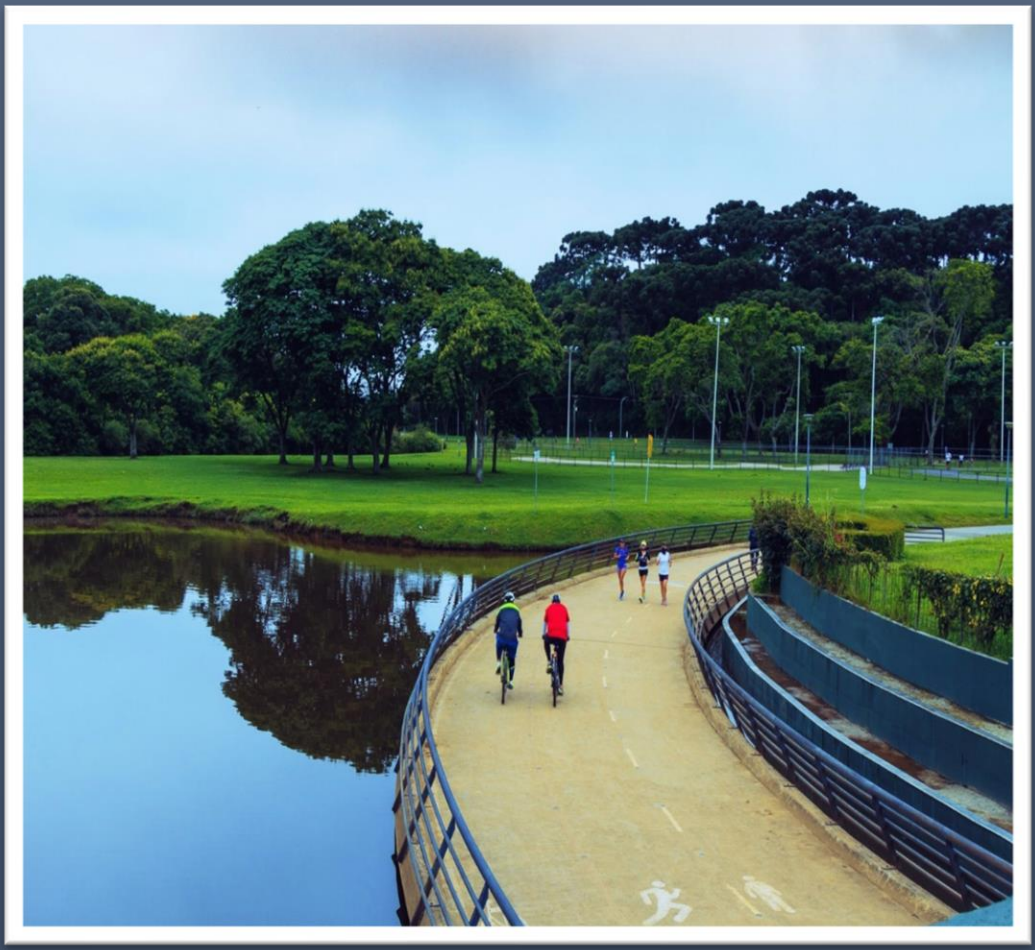
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



2022 – 2025

SUS

CURITIBA

Prefeito Municipal

Rafael Valdomiro Greca de Macedo

Secretária Municipal da Saúde

Márcia Cecília Huçulak

Conselho Municipal da Saúde 2020/2023 (Mesa Diretora)

Presidente - Adilson Tremura

Vice - Presidente - Márcia Cecília Huçulak

Primeiro Secretário – Woldir Wosiak Filho

Segundo Secretário – Luiz Carlos Pinheiro

Mensagem da Secretária Municipal da Saúde

Passados mais de 30 anos da Constituição Federal e da implantação do SUS, nos deparamos com inúmeros avanços nos indicadores de saúde no país. Contudo, ainda temos um longo caminho a percorrer para garantir o cuidado da população baseado nos princípios da equidade e resolutividade.

Em Curitiba no período de 2017 a 2020 avançamos em vários aspectos no sistema de saúde, no acesso aos serviços, na gestão do cuidado e na organização das ações e serviços de saúde, inclusive na missão de ser referência para cidadãos de outros municípios. Nossos indicadores demonstram esses avanços.

A pandemia de Covid-19 trouxe para todos os setores da sociedade a necessidade de se reinventar para atender as inúmeras demandas do momento e repensar a sua atuação para o futuro. Para o setor saúde tivemos inúmeras ações e inovações que irão permanecer no pós-pandemia. Fomos muito ágeis para acolher a avalanche de pessoas que necessitaram dos cuidados do sistema de saúde e conseguimos acolher a todos. Isso graças à atuação integrada e sinérgica da atenção primária, urgência e emergência, a rede hospitalar com forte integração com a vigilância em saúde. Esse aprendizado fortaleceu as nossas equipes e nos permite prever um novo tempo que incorpora a tecnologia no cuidado das pessoas.

Sonhamos com um sistema de saúde inclusivo, integral e resolutivo. Um sistema que acolhe a todos e respeita a diversidade, que ouve as demandas das pessoas e instituições, e trabalha com eficiência para garantir o bom uso dos recursos. O sistema de saúde precisa se organizar para cuidar das pessoas, mas especialmente dos mais vulneráveis. Sim, a vulnerabilidade é nosso guia na tomada de decisões.

Portanto, buscamos elencar nos programas, estratégias e ações do Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 o conceito da Saúde 4.1, da saúde acessível nas suas várias possibilidades, presencial ou virtual, do atendimento individual e/ou em grupos, da saúde que acolhe e dá prioridade a aquilo que é urgente e necessário, da saúde que avança com a tecnologia a serviço da vida. Da necessidade de incluir as pessoas no desafio da mudança de estilo de vida, para uma vida mais saudável e feliz.

O Plano Municipal de Saúde reflete nas ações planejadas esse novo momento do SUS.

População Saudável e Feliz!

Márcia Huçulak
Secretária Municipal da Saúde de Curitiba

Mensagem do Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Gestão 2022-2025

Prezados conselheiros de saúde do SUS Curitiba, estamos lhe entregando o fruto de um trabalho que teve seu início nas diretrizes emanadas das 111 Conferências Locais de Saúde, e que ainda transitaram pelas 10 Conferências Distritais de Saúde, chegando posteriormente à Conferência Municipal de Saúde. Fórum das discussões mais intensas e "acaloradas" que se extinguem no democrático exercício do voto. Finalmente chegaram ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde (CMS) onde a versão final foi votada e homologada.

Este Plano, portanto, é o resultado de amplo processo que contou com a participação de milhares de pessoas que o elaboraram em várias mãos.

