transparente, disponível em *https://saudetransparente.sesa.pr.gov.br/.* O acesso disponibiliza as informações dos usuários que aguardam por agendamento de consultas/exames/intervenções cirúrgicas e procedimentos discriminados por especialidade, para acesso aos estabelecimentos da Rede pública e instituições privadas prestadores de serviços de saúde ao SUS. Neste portal já estão disponíveis as informações do Sistema Estadual de Regulação CARE-PR, porém, ainda sem integração de dados dos Sistemas de gestão municipais e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. O acesso à informação pode ser feito pelo próprio usuário, o qual obtém os dados apenas sobre si próprio, atendendo ao direito à privacidade do paciente. Também está disponível o acesso pelos gestores de saúde e órgãos de controle de forma proporcional à sua gestão.

6.10.7 INTEMPORALIDADE DE DADOS DE GESTÃO DO SUS

O planejamento de ações do sistema de saúde exige abordagem integral dos dados relativos à demanda existente, bem como de todas as ações de diagnóstico e assistência prestados. A SESA possui, no âmbito de seu Sistema de Regulação Estadual, acesso à fonte de dados de pacientes e estabelecimentos sob sua gestão. Estes dados permitem abordagem parcial das necessidades da população, uma vez que não inclui ainda dados similares oriundos dos diferentes gestores do teto MAC federal – municípios em gestão da média e alta complexidade, assim como dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Logo, para o desenvolvimento de estratégia global capaz de induzir à maior efetividade do sistema de saúde, torna-se imprescindível viabilizar uma base integrada de dados, complementando as informações decorrentes da análise de todo o conjunto. Assim é que, como ação essencial estruturante dessa estratégia, torna-se mandatório garantir a interoperabilidade de dados de gestão dos diferentes gestores e organizações participantes do SUS no Paraná.

A interoperabilidade de dados dos diversos sistemas de regulação de acesso existentes é fundamental para que possamos realizar de forma mais adequada o planejamento das ações de média e alta complexidade. Nesse mister, a SESA deflagrou um processo destinado a garantir a integração de dados, a ser desenvolvida continuamente, e assim ampliar a capacidade de gestão de toda a Rede Assistencial.

6.10.8 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

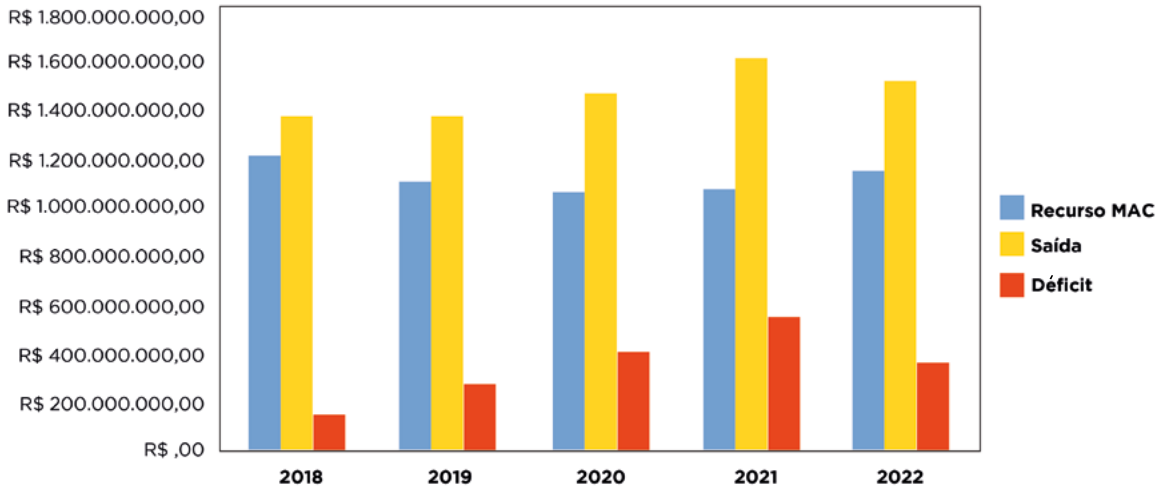
O financiamento da assistência de média e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar é de responsabilidade tripartite entre os entes federados. No Paraná, essa assistência é custeada com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde. Os recursos provenientes da União são do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), que possui limite financeiro preestabelecido e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que é transferido conforme produção apresentada.

No ano de 2018, o recurso anual programado para o Teto MAC do Paraná, referente à gestão estadual e gestão municipal, via SISMAC, foi de R$ 2.699.789.161,59, os valores correspondentes aos serviços realizados e aprovados na modalidade ambulatorial e hospitalar totalizam o valor de R$ 2.200.614.954,25, o que demonstra aparentemente um superávit.

No ano de 2018, o Teto MAC da gestão estadual anual programado era de R$ 1.055.419.370,20, e os valores correspondentes aos serviços ambulatoriais e hospitalares realizados foi de R$ 1.125.514.406,35, o que demonstra déficit anual à época de R$ 70.095.036,15. Ao analisarmos os dados de 2018-2022, verifica-se que houve aumento do programado aproximadamente de 8%, tanto para os valores de repasse no Teto MAC, como na produção aprovada para a gestão estadual. Porém, os dados apresentados não demonstram efetivamente a realidade financeira entre os recursos recebidos e a produção aprovada, sendo a diferença custeada integralmente com recursos do Tesouro do Estado devido, principalmente, aos diversos tipos de contratos.

Ao compararmos a evolução dos recursos disponíveis (Teto MAC) com os valores efetivamente pagos referente ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar na gestão estadual, no período de 2018 a 2022, houve redução de 5% (R$ 60.259.106,29) dos recursos federais anuais disponibilizados. Entretanto, ocorreu aumento de 147% do déficit de recursos federais, correspondendo no período ao montante de R$ 1.737.447.507,14, que foram custeados integralmente com recursos do Tesouro Estadual, conforme a figura 85.

FIGURA 85 – EVOLUÇÃO DO TETO MAC ESTADUAL – PARANÁ, 2018 – 2022



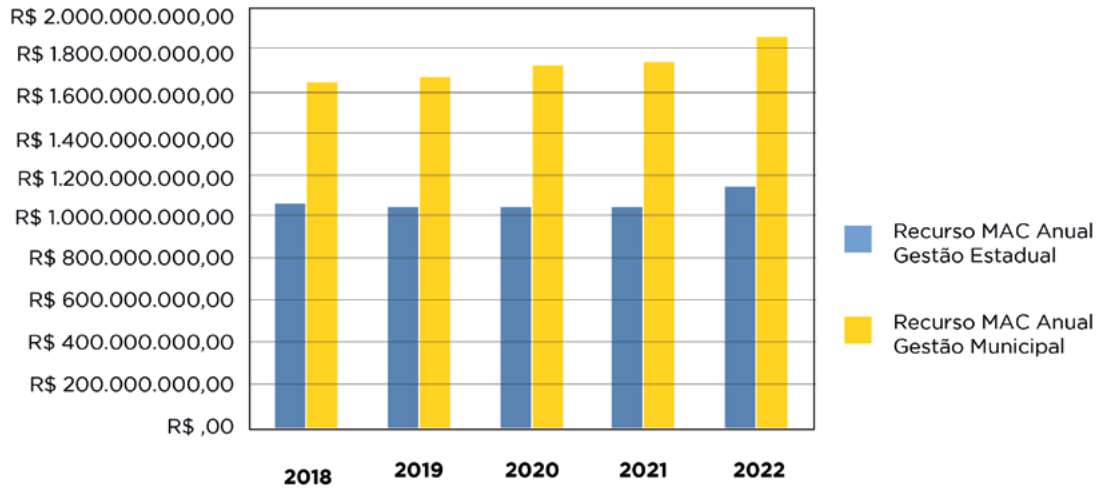
Fonte: SISMAC/MS e Fundo Estadual de Saúde, 2023.

Esses números demonstram a necessidade de complementação de recursos do Tesouro Estadual para custeio dos atendimentos dos usuários do SUS.

Conforme informações do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), do Ministério da Saúde, no período de 2018 a 2022, o valor total anual programado no Teto MAC do Paraná correspondeu 38% para a gestão estadual, ficando a diferença de 62% programada para os municípios que possuem a gestão do Teto MAC.

No mesmo período é possível observar que o aumento dos recursos programados no Teto MAC para a gestão estadual foi de 7% e para a gestão municipal de 14%, conforme a figura 86. Ressaltamos, que 57% da produção dos atendimentos de alta complexidade no período ocorreu em municípios gestores do Teto MAC, devido à grande concentração desses serviços nesses locais.

FIGURA 86 – EVOLUÇÃO DO TETO MAC POR GESTÃO – PARANÁ, 2018 – 2023



Fonte: SISMAC/MS e Fundo Estadual de Saúde, 2023.

A SESA tem adotado como uma de suas importantes estratégias para superar o déficit de financiamento federal, a criação de incentivos visando apoiar a qualificação dos serviços, proporcionando assim, melhor assistência à população paranaense, olhando para além da oferta de serviços com foco na resolutividade das ações.

Para ampliação do custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, a SESA realiza o pagamento dos atendimentos que extrapolam o limite financeiro de média e alta complexidade (Teto MAC), contratualiza prestadores para realização de procedimentos não constantes da Tabela SIGTAP, para complemento de valor daqueles cujo financiamento da tabela é insuficiente, ou ainda, da quantidade de serviços, assim como, para repasse de incentivos nos programas estaduais.

Atualmente, estão vigentes cinco programas estaduais principais para custeio da assistência hospitalar no Paraná, sendo: Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS (HOSPSUS), instituído em 2011, com quatro fases; Incentivo de Custeio para a Estruturação das Portas de Entrada da Rede Paraná Urgência, instituído em 2016; o Programa Paranaense de Ampliação do Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos – Opera Paraná, instituído em 2021, com três fases; o Programa de Qualificação Hospitalar para os Internamentos de Caráter Eletivo dos usuários do SUS - HOSP Mais, e a Estratégia de Qualificação Hospitalar para Internamentos de Caráter de Urgência dos usuários do SUS – EQH – UE, ambos instituídos em 2023.

Atualmente, 185 hospitais integram o Programa HOSPSUS, que tem como objetivo promover a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da eficiência, da eficácia e da equidade, sendo repassado no último quadriênio o montante de R$ 543.329.626,91.

Os municípios contemplados com recursos para a Estruturação das Portas de Entrada da Rede Paraná Urgência são nove, cujos repasses realizados pela SESA nos últimos quatro anos correspondem a R$ 11.800.000,00.

O Programa Opera Paraná, que tem como objetivo a ampliação e qualificação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, de forma descentralizada, regionalizada e de acordo com as necessidades regionais, teve adesão tanto de prestadores localizados em municípios sob gestão estadual quanto municipal, sendo repassado durante a primeira fase o total de R$ 39.945.158,17. Para a segunda fase, a estimativa é que sejam utilizados recursos na ordem de R$ 150.000.000,00.

O Programa de Qualificação Hospitalar para os Internamentos de Caráter Eletivo dos usuários do SUS HOSP Mais e a Estratégia de Qualificação Hospitalar para Internamentos de Caráter de Urgência dos usuários do SUS – EQH - UE, foram instituídos em 2023, sendo a estimativa de repasse de recursos para a primeira etapa de R$ 407.179.727,85.

Importante destacar que o Programa Opera Paraná, assim como o EQH- UE e o HOSP Mais foram elaborados pela SESA como parte das estratégias de mitigação dos efeitos da pandemia pela COVID-19, que assolou o Brasil, sobremaneira o Estado.

A pandemia pela COVID–19 impossibilitou a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de forma contínua, aumentando a demanda reprimida para esses atendimentos em diversas especialidades. Além disso, houve acréscimo do custo para aquisição e manutenção dos insumos, materiais médico hospitalares e contratação de profissionais, aliada à defasagem dos valores previstos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMs do SUS – SIGTAP. Durante a pandemia foram estruturados leitos de enfermaria e de UTI exclusivos para aten-

dimento de usuários do SUS acometidos pela COVID-19, sendo realizados repasses, provenientes do Tesouro do Estado e da União, para custeio dos internamentos no valor de R$ 650.137.859,36.

Outro ponto de melhoria identificado no decorrer da execução dos programas estratégicos, em especial, no Opera Paraná, foi o acesso às consultas e exames especializados, que foi um dos dificultadores para ampliação de forma mais expressiva do número de cirurgias eletivas.

Diante disso, foi pactuada no âmbito da CIB a 3ª Fase do Programa Opera Paraná, que tem como objetivo a ampliação ao acesso regulado, principalmente, às consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica aos munícipes de todo o Estado, por meio da realização de atendimentos de forma itinerante, operados por Unidades Móveis Terrestres. Esta fase tem como estimativa de recursos a serem utilizados o valor de R$ 40 milhões.

Outra estratégia instituída pela SESA em 2012, foi o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (CIS), por entender que se trata de uma importante ferramenta a gestão do Sistema Público de Saúde e compatível com os princípios do SUS.

Desde então, o Estado tem ampliado seus investimentos nos Consórcios, sendo que os valores destinados para ações e serviços na Atenção Ambulatorial Especializada nos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs), gerenciados pelos CIS, passou de R$ 20 milhões para R$ 60 milhões ano neste último quadriênio.

O Programa prevê recursos financeiros também para apoiar a aquisição de equipamentos médicos, mobiliário, equipamentos de informática e veículos para auxiliar na qualificação dos atendimentos realizados pelos AMEs em cada território de abrangência.

Além disso, a SESA tem olhado com atenção para a modernização das estruturas prediais, das sedes dos AMEs, sendo que desde 2012 já apoiou, quase que na totalidade, o investimento em 18 das 25 unidades existentes, atualmente. Esses investimentos resultaram em mudanças nos processos de trabalho e na infraestrutura dos ambulatórios, melhorando a qualidade e a oferta de atendimento aos usuários do SUS.