Desejo que o inteiro teor deste Plano seja sempre contemplado como aprovado no conjunto das normativas que regem o Conselho Municipal de Saúde, ou seja, "que no capítulo da saúde nada deve constar na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – Lei de Orçamento Anual (LOA) que não esteja constante no Plano Municipal de Saúde de Curitiba".

Adilson Alves Tremura
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Ana Lúcia Camargo – Superintendência de Gestão SMS
Raquel Ferraro Cubas – Gabinete SMS
Sonia Regina de Brito Rustick - Monitoramento & Avaliação
sms@sms.curitiba.pr.gov.br

COLABORADORES

Equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde
Gestores da Secretaria Municipal da Saúde
Prestadores e usuários do SUS – Curitiba

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Divisão dos municípios do estado do Paraná e localização de Curitiba	29
Figura 2.	Divisão topográfica do Estado do Paraná	30
Figura 3.	Vias de acesso terrestre ao município de Curitiba.	31
Figura 4.	Bacias Hidrográficas de Curitiba, 2012.	32
Figura 5.	Captações de água, Curitiba, 2010.	33
Figura 6.	Evolução da ocupação urbana	34
Figura 7.	Áreas de proteção ambiental em Curitiba	34
Figura 8.	Ocupações irregulares.	35
Figura 9.	Áreas de inundações, Curitiba	35
Figura 10.	Divisão por regionais com equipamentos de Saúde Curitiba, 2021	36
Figura 11.	Mapa de áreas verdes e as Unidades de conservação por tipo em Curitiba, 2019	40
Figura 12.	Ecoponto – Descarte correto de Resíduos, Curitiba 2020	41
Figura 13.	O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Região Metropolitana de Curitiba, 2000	51
Figura 14.	O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Região Metropolitana de Curitiba, 2010	52
Figura 15.	Mapa da Região Metropolitana de Curitiba, 2016	53
Figura 16.	Taxa de mortalidade geral (por 1.000 hab) segundo distrito sanitário de residência. Curitiba, 2019 e 2020	72
Figura 17.	Unidades de Saúde e área de abrangência de Curitiba, 2021	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil avançado do município de Curitiba. 2021	37
Tabela 2.	Número de domicílios recenseados segundo tipo e uso – 2010	37
Tabela 3.	Número de famílias, em domicílios particulares permanentes, segundo a composição. Curitiba, 2010	38
Tabela 4.	Consumo e número de consumidores de Energia Elétrica. Curitiba, 2019	38

Tabela 5.	Abastecimento de água e esgoto. Curitiba, 2019	39
Tabela 6.	População por faixa etária e sexo de Curitiba, 2020	42
Tabela 7.	Posição ocupada no Brasil pelos municípios do Paraná com maior Produto Interno Bruto (PIB) 2018	44
Tabela 8.	Indice de Desenvolvimento Humano e seus componentes - Curitiba, 1991, 2000 e 2010	49
Tabela 9.	Perfil da Região geográfica metropolitana de Curitiba	50
Tabela 10.	Taxa de Mortalidade Infantil/1.000 Nascidos Vivos por Distrito Sanitário. Curitiba 2011-2020	59
Tabela 11.	Número de óbitos pelos dez principais grupos de causa de morte (capítulo CID-10), residência Curitiba 2011-2020	62
Tabela 12.	Série Histórica do número de óbitos, segundo faixa etária. Curitiba, 2011-2020	66
Tabela 13.	Taxas de mortalidade (por 100.000) habitantes pelos principais grupos de causa (capítulo CID-10) segundo sexo, Curitiba, 2020	70
Tabela 14.	Distribuição do número de óbitos gerais, por Distrito Sanitário de residência. Curitiba, 2011-2020	71
Tabela 15.	Taxas brutas de incidência estimadas para 2020/2022 por 100 mil habitantes por sexo, segundo Estado e Capital.	85
Tabela 16.	Número de vítimas em sinistros de trânsito, segundo tipo de vítima e ano de ocorrência. Curitiba, 2011-2020.	88
Tabela 17.	Distribuição percentual das vítimas dos acidentes fatais em Curitiba, 2011 – 2020.	88
Tabela 18.	Dados os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita do município de 2011 a 2020	91
Tabela 19.	Histórica de Detecção de Casos Novos de Hanseníase, Curitiba, 2010-2020	95
Tabela 20.	Coeficiente de incidência de Tuberculose em Curitiba, 2011 a 2020	96
Tabela 21.	Dados da vigilância epidemiológica de gestantes vivendo com HIV e crianças expostas no período de 2008 à 2019 - Curitiba	106
Tabela 22.	Série histórica das principais causas de internações por capítulo do CID10 de residentes em Curitiba, 2016 a 2020	113
Tabela 23.	Total de Leitos Hospitalares em Curitiba, dezembro 2019.	131
Tabela 24.	Rede de Atenção Psicossocial RAPS de Curitiba, 2021.	138
Tabela 25.	Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde Curitiba, 2010 – 2020	154
Tabela 26.	Série histórica de Conferências de Saúde em Curitiba – 1991 a 2019	156

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Projeção da população por bairro em Curitiba, 2020	43
Gráfico 2.	Posição ocupada pelos municípios do Paraná com maior Produto Interno Bruto (PIB) 2018	44
Gráfico 3.	Produto Interno Bruto. Curitiba – 2018	45
Gráfico 4.	Renda per capita de 2012 a 2018, Curitiba	45
Gráfico 5.	Por grupamento de atividade econômica 2019, Curitiba	46
Gráfico 6.	Distribuição do grupamento por sexo, faixa etária e escolaridade 2019, Curitiba	46
Gráfico 7.	Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano IDHM de Curitiba, do Paraná, do Brasil, município de maior e menor IDHM, 2013	48
Gráfico 8.	Evolução do Índice de desenvolvimento Humano. Curitiba, 1991, 2000 e 2010	48
Gráfico 9.	Nascidos Vivos residentes em Curitiba, 2011– 2020	54
Gráfico 10.	Coeficiente de Natalidade por 1000 habitantes, Curitiba, 2011-2020	55
Gráfico 11.	Taxa de Fecundidade Total em Curitiba, 2011-2020	56
Gráfico 12.	Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós Neonatal e Perinatal/1000 Nascidos Vivos, Curitiba 2011-2020	58
Gráfico 13.	Razão de Mortalidade Materna. Curitiba, 2011-2020*	60
Gráfico 14.	Proporção de óbitos pelos cinco principais grupo de morte (capítulo CID-10). Curitiba, 2011-2020	63
Gráfico 15.	Taxa bruta de mortalidade (TBM), por 1.000 habitantes, Curitiba, 2011-2020	64
Gráfico 16.	Série Histórica da Taxa de Mortalidade, segundo grupo de causa por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020	65
Gráfico 17.	Série Histórica da taxa de mortalidade por sexo, por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020	66
Gráfico 18.	Série Histórica da Taxa de Mortalidade, segundo faixa etária por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020	67
Gráfico 19.	Mortalidade proporcional pelas principais causas de óbito (capítulo CID-10) por faixa etária. Curitiba, 2020	69
Gráfico 20.	Taxa de mortalidade bruta (TMB por 1.000 hab) conforme distrito de residência. Curitiba, 2019 e 2020	73
Gráfico 21.	Mortalidade proporcional pelas 4 principais DCNTs em relação ao total de óbitos. Curitiba, 2011-2020	74

Gráfico 22.	Mortalidade por DCNT em relação às outras causas, segundo faixa etária. Curitiba, 2020	74
Gráfico 23.	Mortalidade pelas quatro principais DCNTs, prematura (30 e 69 anos) e na população acima de 69 anos. Curitiba, 2011-2020	75
Gráfico 24.	Taxa de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT. Curitiba, 2011-2020	76
Gráfico 25.	Taxa de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT. Curitiba, 2011-2020	76
Gráfico 26.	Taxa de Mortalidade por causas externas, residentes em Curitiba – 2011 a 2020	77
Gráfico 27.	Taxa de Mortalidade das principais causas externas, segundo tipo de circunstância de morte, residentes em Curitiba – 2011 a 2020	78
Gráfico 28.	Taxa de Mortalidade por Causas Externas segundo sexo, residentes em Curitiba – 2011 a 2020	79
Gráfico 29.	Proporção de óbitos por Causas Externas, segundo sexo e circunstância de morte, residentes em Curitiba, 2011 a 2020	80
Gráfico 30.	Proporção de óbitos por causas externas em relação a outras causas (Capítulo da CID-10), segundo faixa etária, residentes em Curitiba, 2020	81
Gráfico 31.	Casos novos de neoplasias malignas em Mulheres, Curitiba, 2012-2016	82
Gráfico 32.	Casos novos de neoplasias malignas em homens. Curitiba, 2012-2016	83
Gráfico 33.	Taxas ajustadas de incidência de neoplasias malignas para as cinco localizações primárias mais frequentes/100 mil mulheres em Curitiba, 1998 a 2016	83
Gráfico 34.	Taxas ajustadas de incidência de neoplasias malignas para as cinco localizações primárias mais frequentes, por 100 mil homens em Curitiba, 1998 a 2016	84
Gráfico 35.	Número de mortes por sinistros de trânsito, taxa de mortalidade (100 mil habitantes) e razão de mortalidade por (10 mil veículos). Curitiba, 2011 a 2020	87
Gráfico 36.	Principais fatores e condutas que contribuíram para ocorrência dos sinistros de trânsito. Curitiba, 2011 – 2020.	89
Gráfico 37.	Percentual dos fatores e conduta apontados como contributivos para os sinistros de trânsito fatais. Curitiba, 2011 – 2020	89
Gráfico 38.	Série histórica da taxa de incidência da sífilis congênita e taxa de detecção da sifilis em gestante, Curitiba 2011 - 2020	91
Gráfico 39.	Taxa de incidência/detecção de hepatites virais segundo agente etiológico e ano de notificação - 2009 a 2019	94
Gráfico 40.	Coeficiente de incidência da Tuberculose, Curitiba, 2013 a 2020	97

Gráfico 41.	Taxa de incidência de casos novos de Tuberculose por Distrito Sanitário, 2019 e 2020	98
Gráfico 42.	Proporção de cura de casos de Tuberculose pulmonar bacilífera. Curitiba, 2009-2020	99
Gráfico 43.	Proporção de abandono de casos de Tuberculose pulmonar bacilífera. Curitiba, 2009-2020	100
Gráfico 44.	Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo masculino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2019	102
Gráfico 45.	Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo feminino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2019	103
Gráfico 46.	Casos notificados de HIV/aids por ano de diagnóstico categoria de exposição. Curitiba 2000-2019	104
Gráfico 47.	Série histórica de notificações de violência contra crianças e adolescentes, Curitiba 2011 a 2020	108
Gráfico 48.	Série histórica de notificações de violência contra a mulher, Curitiba 2011 a 2020	108
Gráfico 49.	Série histórica de notificações de violência contra a pessoa idosa, Curitiba 2013 a 2020	109
Gráfico 50.	Série histórica de casos de Violência Sexual até 17 anos - Curitiba, 2011 a 2020	110
Gráfico 51.	Série histórica de casos de Violência Sexual com 18 anos ou mais - Curitiba, 2011 a 2020	111
Gráfico 52.	Principais grupos de internação do CID 10 no SUS Curitiba, 2017 – 2020	112
Gráfico 53.	Número de internações por CSAB, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos – Curitiba 2017 a 2020	115
Gráfico 54.	Percentual de internação por CSAB, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos – Curitiba, 2017 a 2020	116
Gráfico 55.	Taxa de internação por 10 mil hab. por CSAB, segundo principais diagnósticos – Curitiba 2017 a 2020	117

Sumário

APRESENTAÇÃO 13
1. MISSÃO 15
2. VISÃO 15
3. VALORES 15
4. HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA 16
5. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA 27
5.1 HISTÓRICO 27
5.2 LOCALIZAÇÃO E CLIMA 29
5.3 VIAS DE ACESSO A CURITIBA 30
5.4 HIDROGRAFIA, ÁREAS DE OCUPAÇÕES E PROTEÇÃO AMBIENTAL E ÁREAS DE RISCO PARA INUNDAÇÕES 32
5.5 DIVISÃO TERRITORIAL DE CURITIBA 36
5.6 DOMICÍLIOS 37
5.7 ENERGIA ELÉTRICA 38
5.8 ÁGUA E ESGOTO 39
5.9 ÁREAS VERDES 39
5.10 RESÍDUOS SÓLIDOS 41
6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 42
6.1 ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA: 42
6.2 ECONOMIA E RENDA 43
6.3 ESCOLARIDADE e DESENVOLVIMENTO HUMANO 47
7. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (RMC) 49
8. CONDIÇÕES DE SAÚDE 53
8.1 NASCIDOS VIVOS 53
8.2 NATALIDADE E FECUNDIDADE 54
8.3 MORTALIDADE INFANTIL 56
8.4 MORTALIDADE MATERNA 59
8.5 MORTALIDADE GERAL 61
8.6 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 73
8.7 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS 77
8.8 INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS 81
8.9 VIDA NO TRÂNSITO 86
8.10 DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA CRÔNICA 90
8.11 VIOLÊNCIAS 106
8.12 PERFIL DE INTERNAÇÕES 111
9. SAÚDE AMBIENTAL 117
9.1 INSPEÇÕES REALIZADAS POR TIPO DE SERVIÇO 118
9.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA 119
9.3 SETOR DE ENGENHARIA 121
9.4 PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO AEDES 121
9.5 AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOONOSES E VETORES 122
10. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 123
10.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO 126