A manutenção destes recursos aos CIS que gerenciam os AMEs, gerenciados pelos CIS, é fundamental, pois se trata de uma estratégia para a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Importante destacar que os CIS contam com financiamentos dos seus municípios consorciados, recursos estaduais e federal e que essa realidade não é a mesma nos demais estados da federação. Há, ainda sob gestão estadual, 17 dos 25 CIS que gerenciam AMEs no Estado.

Atualmente, não é possível visualizar a totalidade dos atendimentos realizados por meio dos CIS, visto que as informações não estão interoperabilizadas no Sistema GSUS/Módulo CARE-PR.

No quadro abaixo podemos observar os valores referentes à produção, conforme apresentação no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Esses valores representam um percentual dos valores destinados pelos CIS em ações e serviços de saúde, não sendo possível verificar, por meio de um sistema oficial, a totalidade dos recursos aplicados na AAE no Estado.

Observamos um aumento destes recursos nos últimos anos, com a variação esperada na produção devido à pandemia da COVID-19, principalmente em 2020, quando houve uma redução dos encaminhamentos dos pacientes para atendimentos eletivos ambulatoriais devido à restrição do trânsito de pessoas, assim como pode-se observar um aumento nos valores de 2022, superando os anos anteriores.

QUADRO 29 – PRODUÇÃO FINANCEIRA – AMBULATORIAL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE POR MACRORREGIÃO E REGIÃO – PARANÁ, 2018 A 2023

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	RS	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	16	R$ 4.674.798,62	R$ 4.137.079,80	R$ 2.633.264,13	R$ 3.104.454,72	R$ 4.165.118,50
	17	R$ 7.089.236,61	R$ 8.253.462,48	R$ 3.617.280,86	R$ 5.091.927,28	R$ 5.321.632,99
	18	R$ 3.865.808,29	R$ 4.301.492,88	R$ 4.386.688,53	R$ 5.358.352,90	R$ 4.867.233,92
	19	R$ 4.505.508,66	R$ 5.487.839,28	R$ 3.476.175,13	R$ 4.611.005,77	R$ 5.599.487,81
	22	R$ 712.259,91	R$ 609.516,19	R$ 419.714,92	R$ 553.693,81	R$ 510.783,22
	Total	R$ 20.847.612,09	R$ 22.789.390,63	R$ 14.533.123,57	R$ 18.719.434,48	R$ 20.464.256,44
Noroeste	11	R$ 5.816.685,78	R$ 5.212.206,39	R$ 4.627.624,72	R$ 5.484.288,47	R$ 6.843.339,45
	12	R$ 3.591.577,11	R$ 3.514.724,10	R$ 1.568.735,20	R$ 3.782.960,16	R$ 4.002.399,86
	13	R$ 3.560.445,61	R$ 3.591.929,18	R$ 2.830.337,51	R$ 3.728.720,30	R$ 4.614.945,52
	14	R$ 5.411.131,50	R$ 5.027.404,16	R$ 4.294.945,58	R$ 5.601.442,66	R$ 4.735.888,48
	15	R$ 2.109.036,02	R$ 2.686.733,13	R$ 1.149.052,18	R$ 2.406.758,29	R$ 3.326.584,63
	Total	R$ 20.488.876,02	R$ 20.032.996,96	R$ 14.470.695,19	R$ 21.004.169,88	R$ 23.523.157,94
Leste	2	R$ 2.638.857,54	R$ 4.233.179,69	R$ 1.394.400,28	R$ 2.544.846,80	R$ 1.396.324,44
	3/21	R$ 53.457,80	R$ 599.891,23	R$ 355.627,73	R$ 93.621,05	R$ 261.321,76
	4	R$ 854.213,59	R$ 876.972,83	R$ 667.838,21	R$ 1.505.314,47	R$ 910.253,91
	5	R$ 3.085.441,26	R$ 3.448.758,25	R$ 2.298.205,68	R$ 2.774.902,73	R$ 3.641.892,18
	6	R$ 1.635.117,01	R$ 1.929.786,93	R$ 1.682.988,58	R$ 1.770.955,47	R$ 1.830.512,57
	Total	R$ 8.267.087,20	R$ 11.088.588,93	R$ 6.399.060,48	R$ 8.689.640,52	R$ 8.040.304,86
Oeste	7	R$ 3.475.749,15	R$ 3.220.902,69	R$ 2.639.388,74	R$ 5.567.134,63	R$ 14.224.728,42
	8	R$ 3.527.271,59	R$ 4.390.451,16	R$ 3.104.850,40	R$ 3.559.649,83	R$ 4.180.266,12
	9	R$ 1.451.489,08	R$ 1.469.186,13	R$ 1.283.034,67	R$ 1.430.193,76	R$ 1.446.636,69
	10	R$ 3.595.651,03	R$ 2.787.448,14	R$ 2.159.926,64	R$ 2.565.217,16	R$ 2.480.901,71
	20	R$ 4.031.086,56	R$ 4.445.750,67	R$ 3.691.914,18	R$ 3.670.137,69	R$ 2.989.145,73
	Total	R$ 16.081.247,41	R$ 16.313.738,79	R$ 12.879.114,63	R$ 16.792.333,07	R$ 25.321.678,67
Total		**R$ 65.684.822,72**	**R$ 70.224.715,31**	**R$ 48.281.993,87**	**R$ 65.205.577,95**	**R$ 77.349.397,91**

Fonte: DATASUS/SIA/TABWIN, 2023.

Esses valores representam um percentual, em torno de 10%, dos valores aplicados pelos CIS em ações e serviços de saúde, fonte federal, não sendo possível verificar por meio de um sistema oficial a totalidade dos recursos aplicados na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), por meio dos CIS no Estado.

Outro aspecto fundamental para compreender todos os recursos aplicados pelos CIS é avaliar os diferentes valores de complementação praticados atualmente pelos CIS, com recursos dos municípios, em todo o Estado, em relação aos valores referenciais do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

A complementação com recursos municipais e estadual é necessária considerando a defasagem dos recursos aplicados pelo ente federal, porém devem ocorrer de forma ordenada e pactuada para possibilitar o fortalecimento das regiões de saúde. A ordenação deve evitar a concorrência entre municípios e regiões de saúde por serviços ora escassos ora insuficientes.

Toda a execução dos CIS deve ser acompanhada pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), assim como devem ser monitorados pelas CIBs e pelas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), no âmbito de seu território.

6.10.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Dois importantes eixos sustentam as ações da Assistência Farmacêutica (AF) voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva: o eixo gerencial e o clínico assistencial (cuidado farmacêutico). Enquanto o primeiro compreende uma série de fases interdependentes que objetivam a disponibilidade do medicamento no local e no momento oportuno (seleção, programação, aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação), o segundo envolve a promoção do cuidado ao usuário, com foco na orientação e avaliação dos medicamentos utilizados, visando a obtenção dos melhores resultados terapêuticos. Os marcos referenciais fundamentais para a organização da Assistência Farmacêutica no SUS são a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças e agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A incorporação de novos medicamentos é uma atribuição do Ministério da Saúde (MS), assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2022). Estados e municípios podem adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

Os medicamentos utilizados em nível ambulatorial estão organizados em três componentes: básico, estratégico e especializado. O financiamento, a forma de organização, o elenco e as responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) são distintos para cada um deles, conforme Portarias de Consolidação nº 2 e 6, de 28 de setembro de 2017, e suas atualizações. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com financiamento tripartite, engloba medicamentos e insumos para tratamento das condições clínicas e agravos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ficando a cargo dos municípios a sua gestão.

No Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) estão contemplados os medicamentos, soros, vacinas e insumos para doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, tais como: tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, influenza e COVID-19. O MS financia, adquire e distribui os medicamentos aos estados, que por sua vez encaminham aos municípios para dispensação à população (BRASIL, 2021).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é o que abrange medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças raras, geralmente de alto custo, cujo uso está previsto em Linhas de Cuidado constantes de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. O CEAF está dividido em três grupos: 1A – medicamentos financiados e adquiridos pelo MS; 1B – financiados pelo MS e adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES); e 2 – financiados e adquiridos pelas SES.

6.10.9.1 Assistência Farmacêutica na SESA/PR

De forma geral, as secretarias estaduais podem ser consideradas um elo entre as esferas de gestão federal e municipal. A estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica na SESA/PR está resumida no quadro 30.

QUADRO 30 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SESA/PR – PARANÁ, 2023

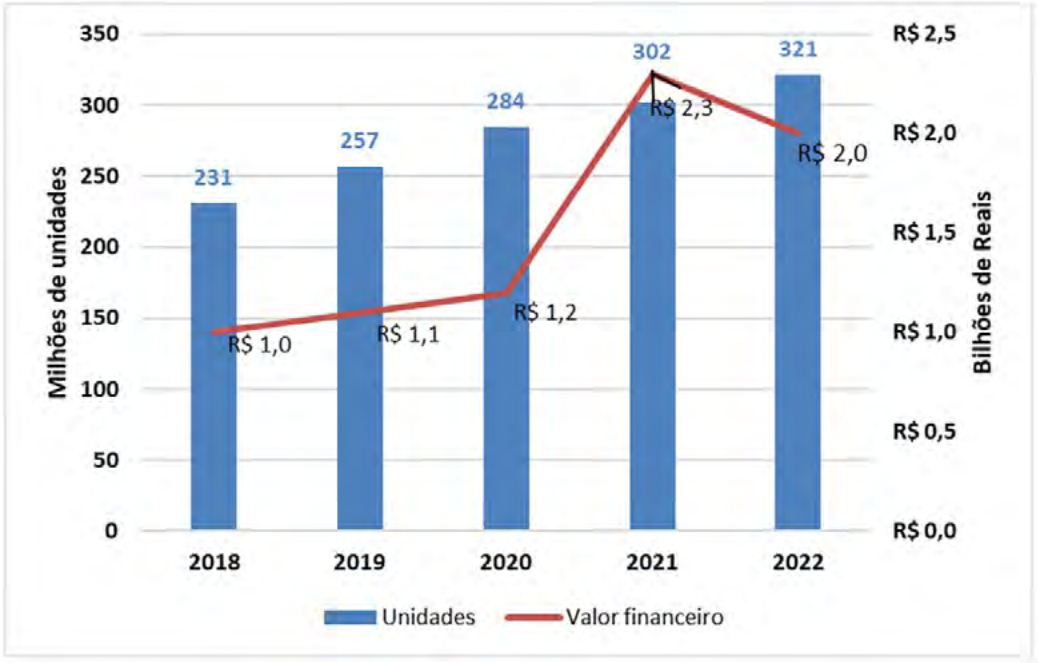
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	NÍVEL DE ATUAÇÃO	COMPETÊNCIA PRINCIPAL
Coordenação de Assistência Farmacêutica (COAF)	Estadual	Gestão estadual da Assistência Farmacêutica
Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR)	Estadual	Planejamento e execução das atividades relacionadas ao ciclo logístico de medicamentos, soros, vacinas e insumos
Seção de Assistência Farmacêutica (SCAFAR)	Regional	Gestão regional da Assistência Farmacêutica
Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	Regional	Recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos, soros, vacinas e insumos aos municípios da região
Farmácia	Regional	Dispensação dos medicamentos do CEAF e do elenco complementar da SESA-PR aos usuários cadastrados

Fonte: COAF, 2023.

Dentre as estruturas citadas no quadro 30, ressaltam-se as atribuições do CEMEPAR, unidade em nível central que realiza a programação, a aquisição, o recebimento, o armazenamento e a distribuição de medicamentos às 22 Regionais de Saúde e Unidades Próprias. Destaca-se pela organização técnica e administrativa que viabiliza as aquisições sob sua responsabilidade: medicamentos dos grupos 1B e 2 do CEAF; do elenco complementar (medicamentos e insumos destinados a programas tais como Diabetes Mellitus Tipo 1, Paraná sem Dor, Fibrose Cística e Infecções Oportunistas – HIV/AIDS); do elenco dos hospitais, Unidades Próprias, Centros de Sócio Educação (CENSE); em atendimento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); e para cumprimento de determinações judiciais.

Em 2022, foram distribuídas cerca de 321 milhões de unidades de medicamentos, soros e vacinas para atendimento da população paranaense, com um valor financeiro aproximado de R$ 2 bilhões. A figura 87 apresenta a evolução da distribuição, tanto em número de unidades quanto em valor financeiro, no período de 2018 a 2022.

FIGURA 87 – EVOLUÇÃO FÍSICO/FINANCEIRA DA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, SOROS E VACINAS PELO CEMEPAR – PARANÁ, 2018 A 2022



Fonte: SYSMED, 2023.
Nota: O aumento no valor financeiro de distribuição entre 2020 e 2021 corresponde às vacinas contra o Sars-Cov2, produto integrante do CESAF.