10.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO NUTRICIONAL 126
10.3 PROFISSIONAIS DE APOIO ESTRATÉGICO NA APS 127
10.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 127
10.5 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA 128
10.6 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO 128
10.7 ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE 128
11. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR 129
12. ATENÇÃO À ÚRGENCIA E EMERGÊNCIA 133
13. REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA 134
14. SAÚDE BUCAL 136
15. SAÚDE MENTAL 137
16. SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 143
17. EDUCAÇÃO EM SAÚDE 144
18. LABORATÓRIO MUNICIPAL 145
19. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 145
19.1 ORGANIZAÇÃO FARMACÊUTICA - GESTÃO DOS MEDICAMENTOS 146
19.2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA (Cuidados farmacêuticos) 149
19.3 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 149
20. CENTRAL DE TELEATENDIMENTO 151
21. APLICATIVO SAÚDE JÁ 153
22. FINANCIAMENTO EM SAÚDE 153
23. FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO Á SAÚDE 154
24. CONTROLE INTERNO 155
25. CONTROLE SOCIAL 156
26. PLANO DE GOVERNO 157
27. DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - 2022 A 2025 159
28. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 178
29. REFERÊNCIAS 179
30. ANEXOS 181
ANEXO I - Resolução Nº 21, de abril 2021: 181
ANEXO II – Propostas aprovadas na 14ª Conferência Municipal de Saúde: 183

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025, norteia os rumos desta política pública, a ser implementada e monitorada pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba nos próximos anos. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, é um instrumento central de planejamento, fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes, objetivos, ações e metas do Plano Municipal de Saúde, possuem um papel orientador, uma vez que apresentam os compromissos de governo para o setor, explicitando o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal da Saúde para alcançar sua missão.

O monitoramento e a avaliação da execução do plano, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados, permitem qualificar o desempenho das ações, visando à melhoria do perfil de saúde da população e do SUS Curitibano. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde configura-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular.

Para o processo de planejamento destacam-se importantes documentos pertencentes à legislação do SUS:

- A Lei Nº 8080/1990, no Capítulo III, trata especificamente do planejamento, estabelecendo que o processo deve ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (Art. 36).
- A Lei Nº. 8.142/1990, no Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde.
- A Portaria Nº 2.135/ 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- O Decreto Federal Nº 7.508/2011 e a Lei Complementar Nº 141/2012 colocam o planejamento da saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado.

As ações do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foram propostas com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário, nas propostas

aprovadas na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2019, e em instrumentos de gestão: Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estratégico da SMS, Indicadores de Saúde estabelecidos no Pacto Interfederativo.

Cabe destacar que no período de elaboração deste Plano, o mundo estava focado no enfrentamento à Pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), em uma mobilização sem precedentes nos sistemas de saúde. Nos dois últimos anos, 2020 e 2021, todos os esforços estiveram concentrados no enfrentamento à doença, especialmente em ações voltadas à vigilância, assistência e vacinação. Apesar deste cenário tão desafiador, a equipe da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em conjunto com representantes de entidades de trabalhadores, prestadores e usuários, engajou-se no planejamento das ações dos próximos quatro anos.

Na 365ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, ocorrida em fevereiro de 2021, foi discutido e aprovado o cronograma para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Em março, na 366ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, novo cronograma foi sugerido e aprovado, e a discussão do Plano foi remetida para a Comissão de Regimento, Regulamento e Legislação do Conselho Municipal de Saúde, com a participação dos representantes das demais comissões temáticas. Os apontamentos e contribuições apresentadas serviram de subsídio para a discussão no pleno na 367ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em dia 14 de abril de 2021, quando foi aprovado o Plano Municipal de Saúde 2022 -2025, conforme a Resolução nº 21/2021 (anexo 1).

Durante o ano de 2021, a equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde acrescentou informações no documento discutido anteriormente, complementando dados sobre o município de Curitiba, comentários e análises de indicadores, inserção de gráficos e tabelas.

Por fim, cabe informar que o Plano é avaliado e revisto a cada ano na Programação Anual de Saúde, em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliações expostas no Relatório Anual de Saúde.

1. MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Formular e desenvolver a política municipal de saúde, fortalecendo as redes de atenção, com participação da sociedade, incorporando a tecnologia para promoção do cuidado eficiente, efetivo, afetivo e oportuno com equidade para a população.

2. VISÃO

Ser, até 2032, uma cidade com população saudável e feliz onde o SUS seja reconhecido por sua excelência, tornando-se uma referência nacional e internacional.

3. VALORES

Ética entendida como um conjunto de valores morais e princípios, que deve orientar a instituição na sua atuação, para criar um ambiente social e político justo, solidário e pacífico.

Respeito entendido como um valor institucional que permite que se possa reconhecer, aceitar, apreciar e valorizar as qualidades do próximo e os seus direitos. Portanto, pressupõe um comportamento institucional disponível e receptivo, para expressar e ouvir o contraditório, para conviver e relacionar-se com as diferenças mais variadas e com as preferências da maioria e das minorias.

Transparência entendida como tornar de domínio público os atos do governo, dar pleno conhecimento ao cidadão das políticas públicas; é cultivar a noção de interdependência e de que a história de uma organização se constrói junto com todos, em um modelo no qual a confiança é protagonista.

Eficiência entendida como a capacidade instititucional e dos profissionais de fazer as coisas no tempo devido sem erros e utilizar somente os recursos necessários.

Compromisso entendido como a capacidade da instituição de sustentar uma escolha, em razão da sua missão e visão; e o comprometimento com os resultados desejados para a sociedade.

4. HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

O município de Curitiba iniciou as ações em Saúde Pública após a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde em 1963. Um ano após foi inaugurada a 1ª Unidade Sanitária, no Bairro Cajuru. Foram efetivadas as primeiras contratações de profissionais na área da saúde. Ainda, no final desta década, iniciou-se a atenção odontológica em cinco escolas da Rede Municipal da Educação e foi inaugurada a Unidade Sanitária do Pilarzinho.

Na década de 1970 a cidade se desenvolveu e se urbanizou devido à intensa migração rural. Neste período a rede municipal de saúde possuía 10 Unidades Sanitárias e 13 consultórios odontológicos. Em 1979, o município iniciou a implantação da Atenção Primária à Saúde, seguindo recomendações da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata, no Cazaquistão.

Na década seguinte foram implantadas Unidades Sanitárias com delimitação de áreas de abrangência, os auxiliares (atendentes) que compunham as equipes de saúde eram selecionados dentre os moradores destas comunidades. O modelo de atenção proposto enfatizava a educação em saúde, atendimento programado, imunização e participação comunitária. No ano de 1985 o município aderiu às Ações Integradas de Saúde - AIS. Recursos federais permitiram a expansão da rede, com a construção de 14 Centros de Saúde e 3 Clínicas Odontológicas. Neste mesmo ano foi realizado concurso público para todas as categorias profissionais.

Por meio da Lei Municipal nº 6.817/1986 foi criada a Secretaria Municipal da Saúde, com ampliação da rede municipal de saúde para 42 Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas.

Em 1987 estruturam-se no município as ações de epidemiologia. No ano de 1989 a SMS instituiu o Comitê Municipal de Morte Materna, publicou o 1º Boletim Epidemiológico e adquiriu duas ambulâncias. A rede de serviços municipais contava com 53 Centros de Saúde e 34 Clínicas Odontológicas.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde norteou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1986. Posteriormente, a Constituição Federal de 1988 determinou três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como um dever do Estado; a instituição do SUS, estruturado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. O SUS é concebido como um sistema de acesso universal e gratuito, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a porta de

entrada no sistema de serviços de saúde no Brasil. Em Curitiba, a estruturação da Vigilância Sanitária Municipal se deu a partir de 1990, com a seleção interna de técnicos de nível médio e a contratação de profissionais de nível superior.

Em março de 1990, foi assinado o convênio de implantação do SIATE entre a Secretaria de Estado da Segurança Pública, a Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal de Saúde e do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - (IPPUC), serviço de Atendimento Pré-hospitalar voltado ao atendimento de vítimas de traumas e limitado à Cidade de Curitiba. No mesmo, a Unidade de Saúde Parigot de Souza passou a atender diuturnamente.

Entre as inovações, destacamos a forma de pagamento dos profissionais incluindo a remuneração variável, no início da década de noventa, momento em que ocorre de forma mais acentuada a expansão da rede pública municipal da saúde

Com a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, em 1991, com o tema “Diretrizes da Política Municipal da Saúde de Curitiba”, foi constituído o Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado e deliberativo.

Em 1992, avançando no processo de descentralização dos serviços, a SMS implantou sete Núcleos Regionais de Saúde, criou os Departamentos de Saúde Ambiental, Epidemiologia em Saúde, Planejamento em Saúde e Assistência à Saúde. Foram municipalizadas a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Unidades de Saúde pertencentes ao antigo INAMPS e SESA/PR.

No mesmo ano, foi inaugurado o Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Curitiba e implantou-se, no município, o Programa de Saúde da Família. Inicialmente na Unidade de Saúde Pompéia e em seguida na US São José. Neste período foram realizadas, durante 9 meses, sob coordenação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), oficinas de territorialização, incorporando novas práticas locais/distritais de planejamento: todos são responsáveis por planejar, acompanhar e avaliar ações. Institucionaliza-se o conceito de "Vigilância à Saúde" com base territorial.

A prática de Saúde da Família nasceu em Curitiba num contexto de profundas mudanças da lógica de organização de serviços públicos de saúde, em sintonia com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora os referenciais internacionais e nacionais utilizados fossem focados no trabalho do médico de família, em Curitiba a proposta já nasceu com a visão inovadora da equipe multiprofissional, incorporando a equipe de saúde

bucal, de forma pioneira, prática esta incorporada pelo Ministério da Saúde somente no ano de 2000.

Em 1993 foi realizada a 2ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, com o tema “Em defesa do Sistema Único de Saúde”. Nesta Conferência foi discutido o Código de Saúde Municipal, base para a Lei Municipal Nº 9000/96. A rede era composta por 85 Unidades de Saúde, sendo cinco delas 24 Horas. Neste ano foi implantada a Farmácia Curitibana, definindo a listagem de medicamentos prioritários para a demanda das Unidades de Saúde.

Em 1995, a Secretaria Municipal da Saúde habilitou-se à Gestão semiplena do SUS (NOB/SUS 93), onde o repasse de recursos financeiros passou a ser realizado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Com isso, a SMS assumiu a regulação das ações de saúde, ambulatoriais e hospitalares, a gerência dos convênios e contratos de prestadores da rede básica, o controle e avaliação de autorizações de internamento hospitalar (AIH's), incluindo o alto custo. Implantou as Centrais Metropolitana de Leitos em parceria com a SESA, a Central de Consultas Especializadas e a Central de Atendimento ao Usuário/CAU, para acolher sugestões e solicitações dos usuários e organizou a Atenção em Saúde Mental com enfoque comunitário.

Neste mesmo ano foi publicada a Portaria nº 33/95, que regulamentou o Plano de Incentivo a Qualidade (PIQ), programa de remuneração variável, e em 1996 o programa de Incentivo ao Desenvolvimento Gerencial (IDG) ambos destinados às equipes das Unidades de Saúde.

Também em 1995 foi realizada a 3ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Qualidade de Vida e Saúde”.

A Lei Municipal 8962/1996 criou o Sistema Municipal de Auditoria que possibilita o acompanhamento, fiscalização, controle das ações e serviços de saúde.

No ano de 1997, as ações de atenção odontológica foram incrementadas com o Lançamento do Programa Cárie Zero e do Programa Amigo Especial para pessoas com deficiências. Nesse mesmo ano a SMS passa por reestruturação administrativa sendo criados os Centros de Assistência à Saúde, de Informação em Saúde, de Saúde Ambiental, de Epidemiologia, de Controle, Avaliação e Auditoria e os Distritos Sanitários em substituição aos Núcleos Regionais de Saúde.

Foi inaugurado em 6 de julho de 1997 o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, primeiro hospital público municipal. No mesmo ano, foi criado o Plano de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde - PASES, cujo objetivo era a atuação de forma uniforme,

padronizada e programada na fiscalização de Serviços de Assistência à Saúde (Hospitais e Clínicas Médicas e Odontológicas), Serviços de Alto Risco e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Ainda neste ano, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba implantou o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, como uma das capitais-piloto do Ministério da Saúde.

Em agosto de 1997 foi realizada a 4ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "Sistema Único de Saúde (SUS) – Saúde Pública com Qualidade".

Avançando na consolidação do SUS, em 1998, Curitiba habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal. Nessa modalidade de gestão o município era totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e possuía autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços. O repasse de recursos financeiros passou a ser realizado do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal da Saúde. Nesta época o município contava com 98 Unidades de Saúde e, foi criado o Distrito Sanitário Bairro Novo.

O Programa Mãe Curitibana, implantado no ano de 1999, organizou uma rede integrada de atenção materno-infantil, implementando a qualidade das ações de forma continuada e humanizada às gestantes e bebês. Mediante protocolos técnicos e qualificação das equipes de saúde, foi instituído o atendimento integral às gestantes desde o pré-natal até o puerpério, conforme classificação do risco. Com o intuito de fortalecer o Programa Mãe Curitibana e reduzir a mortalidade infantil no município, a Secretaria Municipal da Saúde convocou os serviços de saúde, entidades de classe, instituições de ensino e sociedade para o movimento denominado Pacto pela Vida.