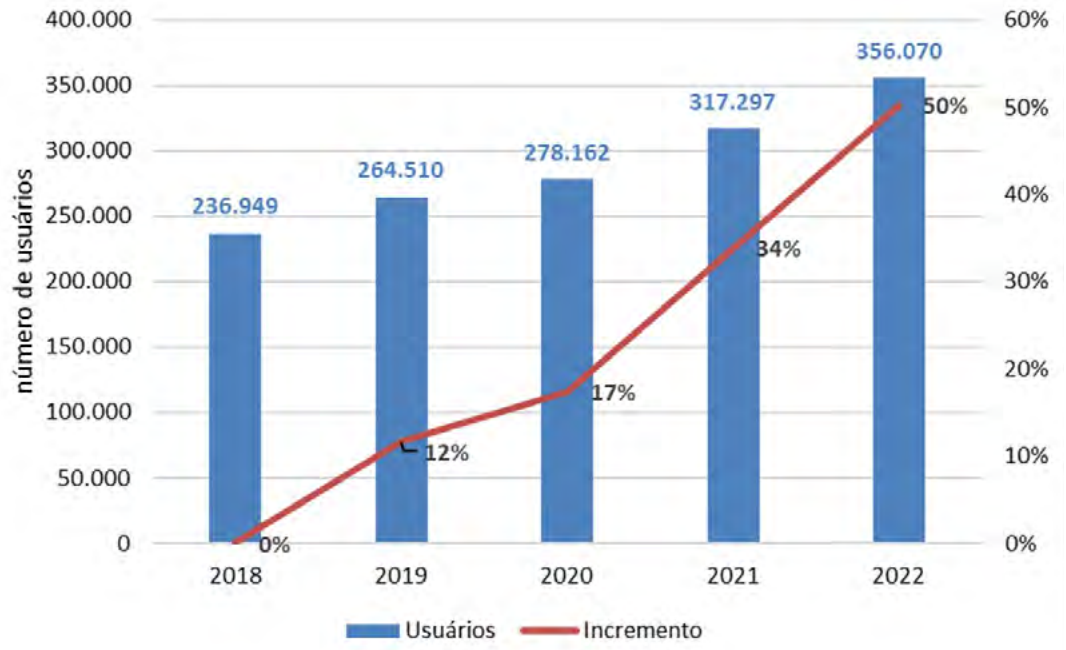
Além do CEMEPAR, as farmácias e CAF das 22 RS integram a cadeia logística de distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos, sendo necessários investimentos para a manutenção de suas atividades, em cumprimento às legislações sanitárias vigentes e aos padrões de qualidade necessários.

Cabe destacar, no Paraná, a organização adotada para a execução dos Componentes Básicos e Especializados da Assistência Farmacêutica.

A aquisição dos medicamentos do CBAF é realizada de forma centralizada pelo Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS), gerando ganho de escala e economia. Os recursos financeiros das contrapartidas federal e estadual dos 398 municípios associados são repassados pela SESA/PR ao CIPS, mediante convênios sob gestão da COAF. O elenco de medicamentos adquiridos tem por base a RENAME e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite. A SESA/PR dá suporte a esta estratégia por meio das CAF das 22 Regionais de Saúde. Em 2022, essas unidades receberam e distribuíram medicamentos adquiridos pelo CIPS para 336 municípios. Para os outros 62, a entrega se deu diretamente no município. Ainda em 2022, aportaram recurso de sua contrapartida junto ao CIPS 379 municípios. De 2018 a 2022, os municípios adquiriram por meio do CIPS 6,6 bilhões de unidades de medicamentos básicos e insumos, a um valor financeiro de aproximadamente R$ 848 milhões.

No CEAF, a organização do acesso aos medicamentos compete à gestão estadual. Em 2022, para o atendimento de aproximadamente 356 mil usuários cadastrados no Estado, o valor financeiro alocado pelo MS e pela SESA/PR foi da ordem de R$ 548 milhões. O número de usuários atendidos no âmbito desse componente tem sido crescente, conforme demonstrado na figura 88.

FIGURA 88 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE USUÁRIOS ATENDIDOS COM MEDICAMENTOS DO CEAF NO ÂMBITO DA SESA-PR – PARANÁ, 2018 A 2022



Fonte: SISMEDEX, 2023.

Em 2022, a descentralização da etapa da dispensação desses medicamentos alcançou 375 farmácias municipais, atendendo cerca de 60% do total de usuários cadastrados no Estado. O restante (40%), oriundos de 24 municípios, foram atendidos pelas farmácias das 22 RS. Essa estratégia propicia ao usuário o acesso mais próximo de sua residência. Ainda no âmbito do CEAF, cabe destacar três ações voltadas diretamente ao usuário, que proporcionam comodidade, agilidade e cuidado: Remédio em Casa, Farmácia do Paraná Digital e Cuidado Farmacêutico.

O serviço Remédio em Casa, que promove a entrega domiciliar de medicamentos do CEAF, atende usuários que residem nos municípios-sede das seis RS que concentram o maior número de pacientes cadastrados: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu e Ponta Grossa. Ao final de 2022, estavam cadastrados neste serviço 14.934 usuários.

O serviço Farmácia do Paraná Digital, por sua vez, traz comodidade ao proporcionar acesso à informação através de consulta on-line dos medicamentos do CEAF fornecidos no Estado. Permite ainda que a solicitação destes medicamentos seja feita de forma remota, sem necessidade de deslocamento até à farmácia, e com tramitação digital dos documentos. Da implantação do serviço em 2021, até dezembro de 2022, foram realizadas 7.591 solicitações on-line de medicamentos por usuários residentes nos municípios-sede de nove RS: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Campo Mourão, Umuarama e Apucarana. O serviço será estendido aos demais municípios-sede de RS.

O Cuidado Farmacêutico envolve um conjunto de serviços farmacêuticos clínicos voltados tanto à melhoria do processo de uso dos medicamentos, quanto à avaliação de resultados e intervenções que melhorem os desfechos em saúde. Três serviços no âmbito do CEAF foram modelados na SESA/PR: o serviço de primeiro atendimento, o serviço de farmacovigilância ativa e o serviço de avaliação de resultados clínicos. Os farmacêuticos das farmácias das RS vêm sendo capacitados para

a realização dos serviços. Entre 2018 e 2022 foram realizados mais de 31 mil atendimentos no âmbito do Cuidado Farmacêutico no CEAF. O desafio para os próximos anos será fomentar a implantação de serviços farmacêuticos clínicos nas farmácias municipais.

Por fim, partindo-se da premissa de que a prestação de cooperação técnica e financeira aos municípios é uma das atribuições do gestor estadual, em 2012, a SESA/PR implantou o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica (IOAF). Trata-se de transferência de recursos financeiros (custeio e capital) aos municípios, com o objetivo de auxiliar na estruturação da área, sendo vedada a utilização para a compra de medicamentos. Os valores repassados aos municípios beneficiados, no período de 2018 a 2022, foi da ordem de R$ 27,5 milhões.

Diante do exposto, a SESA-PR apresenta suas estratégias e ações visando contribuir para o avanço e qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS do Paraná.

6.10.10 FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O financiamento do Sistema Único de Saúde é oriundo de recursos financeiros do Orçamento da Seguridade Social, além de recursos da União, Estados, municípios e outras fontes. Destaca-se que cerca de 85% da despesa do governo brasileiro na área da saúde é realizada por estados e municípios. Portanto, a discussão da saúde pública é, antes de tudo, uma discussão da federação brasileira.

Para garantir a sustentabilidade do SUS e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população é necessário superar os desafios do financiamento do sistema de saúde pública.

O aumento do investimento em saúde é fundamental para melhorar o financiamento do SUS, é preciso que o governo destine uma parcela maior do Orçamento da União para a Saúde.

A garantia de um financiamento público em saúde adequado, equitativo e sustentável é um desafio estratégico que atravessa a história do SUS.

A União financia a saúde no âmbito do Ministério da Saúde, com recursos que são repassados via Fundo Nacional de Saúde. Embora as despesas empenhadas do Fundo Nacional de Saúde com Ações e Serviços Públicos de Saúde tenham evoluído, ainda é insuficiente, conforme tabela demonstrativa a seguir:

QUADRO 31 – DESPESA EMPENHADA/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – PARANÁ, 2019 – 2022

DESPESA TOTAL EMPENHADA - MS/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE		
ANO	**DESP. EMPENHADA**	**DIFERENÇA POR ANO**
2019	R$ 122.269.917.717,98	R$ 0,00
2020	R$ 160.985.106.488,66	R$ 38.715.188.770,68
2021	R$ 179.077.635.137,20	R$ 18.092.528.648,54
2022	R$ 151.858.378.231,78	R$ -27.492.256.905,42

Fonte: SIOPS/6º BIMESTRE/DESPESAS EMPENHADAS, 2019 – 2022.

Comparando o exercício de 2019 a 2022 (quadro 31), referente ao financiamento do ente federal, nota-se que as despesas estão dentro do padrão normal de empenho. Entretanto, no exercício de 2022, houve uma queda no valor das despesas empenhadas.

Considerando que o trabalho apresentado tem como foco ampliar o financiamento público em todos os níveis de governo nas ações e serviços públicos de saúde, por habitante ano, verifica-se que houve uma repercussão diretamente no quadro 32.

QUADRO 32 – GASTO POR HABITANTE/ANO – PARANÁ, 2019 – 2022

GASTO POR HABITANTE/ANO			
ANO	**DESP. EMPENHADA**	**POP NACIONAL**	**GASTO/ HAB/ANO**
2019	R$ 122.269.917.717,98	205.517.176	R$ 594,94
2020	R$ 160.985.106.488,66	207.128.796	R$ 777,22
2021	R$ 179.077.635.137,20	207.128.796	R$ 864,57
2022	R$ 151.858.378.231,78	210.220.174	R$ 722,38

Fonte: SIOPS/6º BIMESTRE, 2019 – 2022.

Nota-se que o valor do gasto por habitante em saúde com recursos federais teve uma oscilação negativa em 2022, em função da diminuição do valor das despesas empenhadas em saúde neste exercício, e também levando em consideração o acréscimo populacional de 3.091.378 novos habitantes.

O financiamento das ações e os serviços de saúde no Paraná, condiz claramente com seu papel, cujas ações de Saúde têm como slogan: "Saúde inovadora para um Paraná inovador".

O Paraná financia a Saúde no âmbito da SESA por meio da Unidade Gestora Fundo Estadual de Saúde (FUNSAUDE), responsável pela execução de 100% das despesas do Sistema Único de Saúde na fonte do Tesouro do Estado e de todas outras fontes de recursos.

Entre os anos de 2015 a 2018, a arrecadação para área da saúde do Estado foi o montante de R$ 13.745.828.326,25, sendo que para o exercício de 2019 a 2022 o valor da receita arrecadada ficou em torno de R$ 17.789.913.289,02, consequentemente, houve um acréscimo de receita no valor de R$ 4.044.084.962,77.

Nota-se que com aumento do valor da despesa empenhada, o financiamento em saúde no Paraná aumentou de forma gradativa e os números comprovam que houve uma valorização na aplicação do valor gasto em saúde por habitante (quadro 33).

QUADRO 33 – DESPENHA EMPENHADA/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – PARANÁ, 2019 – 2022

DESPESA TOTAL EMPENHADA - SESA/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			
ANO	DESPESAS EMPENHADAS	POP/PR	GASTO/ HAB/ANO
2019	R$ 3.946.218.384,93	11.348.937	R$ 347,72
2020	R$ 4.190.157.995,24	11.433.957	R$ 366,47
2021	R$ 4.835.942.353,32	11.433.957	R$ 422,95
2022	R$ 5.476.084.835,00	11.583.093	R$ 472,18

Fonte: RREO/SIOPS, 2019 – 2022.

Em relação aos 399 municípios do Paraná, de 2019 a 2022, o valor total das despesas empenhadas é de R$ 27.653.144.015,00, ou seja, o valor gasto por habitante/ano é, em média R$ 603,25. Devido a especificidade e realidade dos municípios, o ideal é que a mesma metodologia fosse aplicada em cada município. Sendo assim, o valor de gasto por habitante entre os três entes federativos é de R$ 1.745,92.

Há muitos estudos em relação ao gasto em saúde, principalmente, os efeitos demográficos, tendo em vista fatores como envelhecimento populacional, a importância da preparação do SUS para novas emergências sanitárias, o impacto dos gastos das pessoas e famílias com sua saúde, e a necessidade de reduzir tempos de espera e preencher os vazios sanitários e assistenciais existentes, inclusive na Atenção Primária. Além disso, boa parte dos municípios, que em tese devem investir aos menos 15% das receitas próprias em saúde, tem arcado com valores maiores, alguns chegando a investir mais de 30% da sua arrecadação na área.

É muito difícil medir o número ideal para o gasto em saúde por habitante/ano e o que de fato ele determina, quais as políticas públicas na área da saúde que serão financiadas para melhor atender os usuários do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso integral, universal e gratuito. O perfil de financiamento em saúde no Paraná mostra-se progressivo e o objetivo é ampliar o financiamento público em todos os níveis de governo em ações e serviços públicos de saúde por habitante/ano, contudo, a Receita Líquida de Impostos (RLI) vinculada direta com a área da saúde tem oscilações, mas mantém um comportamento positivo dentro da linha conservadora na projeção de receitas (quadro 34).

QUADRO 34 – RECEITA REALIZADA E APLICAÇÃO ASPS – PARANÁ, 2019 – 2022

ANO	RECEITA REALIZADA	APLICAÇÃO ASPS	%
2019	R$ 3.879.746.522,42	R$ 3.946.218.384,93	12,20
2020	R$ 3.878.955.220,73	R$ 4.212.518.477,24	12,96
2021	R$ 4.729.755.801,92	R$ 4.841.444.050,32	12,26
2022	R$ 5.301.455.743,95	R$ 5.523.611.317,00	12,39

Fonte: RREO/SIOPS, 2019 – 2022.

O Plano de Governo Estadual estabelece várias ações na área da saúde para ampliar o escopo do financiamento do Sistema Único de Saúde no Paraná, tais como Saúde Mais Perto das Pessoas, promovendo o bem cuidado, com equidade no acesso, regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, visando o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase no papel da Atenção Primária como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado.

6.10.11 GOVERNANÇA E GESTÃO EM AQUISIÇÕES

A governança e gestão das contratações integra ação institucional como resposta ao crescente movimento de modernização da gestão pública, que busca a elevação dos padrões da qualidade relacionados à transparência, responsabilidade, prestação de contas e utilização racional dos recursos públicos.

Nos últimos anos, são notórios os avanços alcançados com o aprimoramento da governança e gestão de contratações na SESA. A instituição de mecanismos de aprimoramento e padronização de documentos e processos de trabalho aos instrumentos de contratação, atua na mitigação de riscos que ameacem o alcance das metas e objetivos definidos pela administração.