A implantação do sistema informatizado em toda a rede da APS, em 1999, com a criação do prontuário eletrônico do paciente, o sistema Cartão Qualidade Saúde – CQS, permitiu a captação de informações fidedignas em tempo real, facilitando o monitoramento do processo de trabalho. Neste mesmo ano foram implantados o Programa Saúde Mental Comunitária, o Acolhimento Solidário e o Programa de Tabagismo, este com o objetivo de prevenir o uso precoce, estimular o abandono pelos dependentes e eliminar a exposição da fumaça ambiental pelo tabaco. Também foi inaugurada a Unidade de Atenção ao Idoso Ouvidor Pardinho.

Em setembro de 1999 foi realizada a 5ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "SUS no III Milênio – Em Defesa da Vida".

No ano de 2000 a rede era composta por 104 Unidades de Saúde sendo 37 com o Programa de Saúde da Família, 90 clínicas odontológicas e 11 com especialidades. Como marco das ações intersetoriais de promoção de saúde foi implantado o Programa Cidadão Saudável e o Programa Ambiente Saudável envolvendo empresas privadas, universidades e escolas municipais.

Em 2001, o modelo de atenção da saúde foi reorientado com base no conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS. No dia primeiro de dezembro foi realizada campanha de testagem do HIV para a população em geral e a realização do teste para este público, que até então era realizado apenas no Centro de Orientação e Aconselhamento – COA, foi descentralizada para as Unidades Básicas de Saúde. Criado o Serviço de Inspeção Municipal de Produtos de Origem Animal. Neste ano foi realizada a 6ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Implantação do Sistema Integrado de Saúde em Curitiba”.

No ano de 2002, foram implantados o Programa Mulher de Verdade com objetivo de realizar Atenção às Mulheres Vítimas de Violência; a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência de forma integrada com outras secretarias e organizações; o Programa Adolescente Saudável que realizava ações de educação, prevenção e atenção ao adolescente; e, em parceria com a Fundação de Ação Social - FAS o Programa Qualidade em Estabelecimentos de Atenção ao Idoso.

Em abril de 2002 foi implantado, através do decreto 150/2002, o Programa de “Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade” – IDQ que veio substituir os programas de remuneração variável anteriores (IDG e IDQ). Também em 2002, a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu os Contratos de Gestão na Atenção Básica, provocando grande mobilização dos profissionais em uma pactuação anual de responsabilidades entre equipes de US, Conselho Local de Saúde e gestor distrital de saúde.

Em setembro de 2003 foi realizada a 7ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “15 anos do SUS Curitiba: Conquistas, Avanços e Desafios”.

Foi instituído no dia 14 de outubro de 2003, através da Resolução nº 021/2003, o Comitê de Ética em Pesquisa na Secretaria Municipal da Saúde com o apoio do Ministério da Saúde e da UNESCO.

Em agosto de 2004 foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, para emergências clínicas. Ainda neste ano, foram construídos junto às Unidades de Saúde os primeiros Espaços Saúde, estrutura destinada à educação em saúde e reuniões com a comunidade. No mesmo ano iniciaram-se os processos de Contratualização dos

Hospitais de Ensino, reforçando o princípio da integralidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Em 2005 foi instituído o Distrito Sanitário CIC. Ainda, implementando as ações intersetoriais de promoção de saúde, foi estruturado o Programa Mutirão da Cidadania, com enfoque para questões ambientais e melhorias urbanas no território. Em agosto de 2005 cerca de 700 pessoas participaram da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, tendo como tema “A participação popular na construção de um viver saudável”.

Em 2006 foram inauguradas as Unidades de Saúde Mãe Curitibana, Pinheirinho 24 horas e o Centro de Especialidades Odontológicas Sylvio Gevaerd.

Também neste ano, foi realizada a campanha para diagnóstico de HIV utilizando o teste rápido, incorporado posteriormente como rotina no Centro de Orientação e Acompanhamento/COA. Foi implantada a Ouvidoria da Saúde, disponibilizando aos cidadãos curitibanos uma central telefônica de acesso gratuito. Foram incorporados à equipe de saúde os profissionais psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, biólogo, de forma a ampliar as ações desenvolvidas pela SMS.

Ainda em 2006, Curitiba iniciou o processo de adesão ao Pacto pela Saúde, política para a saúde conduzida pelo Ministério da Saúde/ CONASS e CONASEMS, amplamente discutido com gestores, técnicos e com Conselho Municipal de Saúde – CMS, sendo finalizado com a aprovação em fevereiro de 2007.

O serviço de urgência do SUS Curitiba reestruturado em 2007, foi organizado como Sistema de Urgência e Emergência, abrangendo unidades móveis do SAMU e SIATE, a Central de Regulação e as Unidades de Saúde 24 horas, que passaram a ser denominadas Centros Municipais de Urgência Médica (CMUM). Essa reestruturação mudou o papel de unidades de atendimento de demanda espontânea, para pontos de atenção voltados prioritariamente para casos de urgência/emergência, sendo retaguarda para 90% dos atendimentos efetuados com o SAMU.

Ainda em 2007 aconteceu a 9ª Conferência Municipal da Saúde de Curitiba com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”.

Reforçando as atividades de promoção à saúde em conjunto com as US, foram implantados em 2009, 29 Núcleos de Apoio a Atenção Primária à Saúde – NAAPS. No mesmo ano foi realizada a 10ª Conferência Municipal de Saúde com o Tema “Rede de Cuidados: 20 anos do SUS Curitiba”, que reforçou a importância da efetivação de redes de atenção que busquem os princípios do SUS.

Foi sancionada a Lei Municipal Nº 13.254/ 2009 Antifumo - que “dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no Município de Curitiba” e, ainda em 2009, foi implantado o Programa de Prevenção e Detecção do Câncer Bucal.

Em 2009, com a ampliação de serviços de saúde e a necessidade de dar agilidade nos processos de gerenciamento, a Secretaria Municipal da Saúde fez um amplo debate com a sociedade e aprovou a Lei de criação da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde - FEAES nº 13.663/2010.

Em 2010 os profissionais de nível superior da Secretaria Municipal da Saúde foram capacitados para a implantação da Classificação de Risco, com a utilização do “Protocolo de Manchester” no atendimento nos CMUMS e US.

Foram implantados os Programas de Saúde da Pessoa com Deficiência e de Saúde do Homem, a técnica de sedação em odontologia utilizando óxido nitroso nos Centros Especialidades Odontológicas/US Amigo Especial e uma equipe móvel de internação domiciliar para idosos acamados.

Neste mesmo ano, foi lançado o Protocolo do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação e o Programa Mulher Curitibana,

No campo da gestão da qualidade dos serviços, 159 equipes da rede de atenção de Curitiba aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde. A 11ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba “SUS, patrimônio do povo brasileiro – Controle Social em Curitiba, 20 anos de construção” ocorrida em julho de 2011, foi mais um marco na história do controle social no município.

No início de 2012, foi implantado o e-Saúde, novo sistema informatizado da SMS em substituição ao CQS (Cartão Qualidade Saúde), que havia sido implantado na rede municipal em 1999.

Em comemoração aos 13 anos do Programa Mãe Curitibana foi incluído o exame de oximetria /teste do coração para os recém-natos. Foi lançada a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança e editada a nova versão da Carteira da Criança Curitibana, com campos para registro dos resultados do teste da orelhinha, do olho e do coração. Também inserido espaço para registro da pressão arterial para crianças acima de três anos e orientações sobre a utilização da cadeirinha em veículos.

Ainda em 2012, foi inaugurado o Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA) com 9,8 mil metros quadrados de construção, 141 leitos, sendo 20 de UTI e duas salas cirúrgicas, estrutura moderna e acolhedora, e uma equipe multiprofissional preparada para atender os

idosos com respeito e qualidade. A estrutura do hospital permitiu a organização da Central de Laudos de Exames, a qual passou a interligar a nova rede de seis anexos de Raios-X digital nos CMUMS, com transmissão dos laudos ao Prontuário Eletrônico do Paciente.

Foram implantadas 10 equipes de atenção domiciliar para ampliar o cuidado em casa para idosos egressos dos Hospitais e foi lançada a Rede de Proteção do Idoso.

Também em 2012, foi implantado o Pronto Atendimento Odontológico nos CMUMS Boa Vista, Sítio Cercado e Fazendinha. Ampliando a rede de Saúde Mental do Município, o Centro Vida foi o 1º Centro de Atenção Psicossocial III – Álcool e Drogas com funcionamento 24 horas todos os dias.

No mesmo ano foi assinado o Termo de Cooperação Técnica entre a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/Brasil, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, a Secretaria Estadual da Saúde - SESA, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR e a Prefeitura Municipal de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde - PMC/SMS, formalizando a adesão da cidade ao Laboratório de Inovação sobre Atenção às Condições Crônicas na APS. No mesmo período foi lançado o manual sobre Autocuidado Apoiado (Manual do Profissional de Saúde) e o Caderno de Exercícios, produzidos pela equipe da SMS de Curitiba para apoiar a implementação de novas tecnologias do cuidado na Atenção às condições crônicas. Neste ano a rede de serviços da SMS contava com 108 US sendo 55 com Estratégia de Saúde da Família.

Em 2013, a SMS implantou em conjunto com a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba - FEAES o primeiro programa de residência médica nas especialidades Medicina da Família e Comunidade, Clínica Médica, Psiquiatria, Medicina Intensiva, Geriatria, Psiquiatria da Infância e Adolescência. Também, foi lançado o projeto Telessaúde neurologia adulto, com plataforma *online,* parceria da Secretaria Municipal da Saúde com o Hospital de Clínicas e a Secretaria de Estado da Saúde, teleconsultoria associada a um sistema de telerregulação.

Ainda em 2013, foi ampliado o número de US com Estratégia de Saúde da Família, passando de 55 para 65 Unidades de Saúde. Foram implantadas 4 equipes de Consultório na Rua, em substituição ao Consultório de Rua que atuava desde 2009. O município aderiu ao Programa Mais Médico (PMM) do Ministério da Saúde, recebendo 48 médicos de várias nacionalidades. A 12ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em novembro deste ano teve como tema: “A Construção da Gestão Compartilhada no SUS de Curitiba”.

Em 2014, foram implantadas as Residências Multiprofissionais Saúde do Idoso, Saúde da Família, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Urgência e Emergência, em parceria entre SMS/PMC, FEAES e Faculdades Pequeno Príncipe.

Em 2015, foi inaugurada a nova sede do Laboratório Municipal de Curitiba, com a ampliação da estrutura física. Também foi implantado o Ambulatório de Gerontologia para acompanhar os idosos de forma integral e multiprofissional nas áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Enfermagem, no Hospital do Idoso Zilda Arns. Foi inaugurado o Distrito Sanitário Tatuquara.

Também no ano de 2015 foi realizada a 13ª Conferência Municipal de Saúde com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”.

Em maio de 2016 foi realizada a 22ª Conferência Mundial de Promoção de Saúde em Curitiba com o tema "Saúde em Todas as Políticas - Promovendo Saúde e Equidade” com a participação de representantes de vários países onde foram compartilhadas experiências exitosas.

Em 2017 foi implantado o Aplicativo Saúde Já Curitiba, ferramenta de acesso aos serviços ofertados nas Unidades de Saúde, que visa a melhoria do acesso dos usuários, permitindo o agendamento do primeiro atendimento na Unidade de Saúde, inaugurando uma nova ferramenta para interação do SUS com o cidadão.

O município aderiu ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS SESA/SAS e 19 Unidades de Saúde assinaram termo de compromisso para implantação da Tutoria APS.

O município também aderiu à Rede Mãe Paranaense que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

Foi inaugurada a UPA Tatuquara em 02 de maio de 2017, integrando a rede de atenção à saúde do Distrito Sanitário do Tatuquara, com base do SAMU e apoio de helicóptero para dar agilidade ao socorro e transporte de pacientes.

Através da Portaria 155/ 2017, fica instituído o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das US – IVAB, estratégia para promoção da equidade no Sistema Único de Saúde – SUS em Curitiba, utilizado para definir a distribuição equitativa dos recursos do SUS Curitiba e como norteador das ações de saúde no município.

Ainda neste ano, a Telerregulação passa a ser realizada exclusivamente pela Secretaria Municipal da Saúde englobando 13 especialidades, o que trouxe maior resolutividade, agilidade e segurança nos encaminhamentos oriundos da Atenção Primária.

Para o enfrentamento das doenças circulatórios, em 2018 a SMS implantou o Programa "Escute seu Coração" que engloba os eixos da promoção, prevenção, atenção à saúde, vigilância, urgência e emergência. A implantação dos protocolos de urgência e emergência para dor torácica e AVC ampliou, qualificou o acesso aos serviços hospitalares. Dentre as ações, a captação precoce e priorização de encaminhamento hospitalar são importantes estratégias adotadas.

Em 2019 ocorreu a 14ª Conferencia Municipal de Saúde com o tema "Atenção à Saúde em Curitiba e os desafios para o futuro", com a participação de 629 pessoas. Foram realizadas anteriormente as etapas das 111 Conferências Locais de Saúde com participação de 7.380 pessoas e 10 Conferências Distritais de Saúde com a presença de 1.467 participantes. O legado deste momento de discussão sobre a saúde em Curitiba resultou em 169 propostas aprovadas, que nortearam a composição deste Plano Municipal de Saúde.