Ao quadriênio 2024 – 2027, as ações de governança das contratações atuarão com três principais enfoques: fortalecimento na padronização de documentos e processos de trabalho, continuidade no processo de implementação da Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações) e melhorias nos sistemas de gestão das contratações públicas.

6.11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

6.11.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Segundo disposto no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, a gestão do trabalho em saúde deve ser realizada com foco na formação, qualificação e regulação do trabalho a partir das necessidades deste processo produtivo, com estudos das características da força de trabalho de forma ampla e a efetividade da atuação destes trabalhadores em um ambiente em constante transformação. Assim, os trabalhadores em saúde se tornam agentes transformadores de seus ambientes, atuando de forma integrada, dinâmica e sistêmica, compreendendo seus papéis e responsabilidades.

A força de trabalho SESA é representada pelos servidores efetivos do Quadro Próprio dos Servidores da SESA (QPSS), instituído pela Lei Estadual nº 18.136 de 3 de julho de 2014 e recentemente atualizado pela Lei Estadual nº 21.585 de 14 de julho de 2023. O QPSS é composto pela carreira de Promotor de Saúde constituída por três cargos, sendo eles:

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 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.

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 nº 8.599, de 26 de outubro de 2015 (PARANÁ, 2015). Este número ampliado se manteve com a atualização do QPSS, conforme apresentada na tabela 18:

TABELA 18 – QUANTITATIVO DE VAGAS CONFORME PREVISTO EM LEI (ANEXO 3 DA LEI Nº 21.585/2023)

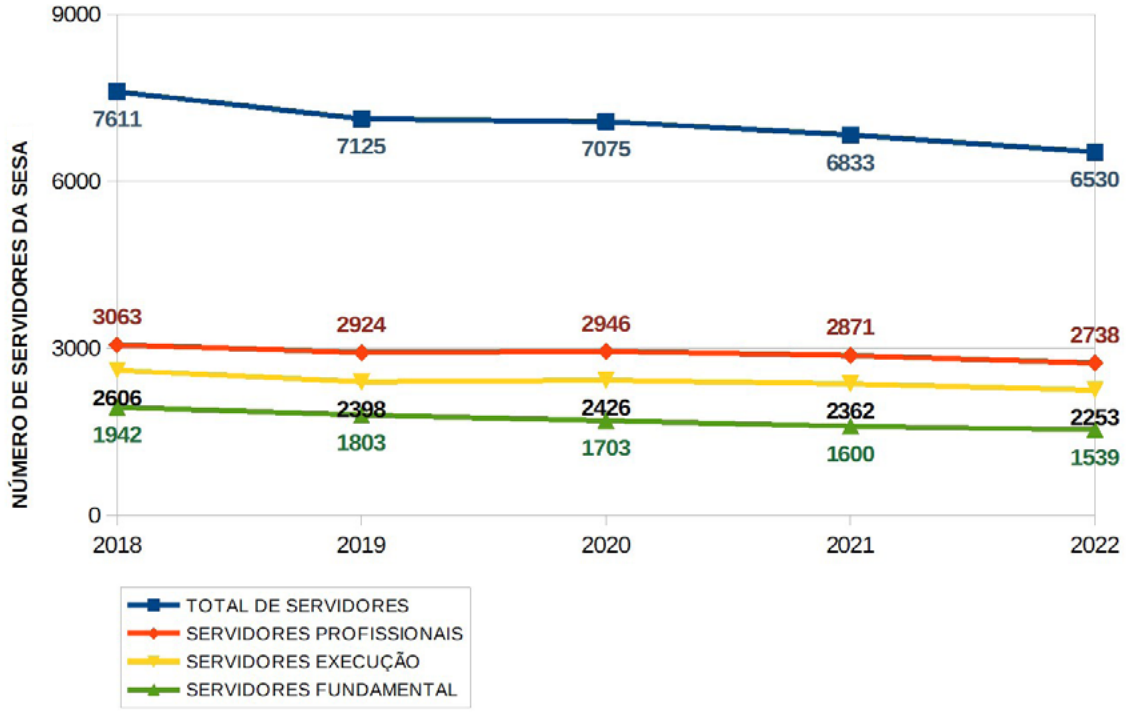
LEI Nº 18.136/2014 QPSS, ALTERADA PELA LEI Nº 21.585/2023	NÚMERO DE VAGAS
Promotor de Saúde Profissional	4.243
Promotor de Saúde Execução	4.060
Promotor de Saúde Fundamental	3.016
Total da quantidade de vagas	**11.319**

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 no ano de 2022 foi de 6.530, o que representa aproximadamente 58% do total de vagas disponíveis para o Quadro Próprio dos Servidores da Saúde.

Quanto à distribuição dessa força de trabalho, quando analisados os números do ano de 2022, dos 6.530 servidores efetivos do Quadro Próprio, 4.181 servidores estão lotados em unidades sob gestão da SESA, 1.735 servidores sob gestão da FUNEAS, 487 servidores sob gestão da Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (SETI) e 127 estão municipalizados.

Na série histórica de quantitativo de servidores efetivos por cargo e vaga ocupada do Quadro Próprio de Servidores da SESA (figura 89), observa-se queda significativa no número de servidores em todos os níveis (fundamental, execução e profissional), com perda total de 2.319 servidores no período de 2018 à 2022.

FIGURA 89 – SÉRIE HISTÓRICA DO QUANTITATIVO DE SERVIDORES SESA/PR POR CARGO – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: Sistema RH - Paraná/Meta 4.

Essa queda do número de servidores neste período se deve a inúmeros fatores, como: servidores que adquiriram direito à aposentadoria, longos períodos sem novos concursos, instabilidade do quadro político atual com a reforma da previdência, o que justifica a necessidade de contratação de novos servidores.

Além destes fatores, há ainda, a extinção de cargos ao vagar com a Lei nº 20.199 de 05 de maio de 2020 que extingue todos os cargos de nível fundamental e quase todos cargos de nível médio, exceto Técnico de Enfermagem, Técnico de Laboratório e Técnico de Segurança do Trabalho.

Nesta perspectiva, ao realizar um comparativo entre o número de entradas e o número de saídas, conforme a tabela 19, verifica-se uma diminuição significativa do número de entrada de novos servidores, em decorrência da vigência (dezembro/2020) do último edital nº 73/2016 de concurso público.

Nota-se a nomeação de 500 servidores no ano de 2020, sendo que neste mesmo ano teve-se a saída de 399 servidores. As 15 nomeações sub judice nos de 2021 e 2022 são irrisórias ao considerar o número de saídas. Assim, há necessidade de abertura de concurso público e novas formas de contratação para os cargos extintos. Na tabela que segue é possível visualizar o comparativo de entradas e saídas de servidores na SESA:

TABELA 19 – COMPARATIVO DE ENTRADAS E SAÍDAS DE SERVIDORES NA SESA/PR – PARANÁ, 2018 – 2022

ANO	TOTAL DE SERVIDORES EFETIVOS	ENTRADAS	SAÍDAS				
		NOMEAÇÕES*	APOSENTA-DORIAS	EXONERAÇÕES/ DEMISSÕES	FALECIMENTOS	*OUTROS	**TOTAL DE SAÍDAS ANO
2018	7.611	162	608	98	13	1	720
2019	7.125	49	443	81	13	N/I***	537
2020	7.075	500	301	75	13	10	399
2021	6.833	10	220	101	31	1	353
2022	6.530	5	148	144	18	0	310

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e Relatório Anual de Gestão – RAG - Observação: os números se referem à saída de servidores do vínculo efetivo. *O item "Outros" refere-se às nomeações tornadas sem efeito ou decisões judiciais. **O "Total de Saídas ANO" é a soma das saídas por: aposentadorias, exonerações e demissões, falecimentos e outros. ***Não informado nas fontes pesquisadas.

No período de 2018 a 2021, a saída pelo motivo de aposentadoria representa expressividade comparado aos outros tipos de desligamento, sendo que no ano de 2022 o número de saídas por aposentadoria (148) equipara-se ao número de saídas por motivo de demissões/exonerações (144).

Em 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 nº 141 (Brasil, 2012), observa-se no quadro 35 que houve expressivo decréscimo (-12,03%) no período de 2019 a 2022. Observa-se dois fatores para explicação deste fato, sendo: o aumento da arrecadação do Estado e a ausência de recomposição salarial no período.

É pertinente mencionar que este quadro poderá apresentar alteração a partir do ano de 2023, com reconhecido avanço obtido com a promulgação da Lei nº 21.585 de 14 de julho de 2023 que materializa a revisão do Plano de Desenvolvimento na Carreira e da tabela salarial dos profissionais do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde.

QUADRO 35 – PERCENTUAL DE DESPESAS COM FOLHA DE PAGAMENTOS E ENCARGOS EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE 12% DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA – RCL – PARANÁ, 2019 – 2022

ANO	2018	2019	2020	2021	2022
% Despesas com Pessoal x RCL	37,63%	33,54%	34,01%	27,60%	25,60%

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.

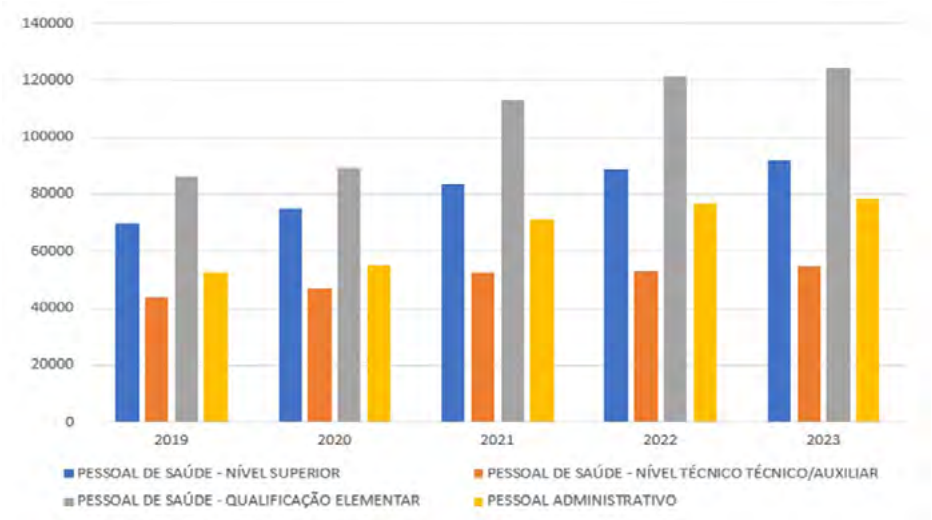
6.11.2 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

Os sistemas de saúde no mundo contemporâneo enfrentam muitos desafios em relação às questões relacionadas à gestão do trabalho e a formação dos profissionais de saúde, sob a lógica

da educação permanente. Nos estados do Brasil, em que se inclui o Paraná, tais desafios ancoram-se principalmente na distribuição desigual de profissionais de saúde, no uso de tecnologias avançadas de informação e na implementação de mecanismos para a avaliação e o monitoramento das iniciativas de gestão do trabalho e Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde, 2015; BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

Apesar do aumento do quantitativo da força de trabalho observado no Paraná entre os anos de 2019 e 2023 (figura 90), mantém-se a distribuição desigual dos profissionais de saúde nas 22 regiões de saúde. Muitos destes profissionais atuam nas áreas urbanas do setor privado ou em atendimento especializado, concentrados principalmente, na 2ª Regional de Saúde Metropolitana, em detrimento de algumas regiões as quais enfrentam escassez de pessoal qualificado/especializado. Isso acarreta vazios assistenciais e, por conseguinte, dificuldade de acesso a serviços, principalmente em áreas remotas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023).

FIGURA 90 – QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR NÍVEL DE FORMAÇÃO – PARANÁ, 2019 – 2023*



* Dados preliminares até junho/2023.
Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil/CNES, 2023.

As tecnologias avançadas na gestão do trabalho e na educação permanente em saúde são desafiadoras em algumas instâncias, uma vez que depreendem a integração de sistemas de informação e uso de ferramentas digitais. Ambos, quando implementados, trazem benefícios significativos, em que se inclui maior eficiência, melhores resultados para a população e aprimoramento contínuo das práticas de saúde, por meio de ações de EPS (OLIVEIRA et al, 2023).

Já a implementação de mecanismos de avaliação e o monitoramento das iniciativas de gestão do trabalho e EPS também requerem o uso de tecnologias, a fim de permitir mensurar o seu impacto. Tais mecanismos correspondem a uma base sólida para a tomada de decisões informadas, a otimização de processos e a garantia de que essas iniciativas estão contribuindo positivamente para a qualidade dos serviços de saúde e para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores da área (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

No escopo da gestão do trabalho e EPS têm-se como pontos fortes a infraestrutura e recursos da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) e Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH), unidades da SESA/PR, que 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, seja no âmbito estadual ou municipal, com foco educacional nos processos de trabalho para atender as necessidades de saúde da população de acordo com a realidade regional no princípio da integralidade da Atenção, assistência e gerência.

Entre os anos de 2019 e 2023 (dados parciais até 14/08/2023), foram certificados em ações de EPS ofertados pela ESPP-CFRH um total de 64.406 profissionais, conforme apresentado no quadro 20.

QUADRO 20 – CERTIFICADOS EMITIDOS EM AÇÕES DE EPS OFERTADAS PELA ESPP-CFRH – PARANÁ, 2019 – 2023*

EIXO DE FORMAÇÃO	CURSO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Inicial	Agente Comunitário de Saúde - ACS	25	128	-	-	-	150
	Agente de Combate a Endemias - ACE	228	83	-	29	31	371
	Cuidador de Idoso	240	43	-	84	81	448
Técnica	Técnico em Enfermagem	-	-	-	-	559	559
	Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	-	33	33
Aperfeiçoamento	Auditoria do SUS	-	-	-	81	81	162
	Competências Essenciais em Saúde Pública	-	-	273	-	-	273
	Saúde Mental	-	-	-	572	-	572
Especialização	Saúde Pública	-	37	-	-	-	37
	Gestão do SUS	-	20	-	-	-	20
	Auditoria do SUS	-	-	34	-	-	34
	Enfermagem Obstétrica	-	-	-	-	34	34
	Modelagem de Processos aplicada à Saúde Pública	-	-	-	-	38	38
	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	-	-	6	5	7	18
	Residência em Área Profissional da Saúde – Enfermagem Obstétrica	-	-	3	7	5	15
EAD	Cursos autoinstrucionais em áreas prioritárias da saúde	10.557	8.125	11.685	15.276	9.429	55.072
Projetos de EPS apoiados	Ações de EPS realizados pelas Áreas técnicas da SESA (Nível central, Regionais de Saúde e demais Unidades Próprias)	3.265	121	771	1.721	689	6.567
TOTAL/ANO		**14.315**	**8.557**	**12.772**	**17.775**	**10.987**	**64.406**

Legenda: *dados parciais até 14/08/2023.
Fonte: ESPP-CFRH, 2023.

Destaca-se que o planejamento das ações de EPS pela ESPP/CFRH, considera as necessidades regionais, desenvolvendo potencialidades já existentes em cada realidade por meio de uma aprendizagem significativa que instrumentalize o profissional para o enfrentamento criativo dos problemas de sua prática cotidiana. Além disso, na oferta de determinados cursos existem parcerias estabelecidas entre universidades estaduais e serviços de saúde. Isso permite a colaboração na realização de programas de educação permanente e na pesquisa de boas práticas, para ampliação dos programas de residência médica e multiprofissional, por exemplo. Além disto, a descentralização dos processos de ensino faz parte da identidade institucional e tem sido uma estratégia de sucesso para atender a diversidade dos 399 municípios do Estado.

7 CONTROLE SOCIAL

7.1 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (CES/PR)

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), foi regulamentado por meio da Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994, composto por representação paritária de 50% de representantes de usuários de serviços de saúde e 25% de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde e 25% de representantes de profissionais de saúde pertencentes ao SUS/PR, totalizando 36 membros titulares e 36 membros suplentes.

Entre 15 a 17 de maio de 2023 o CES/PR realizou a 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná que teve como finalidades:

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 2024 a 2028;
IV – Eleger delegados e delegadas para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 02 a 05 de julho de 2023, em Brasília/DF;
V – Aprovar as propostas de âmbito da Política Nacional de Saúde, a serem encaminhadas para a 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O CES/PR possui uma Secretaria Executiva e as seguintes Comissões Temáticas de Saúde:

- Assistência e Acesso ao SUS e Saúde Mental;
- Orçamento;
- Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social;
- Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Intersetorial de Recursos Humanos;
- Vigilância em Saúde & IST/AIDS;
- Saúde da Mulher.

7.2 OUVIDORIA

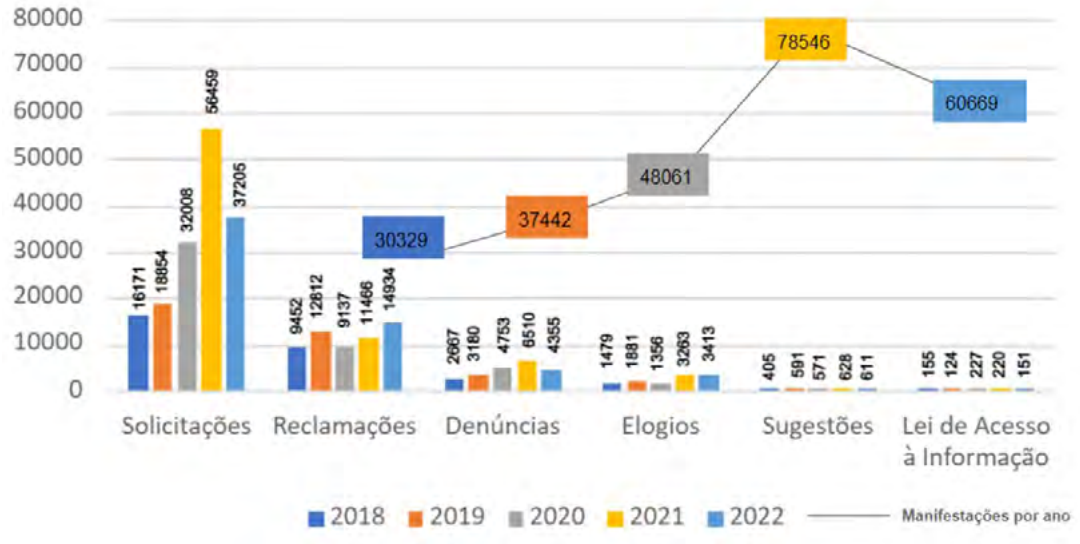
A Ouvidoria-Geral da Saúde (OUV) é um instrumento de gestão e um canal de comunicação entre o cidadão e a administração pública de forma a promover o exercício da cidadania visando a transparência, a defesa dos direitos a saúde e a melhoria na qualidade dos serviços prestados pelo SUS. A OUV coordena as ações e o desenvolvimento das Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná que atuam de maneira descentralizada. Dentre elas estão as Ouvidorias Regionais de Saúde, Ouvidorias de hospitais e Unidades Próprias, Ouvidorias dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), e as Ouvidorias Municipais de Saúde.

Pelo canal da ouvidoria é possível receber manifestações como denúncias, reclamações, solicitações em geral, solicitações de informações via Lei de Acesso à Informação, sugestões e elogios. O atendimento é realizado de forma presencial, pelo 0800 644 44 14, carta, e-mail, whatsapp e/ou internet via portal *https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Fale-com-Ouvidoria.* Todas as manifestações recebidas são registradas no Sistema Integrados de Gestão de Ouvidorias (SIGO), sistema gratuito desenvolvido pela Controladoria-Geral do Estado junto à Celepar, exceto nas ouvidorias que optaram por não utilizar o sistema.

De janeiro a julho de 2023, a Ouvidoria-Geral da Saúde acolheu, via SIGO, 35.564 manifestações, traduzidas em 18.385 solicitações, 10.209 reclamações, 3.485 denúncias, 2.809 elogios, 365 sugestões e 102 solicitações pela Lei de Acesso à Informação.

Desde o mês de fevereiro de 2022, os encontros presenciais com os Ouvidores da Rede foram retomados, também as visitas nas Regionais de Saúde para reuniões técnicas onde são discutidos problemas, levantadas soluções e compartilhadas ações. Além disso, durante as visitas são realizados treinamentos, capacitações e reciclagens do sistema SIGO, visando cada vez mais o fortalecimento do Controle Social do SUS.

FIGURA 91 – MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PELAS OUVIDORIAS DO SUS – PARANÁ, 2018 – 2022



Fonte: Sistema SIGO.

As informações apresentadas demonstram que o cidadão paranaense tem participado na gestão do Sistema Único de Saúde de forma progressiva e constante. Em 2022, houve acréscimo de 100% no registro de manifestações em relação ao ano de 2018, com aumento mais expressivo nas solicitações de medicamentos não padronizados pelo SUS.

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS, INDICADORES E AÇÕES (DOMIA)

DIRETRIZES expressam ideias de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da política de saúde.

OBJETIVOS expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realização que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração "do que se quer" ao final do período considerado. Metas expressam a medida de alcance do objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

INDICADORES conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção (Fonte: Manual de Planejamento SUS/MS).

AÇÕES são as manifestações estratégicas objetivando atingir as metas físicas e financeiras estabelecidas que possibilitam monitorar as realizações da gestão no processo de trabalho para obtenção dos resultados esperados.

DIRETRIZ 01 – QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Objetivo nº 1: Qualificar o processo de gestão do financiamento em saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo IV:** Amanhã será outro dia para todos, todas e todes. **Diretriz:** Revisão do modelo de financiamento e coparticipação dos três entes federados no financiamento do SUS.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. (3.c)

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
1	Ofertar capacitações para utilização do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) aos gestores, técnicos e controle social dos 399 municípios do Estado do Paraná.	0	Número de municípios capacitados.	1) Capacitações presenciais nos municípios paranaenses.
2	Capacitar gestores e técnicos municipais e estaduais sobre a gestão eficiente dos recursos do SUS em 8 regiões de saúde.	0	Número de regiões capacitadas.	1) Capacitações presenciais nas regiões de saúde.

Objetivo nº 2: Fortalecer a regionalização por meio da pactuação intergestores bipartite

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (34) – Planejamento Regional Integrado.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
3	Implantar e monitorar 4 Planos Macrorregionais de Saúde.	0	Planos regionais implantados e monitorados.	1) Encontros macrorregionais para efetivar o Planejamento Regional Integrado; 2) Assessorar tecnicamente as regiões de saúde para elaboração dos Planos macrorregionais.

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

Objetivo nº 1: Fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. (3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5,3 a)

Ranking de Competitividade: Desnutrição na Infância e Mortalidade Precoce.

Plano de Governo: (58) – Vida Saudável.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
1	Atingir 30,74% de cobertura populacional de avaliação do estado nutricional (crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos) nos registros do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional.	27,70%	Percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional.	1) Fomentar a ampliação do acompanhamento do estado nutricional em todas as fases da vida e a utilização desses dados para a organização da atenção nutricional no SUS; 2) Fomentar e apoiar tecnicamente os municípios para implementação de ações relacionadas à promoção da alimentação saudável, prevenção e atenção à má nutrição.
2	Ampliar em 40% o número dos atendimentos individuais de pessoas adultas para a condição avaliada obesidade na Atenção Primária à Saúde por meio da implementação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade.	198.904	Número de atendimentos individuais para o problema/condição avaliada obesidade em adultos na Atenção Primária à Saúde.	1) Fomentar e apoiar a implementação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade.

3	Ampliar em 47,70% o número de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física na Atenção Primária à Saúde.	31.193	Percentual de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física na Atenção Primária à Saúde.	1) Promover ações de educação, divulgação, aconselhamento e oferta de serviços voltados às práticas corporais/ atividade física e a redução do comportamento sedentário.
4	Reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT para 300,09.	315,55	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis.	1) Apoiar ações de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco; 2) Fomentar e monitorar ações de prevenção à iniciação e tratamento do tabagismo.

Objetivo nº 2: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
5	Atingir 89% de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Paraná.	85,45%	Percentual de cobertura da Atenção Primária.	1) Prestar apoio institucional aos municípios para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); 2) Promover Educação Permanente em Saúde aos profissionais da APS; 3) Realizar o repasse do incentivo financeiro estadual de custeio e investimento para APS.
6	Implantar 40 Unidades de Cuidado Multiprofissional em Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no Paraná.	0	Número de unidades implantadas.	1) Pactuar em CIB e CES os critérios para a implantação do Novo Modelo; 2) Definir os municípios beneficiados; 3) Ofertar capacitação para a equipe técnica e gestores sobre o Novo Modelo Assistencial.

7	Atingir menos de 10% a incapacidade física grau 2 (GIF2) ao diagnóstico de casos novos de hanseníase.	13,10%	Proporção de incapacidade física grau 2 (GIF2) no diagnóstico de casos novos de hanseníase.	1) Aumentar número de diagnósticos na Atenção Primária à Saúde por meio da avaliação de contatos; 2) Educação à saúde e combate ao estigma; 3) Organização da assistência aos casos de hanseníase em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivo nº 3: Qualificar a Linha de Cuidado em Saúde Bucal

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (40) – Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
8	Ampliar a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde no Estado para 46%.	43%	Percentual de cobertura de saúde bucal na Atenção Primária.	1) Prestar apoio institucional aos municípios para a implementação da política Nacional de Saúde Bucal; 2) Promover Educação Permanente em Saúde aos profissionais da saúde bucal; 3) Realizar o incentivo financeiro estadual de custeio e investimento para a saúde bucal.

Objetivo nº 4: Qualificar a Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (3.1).

Ranking de Competitividade: Mortalidade Materna e Mortalidade na Infância.

Plano de Governo: (44) – Rede Materno-Infantil.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
9	Alcançar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,65 na população-alvo.	0,47	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	1) Manter e fortalecer as ações para prevenção, rastreamento e detecção precoce do câncer do colo do útero.
10	Alcançar a razão de exames de mamografia em 0,42 na população-alvo.	0,31	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária.	1) Manter e fortalecer as ações para prevenção, rastreamento e detecção precoce do câncer de mama.
11	Reduzir a proporção de gestações em adolescentes para 8,0%.	10%	Proporção de gravidez na adolescência.	1) Apoiar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva.
12	Reduzir a Razão da Mortalidade Materna (RMM) no Estado do Paraná para 37,00	42,0	Razão de mortalidade materna.	1) Fortalecer e ampliar ações de avaliação e monitoramento da LCMI (Near Miss Materno, Sistema de Estratificação de Risco Materno Infantil, Atenção Primária, Programas de Incentivos Estaduais aos Hospitais, Comitê de Mortalidade e CEAMACS); 2) Qualificar a causa básica do óbito materno por meio da investigação dos óbitos maternos/mulher em idade fértil e fortalecimento dos Grupos Técnicos de Agilização de Revisão do Óbito (GT-ARO).

13	Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Estado do Paraná para 9,0.	10,3	Taxa de Mortalidade Infantil.	1) Promover a Educação Permanente com vistas a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento às gestantes e crianças; 2) Qualificar a causa básica do óbito infantil e fetal por meio da investigação de óbitos infantis/fetais e fortalecimento dos Grupos Técnicos de Agilização de Revisão do Óbito (GT-ARO).
14	Aumentar para 88,0% o percentual de gestantes com sete ou mais consultas no pré-natal	85,58	Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.	1) Qualificar a gestão da LCMI.

Objetivo nº 5: Implementar a Linha de Cuidado em Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (49) – Programa de Saúde Mental.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
15	Implantar 14 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), regionais e municipais.	14	Número de Serviços Residenciais Terapêuticos regionais e municipais implantados	1) Manter e ampliar os incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de serviços; 2) Qualificar e apoiar as equipes de saúde mental para os processos de desinstitucionalização.
16	Ampliar em 20% o percentual de pontos de Atenção na Linha de Cuidado em Saúde Mental habilitados (CAPS, SIM PR e Serviço Hospitalar de Referência).	155 CAPS sete SIM PR 73 leitos de saúde mental em hospital geral.	Percentual de pontos de Atenção na Linha de Cuidado em Saúde Mental habilitados (CAPS, SIM PR e Serviço Hospitalar de Referência).	1) Manter e ampliar os incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de serviços; 2) Realizar monitoramento e avaliação dos serviços implantados. 3) Ampliar a oferta de educação permanente para o cuidado em saúde mental na Atenção Psicossocial Especializada e Atenção Hospitalar.

Objetivo nº 6: Qualificar a Linha de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
17	Atingir o percentual de 100% dos nascidos vivos com os quatro testes de triagem neonatal realizados.	90%	Percentual de nascidos vivos que com os quatro testes de triagem neonatal (teste da orelhinha, teste do pezinho, teste do coraçãozinho, teste do olhinho) realizados.	1) Treinar Regionais de Saúde, municípios e serviços para o manuseio do Sistema de Triagem Neonatal; 2) Monitorar os registros dos serviços que realizam os testes de triagem neonatal; 3) Estabelecer e pactuar fluxos de atendimentos das crianças que apresentarem testes alterados visando a qualificação do cuidado em saúde.

Objetivo nº 7: Implementar a Linha de Cuidado da Pessoa Idosa

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (48) – Envelhecer com Saúde.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
18	Ampliar em mais 64 municípios a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.	255 municípios	Número de municípios que realizam a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.	1) Capacitar as equipes técnicas para estratificação de risco através da Linha de Cuidado proposta pelo Paraná para o acompanhamento da pessoa idosa; 2) Apoiar as Regiões de Saúde para a implantação e implementação do Sistema de Informação da Pessoa Idosa (SIPI); 3) Implementar ações para manter a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa nos 255 municípios.

Objetivo nº 8: Promover a cultura da paz, a mobilidade sustentável, o cuidado integral em saúde e a vigilância das violências e acidentes

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Ranking de Competitividade: Mortalidade Precoce e Anos Potenciais de Vida Perdidos.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
19	Reduzir a taxa de mortalidade por lesões de trânsito para 15,7 por 100 mil habitantes.	21,34/100 mil/hab	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	1) Fortalecer a articulação intra e intersetorial para a promoção da cultura de paz e da mobilidade segura e sustentável, apoiando o trabalho da Comissão Estadual Intersetorial de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito; 2) Incentivar o desenvolvimento de ações junto às Regionais e às Secretarias Municipais de Saúde, para prevenção de sinistros de trânsito e promoção da mobilidade segura e sustentável, com foco na metodologia do Programa Vida no Trânsito; 3) Qualificar a causa básica de óbitos por meio de estratégias de educação permanente, em parceria com a Polícia Científica e implantação de Serviços de Verificação de Óbito.
20	Implantar uma Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência no Paraná.	0	Número de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência no Estado elaborada e publicada.	1) Fortalecer a articulação intra e intersetorial para o desenvolvimento de ações com vistas à construção da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência; 2) Apoiar estratégias para Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, incluindo o fortalecimento dos Núcleos Intersetoriais de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz) estadual e municipais; 3) Promover ações para a qualificação da vigilância de violências e monitorar a situação epidemiológica desses eventos.

Objetivo nº 9: Qualificar o cuidado à criança e ao adolescente

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8202) – Atenção à Saúde de Pessoas em Situação de Risco (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Ranking de Competitividade: Mortalidade Materna; Mortalidade na Infância; Desnutrição na Infância.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
21	Atingir 25% dos hospitais referências da Linha de Cuidado Materno-Infantil (LCMI) habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).	6,00%	Percentual dos hospitais da Linha de Cuidado Materno Infantil que estão habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	1) Divulgar a Política aos Hospitais; 2) Capacitar novos avaliadores na IHAC; 3) Apoiar os serviços na habilitação da IHAC.
22	Ampliar para 100% os municípios habilitados na PNAISARI realizando as ações de atenção à saúde direcionadas aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas na Atenção Primária à Saúde (APS).	0	Percentual de municípios habilitados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei – PNAISARI.	1) Divulgar a Nota Informativa MS nº 02/2023 quanto ao correto registro no sistema; 2) Sensibilizar a APS para o efetivo registro de atendimentos/procedimentos realizados aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; 3) Monitorar periodicamente os registros dos atendimentos na APS.
23	Alcançar 70% das UTIs neonatais do estado com banco de leite ou posto de coleta vinculado para o recebimento de leite humano pasteurizado.	44%	Percentual de UTIs neonatais do Estado vinculadas aos bancos de leite humano ou postos de coleta recebendo leite humano pasteurizado.	1) Apoiar a implantação de postos de coleta vinculados às UTIs neonatais; 2) Vincular os postos de coleta aos BLH; 3) Estimular a doação de leite humano.

Objetivo nº 10: Promover a equidade às populações vulneráveis do Paraná

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo IV:** Amanhã será outro dia para todos, todas e todes. **Diretriz:** Revisão do modelo de financiamento e coparticipação dos três entes federados no financiamento do SUS.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
24	Ampliar em mais 5 o número de equipes de Consultórios na Rua (eCR) municipais credenciadas pelo Ministério da Saúde por meio de portarias.	10	Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) municipais credenciadas pelo Ministério da Saúde.	1) Apoiar e fomentar, em conjunto com as Regionais de Saúde, a manutenção das eCR e a solicitação de credenciamento de novas eCR pelos municípios elegíveis, conforme normativas do Ministério da Saúde.
25	Ampliar em mais 17 o número de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) municipais credenciadas pelo Ministério da Saúde por meio de portarias.	17	Número de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) municipais credenciadas pelo Ministério da Saúde	1) Fortalecer a articulação e cooperação intersetorial para ampliar as equipes de Atenção Primária Prisional nos municípios; 2) Manter e ampliar o incentivo de contrapartida estadual para municípios com equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas junto ao Ministério da Saúde.

Objetivo nº 11: Qualificar a assistência oportuna às pessoas em situação de urgência no Paraná

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8203) – Gestão de Operações Aeromédicas, Ação Orçamentária 8164) – Atenção às Urgências e Emergências SIATE - (Ação Orçamentária 8030) – Gestão da Atenção Primária à Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Ranking de Competitividade: Mortalidade Precoce; Anos Potenciais de Vida Perdidos.

Plano de Governo: (33) – Atendimento aeromédico.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
26	Manter em 100% a cobertura do Serviço Móvel de Atendimento (SAMU) em todo o território do Paraná.	100%	Percentual de cobertura do SAMU.	1) Monitorar o número de bases e ambulâncias em operação no SIATE; 2) Apoiar a implantação dos Complexos Reguladores Macrorregionais como estratégia de acesso e garantia de assistência qualificada a ser disponibilizada para toda população; 3) Monitorar o número de atendimentos aeromédicos do BPMOA.

Objetivo nº 12: Qualificar a Assistência Farmacêutica no Paraná

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8172) – Assistência Farmacêutica.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (35) – Assistência Farmacêutica perto do cidadão.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
27	Promover o acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com mais agilidade, bem como ao cuidado farmacêutico (serviço de primeiro atendimento), em farmácias municipais de 8 Regionais de Saúde.	0	Número de Regionais de Saúde com farmácias municipais que tenham a tramitação eletrônica de documentos implantada e a capacitação para o serviço de primeiro atendimento concluída.	1) Implantação da tramitação eletrônica de documentos para a solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em farmácias municipais; 2) Capacitação dos farmacêuticos dos municípios das Regionais de Saúde no modelo de cuidado farmacêutico (serviço de primeiro atendimento) estabelecido pela SESA/PR, com disponibilização do material de apoio técnico.
28	Aumentar em 20% o valor do cofinanciamento para a organização da assistência farmacêutica municipal (Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica – IOAF).	R$ 19.948.160,00	Taxa de aumento anual do valor do Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica (IOAF).	1) Previsão orçamentária para o recurso a ser repassado aos municípios; 2) Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e publicação de Resolução da SESA/PR; 3) Elaboração do protocolo para repasse dos recursos aos municípios.

Objetivo nº 13: Fortalecer a Atenção Especializada no Paraná

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo IV:** Amanhã será outro dia para todos, todas e todes. **Diretriz:** Revisão do modelo de financiamento e coparticipação dos três entes federados no financiamento do SUS.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde (Ação Orçamentária 8485) – Gestão na Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (37) - Opera Paraná, (38) - Ambulatórios Médicos de Especialidades, (50) - Pró-Hosp.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
29	Ampliar a resolubilidade do Estado do Paraná nas macrorregiões em 2%.	89,72%	Percentual de resolubilidade do Estado do Paraná nas macrorregiões.	1) Direcionar uma organização mais eficiente e eficaz da Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde – RAS; 2) Planejar estratégias para melhoria da eficiência e eficácia dos serviços para Atenção Especializada nos territórios; 3) Propor estratégias diferenciadas de gestão da Atenção Especializada
30	Ampliar para 62% o percentual de estabelecimentos contratualizados pela SESA regulados por meio do Sistema Estadual de Regulação – módulo ambulatorial.	39%	Percentual de estabelecimentos contratualizados regulados por meio do Sistema de Regulação.	1) Disponibilizar o Sistema de Regulação e monitorar a efetiva utilização por tipo de estabelecimento de saúde ambulatorial da gestão estadual; 2) Definir os estabelecimentos de saúde que serão regulados, por tipologia.
31	Reduzir para 25% o percentual de usuários que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas há mais de 12 meses.	32%	Percentual de pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas há mais de 12 meses.	1) Disponibilizar o Sistema de Regulação e monitorar a efetiva utilização por tipo de estabelecimento da gestão estadual. 2) Intensificar ações de regulação do acesso dos estabelecimentos de saúde contratualizados pela SESA – Contratualizado X Regulado X Produzido. 3) Implantar os protocolos de regulação de acesso à atenção especializada
32	Reduzir para 30% o percentual de usuários que aguardam na fila para realização de consulta e exames especializada há mais de 12 meses	47%	Percentual de pacientes que aguardam na fila para realização de consulta especializada há mais de 12 meses.	1) Disponibilizar o Sistema de Regulação e monitorar a efetiva utilização por tipo de estabelecimento da gestão estadual. 2) Intensificar ações de regulação do acesso dos estabelecimentos de saúde contratualizados pela SESA – Contratualizado X Regulado X Produzido. 3) Implantar os protocolos de regulação de acesso à atenção especializada

33	Manter o índice de 100 PMP de notificação de pacientes em possível morte encefálica.	100 PMP	Número PMP (por milhão de população)	1) Monitoramento e aprimoramento da rede de doação e transplante por meio do fortalecimento das políticas contidas no Plano Estadual de Transplantes; 2) Ações contínuas voltadas a educação permanente como a realização de cursos de aperfeiçoamento do processo de diagnóstico de morte encefálica.
34	Manter índice acima de 35 PMP de doação de órgãos em morte encefálica e tecidos PMP	42 PMP	Número PMP (por milhão de população)	1) Monitoramento e aprimoramento da rede de doação e transplante através do fortalecimento das políticas contidas no Plano Estadual de Transplantes; 2) Ações contínuas voltadas a educação permanente como a realização de cursos de aperfeiçoamento do processo de diagnóstico de morte encefálica.
35	Contratualizar 80% dos estabelecimentos sob gestão estadual que prestam atendimento ao SUS.	60%	Percentual de Estabelecimentos Contratualizados	1) Desenvolver um sistema de gerenciamento dos contratos. 2) Promover ações regionais quanto a manutenção das condições de habilitação e a importância da contratualização. 3) Manter o edital de credenciamento vigente permitindo novas adesões
36	Monitorar 100% dos contratos de média e alta complexidade.	14%	Percentual de contratos de média e alta complexidade monitorados.	1) Padronizar as informações retiradas dos sistemas de informação e outras fontes (protocolos, planilhas, etc); 2) Unificar dados de produção retirados dos sistemas de informação oficial; 3) Desenvolver ferramenta para monitoramento dos contratos.

Objetivo nº 14: Estruturar os serviços de saúde do Paraná

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (ação orçamentária 8059) – Gestão Administrativa e Assistencial das Unidades Próprias da SESA.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
37	Construir 100% do heliponto no Hospital Regional do Litoral (HRL), em Paranaguá.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
38	Construir 100% do prédio administrativo no Hospital Regional do Litoral (HRL), em Paranaguá.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
39	Construir 100% do novo bloco do Hospital de Reabilitação Ana Carolina Xavier, Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal e Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente, em Curitiba.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
40	Construir 100% do novo bloco no Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná (HDSPR), em Curitiba.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
41	Concluir 100% da ampliação da Unidade de Coleta de Transfusão (UCT) na 6ª Regional de Saúde, em União da Vitória.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
42	Construir 100% do heliponto no Hospital Regional do Sudoeste, em Francisco Beltrão.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
43	Construir 100% do novo bloco no Hospital Regional Sudoeste na 8ª Regional de Saúde, em Francisco Beltrão.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.

44	Concluir 100% da ampliação do Hospital Regional do Sudoeste em Francisco Beltrão.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
45	Concluir 100% da ampliação do Hospital Zona Norte, em Londrina.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
46	Concluir 100% da ampliação e reformar 100% do Hospital Zona Sul, em Londrina.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
47	Concluir 100% da ampliação do prédio da Unidade de Coleta de Transfusão – UCT na 18ª Regional de Saúde, em Cornélio Procópio.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
48	Concluir 100% da ampliação do Hospital Regional do Norte Pioneiro, em Santo Antônio da Platina.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
49	Construir 100% o prédio para atender a 7ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
50	Construir 100% o prédio para atender a 9ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
51	Construir 100% o prédio para atender a 10ª Regional de Saúde	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico	Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.

52	Construir 100% o prédio para atender a 12ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
53	Construir 100% o prédio para atender a 15ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
54	Construir 100% o prédio para atender a 19ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.
55	Construir 100% o prédio para atender a 21ª Regional de Saúde.	0	% da obra executada em relação ao previsto no cronograma físico.	1) Contratação projetos arquitetônicos e complementares com as devidas aprovações nos órgãos competentes; licitação da obra; execução e fiscalização da obra.

Objetivo nº 15: Fortalecer a gestão ambulatorial e hospitalar nos serviços próprios

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo IV:** Amanhã será outro dia para todos, todas e todes. **Diretriz:** Revisão do modelo de financiamento e coparticipação dos três entes federados no financiamento do SUS.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8163) – Gestão Técnico Administrativo da SESA.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
56	Ampliar em 20% os atendimentos ambulatoriais nas Unidades Próprias do Estado.	17.300	Percentual de Ampliação do Serviço Ambulatorial das Unidades Próprias do Estado.	1) Aumentar o número do consultas médicas ambulatoriais, agenda local; 2) Aumentar o número do consultas médicas ambulatoriais, agenda compartilhada.

57	Instituir o serviço de odontologia hospitalar em seis unidades próprias do Estado.	0	Percentual de unidades próprias com serviço de odontologia instituído	1) Aumentar número de serviços de unidades próprias com serviço de odontologia instituído; 2) Aumentar o número de atendimentos ambulatoriais em odontologia; 3) Aumentar o número de atendimentos ambulatoriais em odontologia para pacientes internados.
58	Ampliar 10 leitos em saúde mental nas Unidades Próprias caracterizadas como hospital geral.	14	Número de leitos em saúde Mental nas Unidades Próprias do Estado.	1) Aumentar o número de leitos em saúde mental
59	Ampliar a cobertura de Atendimento Transfusional pela Rede HEMEOPAR ao leito SUS para 96%.	92% de atendimento ao leito SUS	Percentual de leitos SUS atendidos pela Rede HEMEPAR	1) Investimento na Rede HEMEPAR em infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e novas tecnologias, de acordo com o número de leitos SUS atendidos; 2) Implementação de novas unidades de coleta em parceria com municípios e hospitais e retomada das coletas externas em unidade móvel; 3) Manutenção e acompanhamento das parcerias firmadas entre as Universidades Estaduais e Fundações.

DIRETRIZ 03 – QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo nº 1: Qualificar as ações de Vigilância em Saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde (Ação Orçamentária 8562) – Vigilância em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
1	Manter em 100% o percentual de atendimento das solicitações de meios de cultura, reativos e kits diagnóstico do Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).	100%	Percentual de itens produzidos e entregues ao solicitante.	1) Executar a adequação necessária de infraestrutura da área destinada para a produção de produtos médicos e produtos para diagnóstico no CPPI; 2) Finalizar a transferência das atividades produtivas de meios de cultura e reativos da parceria entre FUNEAS/CPPI e LACEN; 3) Aumentar o portfólio de produtos médicos e produtos para diagnóstico do CPPI, com a notificação e registro novos de produtos junto à ANVISA
2	Realizar supervisões em 40% dos laboratórios que prestam serviços ao SUS.	800	Percentual de supervisões realizadas.	1) Manter atualizado o número de laboratórios cadastrados no Conselho Regional de Farmácia (CRF)

Objetivo nº 2: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde (Ação Orçamentária 8562) – Vigilância em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Ranking de Competitividade: Cobertura Vacinal.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
3	Alcançar 75% de municípios paranaenses que atingiram cobertura vacinal adequada para as crianças com até 12 meses de idade para oito vacinas analisadas.	35,08%	Proporção de municípios paranaenses que atingiram cobertura vacinal adequada para as crianças com até 12 meses de idade para oito vacinas analisadas.	1) Incentivar projetos de educação permanente para a atualização e integração dos profissionais que desenvolvem atividades com imunização; 2) Estimular a qualificação das equipes quanto a análise de situação de saúde e crítica dos indicadores de cobertura vacinal para planejamento eficiente das ações de vacinação, através da integração entre a Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde; 3) Instigar a integração entre as equipes de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde quanto a transversalidade do tema imunização.
4	Reduzir o coeficiente de incidência de tuberculose para menos de 15,5 casos por 100 mil habitantes.	21,2/100.000 hab	Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes.	1) Incentivar o aumento da busca do sintomático respiratório; 2) Estimular a testagem de HIV para todos os casos diagnosticados por tuberculose; 3) Monitoramento dos casos que evoluíram para cura.
5	Reduzir para 5,1% a taxa de incidência de sífilis em menores de um ano.	6,4/1.000 nascidos vivos	Taxa de incidência de sífilis em menores de um ano/ 1.000 nascidos vivos.	1) Monitorar as gestantes diagnosticadas com sífilis que realizaram o pré-natal; 2) Monitorar o tratamento adequado da gestante com sífilis; 3) Monitorar o trimestre de gestação do diagnóstico de sífilis na gestação.

6	Manter a taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos, em menor ou igual a 0,5 por 100.000 hab.	0	Taxa de detecção de HIV/AIDS em menores de cinco anos de idade.	1) Monitorar a investigação da transmissão vertical do HIV em menores de cinco anos; 2) Monitorar a cobertura de Terapia Antirretroviral (TARV) nas gestantes HIV; 3) Atualizar e capacitar os profissionais fortalecendo a padronização de condutas adequadas.

Objetivo nº 3: Fortalecer a Vigilância Ambiental

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde (Ação Orçamentária 8562) – Vigilância em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
7	Atingir 100% dos municípios com planos de contingência para arboviroses aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.	0	Percentual de municípios com Planos de Contingência de Arboviroses aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.	1) Fortalecer ações conjuntas por meio de reuniões, capacitações e oficinas no processo de construção e atualização dos Planos de Contingência de arboviroses.
8	Reduzir para 53% o percentual de formas coletivas de abastecimento de água consideradas inseguras.	57,20%	Percentual de formas coletivas de abastecimento de água consideradas inseguras.	1) Elaborar e divulgar o instrutivo para cadastro das formas de abastecimento no Sisagua; 2) Capacitar as Secretarias Municipais de Saúde para cadastramento e fiscalização das formas de abastecimento; 3) Promover ações em articulação com órgãos públicos que tenham relação com o abastecimento de água para consumo humano, tais como órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e entidades de regulação de serviços de saneamento básico.

Objetivo nº 4: Fortalecer a vigilância sanitária

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo III:** Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. **Diretriz:** Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8562) – Vigilância em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
9	Analisar 90% das amostras programadas e coletadas no Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos - PARA PR para verificação do nível de resíduos de agrotóxicos em alimentos.	800 amostras / ano	Percentual de amostras de alimentos coletadas e analisadas em relação a presença de resíduos de agrotóxicos.	1) Ampliar o número de municípios participantes do Programa PARA PR; 2) Pesquisar a presença de resíduos de agrotóxicos em novas categorias de alimentos, além dos alimentos in natura; 3) Realizar reuniões técnicas com Regionais de Saúde e Visas Municipais para discussão da temática.
10	Realizar 80% das ações estratégicas de Vigilância em Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos / PEVASPEA.	44,95%	Percentual de ações estratégicas de Vigilância em Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos - PEVASPEA realizadas.	1) Construção do Plano Estadual de Vigilância e Atenção à Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos 2024-2027; 2) Pactuação do Plano 2024-2027 na CIB; 3) Capacitação das Regionais de Saúde e equipes da Atenção Primária à Saúde e Vigilâncias em Saúde referente ao Plano 2024-2027.
11	Implantar em 10 Hospitais de Pequeno Porte vinculados ao Programa Estadual de Modernização, os Núcleos de Segurança do Paciente.	0	Número de Hospitais de Pequeno Porte vinculados ao Programa Estadual de Modernização com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) implantados.	1) Cadastrar o NSP do HPP no BI da Anvisa e na CVIS.

Objetivo nº 5: Fortalecer a vigilância da saúde do trabalhador

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8562) – Vigilância em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
12	Atingir anualmente 100% das investigações dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e detrajeto com crianças e adolescentes, registrados no SIATEP.	76,23%	Percentual das investigações dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e de trajeto com crianças e adolescentes, registrados no Sistema de Investigação de Acidente de Trabalho do Estado do Paraná (SIATEP).	1) Capacitações sobre investigação de acidentes de trabalho para as RS e municípios; 2) Apoiar as RS e municípios para a investigação dos casos.
13	Aumentar em 40% o número de notificações das doenças relacionadas ao trabalho no Sinan.	1.272	Percentual de notificações das doenças relacionadas ao trabalho	1) Capacitar as RS e municípios sobre as notificações das doenças relacionadas ao trabalho no SINAN; 2) Divulgar o "Curso de Atualização e Integração em Saúde do Trabalhador para os Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Vigilância em Saúde (VS)" da ESPP-CFRH e SESA/PR; 3) Implantar o Telessaúde em Saúde do Trabalhador para auxiliar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no estabelecimento da relação entre adoecimento e trabalho.

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

Objetivo nº 1: Qualificar a gestão do trabalho e educação em saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo I:** O Brasil que temos. **Diretriz:** Fortalecimento da regionalização e da consolidação do desenho macrorregional do Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde - (Ação Orçamentária 8483) – Gestão em Formação de Recursos Humanos.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos, em todas as idades.

Plano de Governo: (41) – Residência Médica e Multiprofissional.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
1	Formar 80 Profissionais de Saúde Especialistas por meio de Programa de Residência Médica e Multi/Uniprofissional.	20	Número de Profissionais Especialistas formados por meio de Programas de Residência Médica e Multi/Uniprofissional.	1) Recredenciar/ credenciar programas de residência junto ao MEC; 2) Implementar seleção anual de Residentes para ingresso nos Programas de Residência da ESPP/SESA; 3) Formar, selecionar e remunerar preceptores, tutores, docentes e orientadores.
2	Qualificar 320 Profissionais de Saúde de Nível Superior para o SUS do Paraná por meio de Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização (Lato Sensu).	80	Número de Profissionais de Saúde de Nível Superior formados.	1) Realizar seleção de alunos, docentes e, quando aplicável, monitores, tutores e orientadores dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC); 2) Promover formação pedagógica dos docentes.
3	Formar 1.600 Profissionais em Nível Inicial e Nível Técnico para áreas prioritárias do SUS.	400	Número de Profissionais de Saúde de Nível Inicial e Nível Técnico formados.	1) Realizar a seleção de alunos e docentes; 2) Promover formação pedagógica dos docentes.

4	Desenvolver 40% das ações de EPS ofertadas na modalidade de Educação a Distância (EAD) em áreas prioritárias da saúde.	10%	Percentual de ações de EPS ofertadas na modalidade EAD em áreas prioritárias.	1) Elaborar plano de desenvolvimento de ações de EPS (cursos e eventos técnico científicos) em áreas prioritárias da saúde na modalidade EAD em parceria com as áreas técnicas da SESA; 2) Monitorar e avaliar as ações de EPS; 3) Promover formação pedagógica de docentes na elaboração de materiais didáticos em ações de EPS por tecnologia.
5	Apoiar o desenvolvimento de 400 Projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) para realização de cursos de capacitação/ atualização e eventos técnicos/científicos ofertados pelas unidades da SESA.	100	Número de Projetos de EPS (de cursos de capacitação/ atualização e eventos técnicos/científicos) executados pelas unidades da SESA com apoio da ESPP.	1) Elaborar plano de desenvolvimento de ações de EPS (cursos e eventos técnico científicos) em áreas prioritárias da saúde na modalidade EAD em parceria com as áreas técnicas da SESA. 2) Monitorar e avaliar as ações de EPS. 3) Promover formação pedagógica de docentes na elaboração de materiais didáticos em ações de EPS por tecnologia.
6	Realizar 8 encontros macrorregionais para capacitação dos municípios em Gestão do Trabalho e Eduação na Saúde - GTES.	0	Número de encontros realizados para sensibilização da atuação da GTES.	1) Encontros presenciais nas macrorregionais para alinhamento conceitual básico sobre o tema GTES.
7	Ofertar 4 capacitações na área de GTES, modalidade EAD ou presencial, aos 399 municípios.	0	Número de capacitação ofertada aos 399 municípios.	1) Capacitações nos municípios paranaenses aos trabalhadores do SUS para alinhamento conceitual básico acerca do tema GTES.

DIRETRIZ 05 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Objetivo nº 1: Fortalecer a participação social na saúde

Este objetivo guarda relação com:

13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. **Eixo II:** O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas. **Diretriz:** Fortalecimento do controle social do SUS no Paraná.

PPA 2024/2027: Programa 35 - Cuidado Regionalizado em Saúde.

ODS: Objetivo 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos, em todas as idades.

META 2024-2027		LINHA DE BASE	INDICADOR	AÇÕES
1	Realizar 6ª Conferência Estadual de Saúde do (a) Trabalhador (a).	5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná – Marcelo Montanha 2014.	Número de Conferência realizada.	1) Instituir Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (a); 2) Elaborar Regulamento e Regimento da Conferência; 3) Realizar os trâmites administrativos e operacionais para realização da conferência.

2	Realizar a 2ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher.	Conferência Estadual de Saúde da Mulher – 1ª CESMu, realizada no dia 13 de junho de 2017, teve como tema central: "Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade"	Número de Conferência realizada.	1) Instituir Comissão Organizadora da 2ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher; 2) Elaborar Regulamento e Regimento da Conferência; 3) Realizar os trâmites administrativos e operacionais para realização da conferência.
3	Realizar a 14ª Conferência Estadual de Saúde.	13 Conferências realizadas	Número de conferência realizada.	1) Instituir Comissão Organizadora da 14ª Conferência Estadual de Saúde; 2) Elaborar regulamento e regimento da conferência; 3) Realizar os trâmites administrativos e operacionais para realização da conferência.
4	Formar/Capacitar 1668 conselheiros municipais e estaduais de saúde do Paraná.	0	Número de conselheiros capacitados.	1) Formar grupo coordenador das capacitações com integrantes do CES e ESPP; 2) Elaborar projetos de capacitação; 3) Realizar as capacitações.
5	Realizar 22 encontros de fortalecimento e sensibilização em Ouvidoria.	0	Número de encontros realizados.	1) Realizar encontros regionais ou macrorregionais anuais.
6	Realizar 176 capacitações para instrumentalizar os ouvidores municipais das regiões de saúde.	0	Número de capacitações realizadas.	1) Realizar duas capacitações por região de saúde.

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Por meio de indicadores, é possível monitorar tempestivamente as ações e os resultados prévios de metas estabelecidas.

Monitorar consiste em acompanhar, averiguar os resultados preliminares, para que advertidamente a gestão possa rever a direcionalidade, a condução, e as ações utilizadas objetivando atingir as metas.

O monitoramento verifica se o desenrolar das ações de uma dada estratégia aponta para o alcance de metas e objetivos (CONASS).

Quadrimestralmente, por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), os resultados físicos e orçamentário-financeiros são monitorados pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) e pela Assembleia Legislativa do Paraná (ALEP/PR).

A avaliação consiste na apuração do resultado da meta, e na análise da conjuntura que possa interferir neste resultado.

Pode-se afirmar que o monitoramento e avaliação são faces, complementares entre si, de um mesmo processo (CONASS).

O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) estabeleceu na 229ª reunião ordinária de 30/03/2016, parâmetros em relação aos percentuais de metas atingidas, de modo que:

Metas anuais alcançadas – quando o resultado do indicador da meta alcançou 100% do esperado para o ano ou superou-o;

Metas anuais alcançadas parcialmente – quando o resultado do indicador da meta atingiu mais de 60% do esperado, meta quantitativa, ou quando se trata de meta de processo ou estrutura para a qual foi alcançada uma situação que corresponda já estar num processo que certamente resultará na meta esperada.

Metas anuais não alcançadas – quando o resultado do indicador da meta alcançou menos de 60% do esperado, meta quantitativa, ou quando se trata de uma meta de processo ou estrutura em que nada foi realizado ou o que foi realizado é ainda incipiente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados e indicadores do Setor. Beneficiários de planos privados de saúde.** Disponível em: *https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-dosetor/dados-e-indicadores-do-setor.* Acesso em: 09 ago 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados e indicadores do Setor. Beneficiários de planos privados de saúde.** Disponível em: *https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-dosetor/dados-e-indicadores-do-setor.* Acesso em: 09 ago 2023.

AKERMAN, M. **Avaliação Participativa em Promoção da Saúde - Um Exercício de Aprendizagem Coletiva, Reflexivo e Contínuo.** In: Tanaka OY; Ribeiro EL; De Almeida, CAL. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1ªed.RJ: Atheneu, 2017, v. 71-90 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde:** aproximações ao tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 60 p.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.** – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080/1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 4114 de 30 de dezembro de 2021.** Dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de programas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. e atual.** – Brasília. 2022. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf.* Acesso em: 12 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**; Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviõs de saúde

público e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html* Acesso em: 10 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020/2021. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Uma análise da situação de saúde e qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.** Disponível em: *https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude_web.pdf/view.* Acesso em: 16 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** Brasília: 2023. Disponível em: *https://sisab.saude.gov.br/.* Acesso em: 13 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).** Brasília: 2023. Disponível em: *https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/.* Acesso em: 13 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, **Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos em Saúde. Relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME 2022).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

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 do Ministério da Saúde.** Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf.* Acesso em: 16 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento Nacional de Auditoria do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p: il. Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria.* Acesso em: 16 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria GM/MS n° 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 47. Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 50 de 2022. Mortalidade Materna por aborto.** Disponível em: Disponível em: *https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-*conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view Acesso em: 09 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 37. Volume 52. Out. 2021. Mortalidade infantil no Brasil.** Disponível em: *https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/* Acesso em: 10 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.** Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf* Acesso em: 10 ago 2023.

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.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS. **Resolução nº 63 de 8 de novembro de 2018. Reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS.** Disponível em: *https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf* . Acesso em: 12 ago 2023.

DATASUS/TABNET. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná. Anos 2018 a 2022.** Disponível em: *http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpr.def.* Acesso em: 16 mai 2023.

DATASUS/TABNET. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Paraná. Anos 2018 a 2022.** Disponível em: *http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpr.def.* Acesso em: 16 mai 2023.

FIOCRUZ - SISAP-IDOSO – **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Matriz de Dimensões. Determinantes da Saúde e Fatores de Risco e Condições Demográficas. Socioeconômicos e Fragilidade Social.** Disponível em: *https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-dimensoes.* Acesso em: 19 set 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.** Disponível em: *https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf.* Acesso em: 10 mai 2023.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: *https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel#:~:text=Os%20ODS%20representam%20um%20plano,pac%C3%ADficas%20e%20inclusivas%20at%C3%A9%202030*. Acesso em: 08 ago 2023.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **The State of the World's Children 2023: For Every Child, Vaccination.** Disponível em: *https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2023-full-report-English.pdf.* Acesso em: 08 ago 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ **Painel de Indicadores de Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013 e 2019.** Brasil: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: *https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/.* Acesso em: 24 jul 2023.

G1. **Brasil é 2° país do G20 em mortalidade por acidentes no trabalho.** 01/05/2021. Disponível em: *https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/05/01/brasil-e-2o-pais-do-g20-em-mortalidade-por-acidentes-no-trabalho.ghtml.* Acesso em: 11 set 2023.

GBD 2017 RISK FACTOR COLLABORATORS. **Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017**: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1923-94.

GUERRA, J. A. **Custo dos sinistros de trânsito do estado do Paraná: estimativas simplificada com base na atualização das pesquisas do IPEA sobre custos de sinistros em rodovias no ano de 2021. 24° Encontro Nacional de Conservação Rodoviária (ENACOR), 47ª Reunião Anual de Pavimentação (RAPv).** Bento Gonçalves, RS, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. Revisão 2018.** Disponível em: *https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados.* Acesso em: 16 mai 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. Revisão 2018.** Disponível em: *https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados.* Acesso em: 16 mai 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019**. Rio de Janeiro, RJ. IBGE, 2021. 162 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – **Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial | Out. 2022 Ano 6 – n0 01.** Disponível em: *https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view.* Acesso em: 14 ago 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Serviço de Verificação do Óbito.** Disponível em: *https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/.* Acesso em: 12 ago 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.405 de 29 de junho de 2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Mortis (SVO).** Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405_29_06_2006.html#*:~:text=Institui%20a%20Rede%20Nacional%20de,da%20Causa%20Mortis%20(SVO). Acesso em: 12 ago 2023.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO. **PLATAFORMA SMARTLAB. SINAN.** Disponível em: *https://smartlabbr.org/.* Acesso em: 11 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Disponível em: *https://brasil.un.org/pt-br* Acesso em: 14 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Agenda 2030.** Disponível em: *https://brasil.un.org/pt-br* Acesso em: 14 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Trânsito: um olhar da saúde para o tema.** Brasília: OPAS, 2018.

PARANÁ. Lei n° 19.785, de 20 de dezembro de 2018. **Institui as diretrizes para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do SUS no Paraná.**

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância. Coordenadoria de Promoção da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações intersetoriais. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net).** Curitiba: SESA, 2023.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações intersetoriais. **Manual de orientação: Implantação e implementação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz) no Paraná.** Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações intersetoriais. **Violência Interpessoal e Autoprovocada: Manual de qualificação e sistematização da metodologia de cálculo dos principais indicadores.** Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade: Adulto.** Curitiba, PR. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia de Diabetes Mellitus** 2.ed. Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia de Hipertensão Arterial** 2.ed. – Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Paraná 2016 a 2019.** Curitiba: SESA, 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Vigilância Ambiental. **Nota orientativa n° 04/2021 - Instrutivo para elaboração do Plano Municipal de contingência para o enfrentamento**

da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya. Disponível em: *https://www.dengue.pr.gov.br/sites/dengue/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/no_arboviroses_no_04_2021_-_instrutivo_plano_municipal_de_contingencia_15_07_21_publicacao.pdf.* Acesso em: 12 ago 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Segurança Pública do Paraná. **Resolução Conjunta SESA/SESP nº 025/2022** - Institui o Institui o Serviço de Verificação de Óbito Metropolitano e Esclarecimento de Causa Mortis, em conjunto com o Instituto Médico Legal do Paraná, e define as competências dos Municípios e das partes envolvidas. Curitiba: SESA/SESP, 2022.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. **Nota Técnica Nº 01/ 11/06/2021 – SESA/PR - Vacinação contra COVID-19 em Gestantes e Puérperas no Estado do Paraná.** Disponível em: *https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/notatecnicasesa01.21.pdf* Acesso em: 09 ago 2023.

PEREIRA, A. M. V. B. et al. In: Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia XXVIII, 2018, Curitiba. **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) em mutirão de saúde como estratégia inicial de micro e macrogestão da saúde da população idosa. In: Temas Livres e Pôsteres.** Curitiba: *www.josnadassbgg.or.br*, 2018. 29 p.

PEREIRA, A. M. V. B. et al. In: Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia XXVIII, 2018, Curitiba. **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) em mutirão de saúde como estratégia inicial de micro e macrogestão da saúde da população idosa. In: Temas Livres e Pôsteres.** Curitiba: *www.josnadassbgg.or.br*, 2018. 29 p.

SESA - PR. TABNET SIM/SINASC. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Anos 2018-2022.** Disponível em: *http://www.tabnet.sesa.pr.gov.br/tabnetsesa/dh?sistema/sim99diante/obito_99diante.* Acesso em: 18 mai 2023

SESA - PR. TABNET SIM/SINASC. **SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM). Anos 2018-2022.** Disponível em: *http://www.tabnet.sesa.pr.gov.br/tabnetsesa/dh?sistema/sim99diante/obito_99diante.* Acesso em: 18 mai 2023.

SMARTLAB. BRASIL – **Situação atual. Iniciativa SmartLab: Promoção do Trabalho decente Guiada por Dados.** Disponível em: *https://smartlabbr.org/* Acesso em: 12 ago 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Biomarcadores do estado de micronutrientes: prevalências de deficiências e curvas de distribuição de micronutrientes em crianças brasileiras menores de 5 anos 3: ENANI 2019.** Documento eletrônico. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. 156 p. Disponível em: *https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/.* Acesso em: 13 ago 2023.

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)
AJS	Assessoria de Judicialização da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APRF	Área de Processos Funcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BLH	Bancos de Leite Humano
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal
CACONs	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAD LAB	Sistema de Cadastramento e Atualização dos Laboratórios Conveniados pelo SUS
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
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	Centro de Especialidade Odontológica

CES	Conselho Estadual de Saúde
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
CHT	Complexo Hospitalar do Trabalhador
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
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
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 Secretarias 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
CRAID	Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente
CRESEMS	Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAC	Doença Arterial Coronariana
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
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
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
EAD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESIG	Sistema de Informações Gerenciais
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNEAS	Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná
FUNPAR	Fundação da Universidade Federal 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
HDSPR	Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIRC	Hospital de Infectologia e Retaguarda Clínica Oswaldo Cruz
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná
HR	Hospital de Reabilitação
HRLSS	Hospital Regional da Lapa São Sebastião
HT	Hospitalar do Trabalhador
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto Agudo do Miocardio

IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBMP	Instituto de Biologia Molecular do Paraná
ICC	Instituto Carlos Chagas
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IIP	Índice de Infestação Predial
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IML	Instituto Médico Legal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
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
IPDM	Índice Ipardes de Desempenho Municipal
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 Indice Amostral
LIRAa	Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti
LARENS	Laboratórios Regionais
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
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NRHS	Núcleo de Recursos Humanos Setorial

NSP	Núcleo de Segurança do Usuário
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OI	Óbitos Infantis
OIE	Organização Internacional de Epizotias
OF	Óbitos Fetais
OJs	Ordens Judiciais
OM	Óbito Materno
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPML	Orteses, Próteses e Meios de Locomoção
OPOs	Organizações de Procura de Órgãos
OUV	Ouvidoria
PA	Pronto Atendimento
PAMvet-PR	Programa Estadual de Controle de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PARA/PR	Programa Estadual de Análise de Resíduos de Alimentos
PAS	Programação Anual de Saúde
PCLH	Posto 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
PES	Plano Estadual de Saúde
PFA	Paralisias Flácidas Agudas
PMP	Por milhão de população
PNAISARI	Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade
PNADC	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNI	Programa Nacional de Imunizações

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual de Governo
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSE	Programa Saúde na Escola
QPPE	Quadro Próprio do Poder Executivo
QPSS	Quadro Próprio dos Servidores da SESA
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAU	Rede de Atenção às Urgências
REMUME	Relação Municipal 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	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCAFAR	Seção de Assistência Farmacêutica
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	Sistema web para Notificação de Síndromes e Doenças Raras do Paraná
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMPR	Serviço 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
SISMAC	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SISPNESO	Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SONIH	Sistema Online de Notificações de Infecções Hospitalares
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCU	Tribunal de Contas da União
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMP	Taxa de Mortalidade Prematura
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPMB	Unidade de Produção de Medicamentos Biológicos
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

saude.pr.gov.br