Também neste ano foi ampliado o escopo de atuação da FEAES, pela Lei Municipal nº 15.507/2019, passando a ser denominada Fundação Estatal de Atenção em Saúde – FEAS.

O grande desafio da Secretaria Municipal da Saúde em 2020, foi a organização do sistema de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Desde a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19), realizada pela organização Mundial da Saúde, foram desencadeadas várias ações, com objetivo de focar esforços no enfrentamento ao novo Coronavírus, mantendo o atendimento, decorrente de outras condições, à população.

A OMS, em 11 de março de 2020, classifica o surto do novo Coronavírus como pandemia (ONU Brasil, 2020), mesma data em que Curitiba tem seu primeiro caso confirmado (Curitiba, 2020).

Antes mesmo do primeiro caso confirmado em Curitiba, ocorreu a mobilização dos diversos setores da sociedade para a discussão e encaminhamentos de medidas de prevenção e controle do novo Coronavírus. Cabe destacar a elaboração do Plano de Contingência para resposta às emergências em saúde pública do município de Curitiba, que tem como objetivos, estabelecer respostas coordenadas no âmbito do Município de Curitiba, mantendo consonância com as definições dos níveis de gestão estadual e federal, adotando

medidas para reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do novo Coronavírus e estabelecer a utilização de protocolos e procedimentos padronizados.

É implantada a Central de Atendimento Covid-19 (3350-9000) para dirimir dúvidas e dar orientações à população quanto à conduta em casos suspeitos. Poucos dias após sua estruturação são realizados, em média, 1.500 atendimentos diários. Tem início o acompanhamento telefônico de todas as pessoas com sintomas respiratórios (casos suspeitos ou confirmados). O prontuário eletrônico é adequado para receber informações da Covid-19. O aplicativo Saúde Já Curitiba recebe novas funcionalidades ligadas à doença. Curitiba inova e foi o primeiro município do país a oferecer videoconsulta para pacientes com suspeita da doença, acolhidos pela central.

Em 22 de julho de 2020 foi inaugurada a Casa Irmã Dulce, no Tatuquara. Inicialmente concebida como unidade de estabilização psiquiátrica, teve seu perfil de atendimento provisoriamente alterado, para ampliação da assistência hospitalar, destinando o maior número possível de leitos ao tratamento de casos de Coronavírus.

Em setembro de 2020 a Unidade de Estabilização Psiquiátrica Casa Irmã Dulce, retorna à sua missão, atuando como retaguarda para o atendimento das pessoas em agudização/urgência do quadro psiquiátrico.

Em 2021, o Município entrou em alerta máximo contra a Covid-19, o que ensejou o desenvolvimento de ações com o objetivo fim de intensificar a capacidade de resposta do sistema de saúde aos casos mais complexos, com a missão única de salvar vidas.

Para garantir atendimento aos casos de Covid-19 e outras emergências médicas graves, o Sistema Único de Saúde Curitibano passou por rápida reorganização. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) passaram a realizar atendimentos de casos graves e moderados de Covid-19 e de outras doenças, inclusive em regime de internação. As Unidades Básicas também alteraram seu perfil de atendimento, absorvendo o atendimento às urgências e emergências médicas leves e moderadas e atendimento às urgências odontológicas. Neste período ocorreu a disponibilização do maior quantitativo de leitos exclusivos ao atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 desde o início da pandemia, chegando ao patamar de 874 leitos de enfermaria clínica e 548 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em janeiro de 2021, teve início a Campanha de Vacinação contra a Covid-19, sendo elaborado o Plano de Vacinação e os pontos de imunização estruturados para acolher carinhosamente a população curitibana. Dentre os destaques está a criação no Centro de

Eventos do Parque Barigui, do “Pavilhão da Cura” uma mega estrutura onde inicialmente foram vacinados os profissionais da saúde da linha de frente no enfrentamento à Covid-19. As equipes volantes percorreram as 127 Instituições de Longa Permanência (ILPS), aplicando a vacina em moradores e trabalhadores além dos indígenas aldeados da aldeia Kakané-Porã, na Regional Tatuquara. Na sequência a vacinação foi ampliada para os idosos, que ocorreu de forma escalonada, por grupo prioritário, conforme descrito no Plano de Vacinação de Curitiba e o quantitativo de doses recebidas pelo Ministério da Saúde, em 12 pontos fixos e 3 drive thru. No decorrer da campanha foi sendo ampliado o número de pontos, além de equipes volantes para vacinação em domicílio dos acamados. No mês de maio teve início a vacinação de pessoas com ou sem comorbidade com menos de 60 anos, pessoas com deficiência, gestantes e puérperas, trabalhadores da educação, motoristas e cobradores de ônibus, caminhoneiros e pessoas em situação de rua. No dia 30 de setembro as equipes de saúde haviam aplicado 2.436.659 doses de vacina nos curitibanos, atingindo cobertura de 92% da população com 18 anos e mais com a primeira dose aplicada. Nesta mesma data, 67% da população com 18 anos e mais estavam com esquema vacinal completo, ou seja, receberam segunda dose ou dose única. No final deste mês a cidade contava com 27 pontos fixos de vacinação contra Covid-19, sendo 22 Unidades de Saúde e cinco pontos externos: Rua da Cidadania Fazendinha, Centro de Referência em Esporte e Atividade Física – CREAF na Regional Portão, Clube da Gente do CIC, Centro de Esporte e Lazer Avelino Vieira na Regional Boa Vista e Rua da Cidadania Tatuquara.

Em paralelo, a Secretaria Municipal da Saúde desenvolveu o Painel da Evolução da Covid-19 em Curitiba, disponibilizado de forma on-line, que possibilita ao cidadão acompanhar os dados da Covid-19, bem informações sobre a vacinação em Curitiba, em tempo real e de forma interativa. O painel pode ser acessado pelo sítio eletrônico https://coronavirus.curitiba.pr.gov.br/painelcovid/.

5. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

5.1. HISTÓRICO

Curitiba era uma região de floresta onde reinavam as araucárias e moravam os povos indígenas jê e tupi-guarani. Seu nome significa pinheiral, na linguagem dos índios Guarani, remete à predominância do pinheiro-do-Paraná em seu território**.** Em 1649 o capitão Ébano

Pereira comandou uma expedição para exploração do ouro que se estabeleceu à margem do Rio Atuba, posteriormente se mudou à margem do Rio Ivo.

A instalação do pelourinho foi autorizada em 1668.

Em 29 de março de 1693, o capitão-povoador Matheus Martins Leme, ao coroar os "apelos de paz, quietação e bem comum do povo", promoveu a primeira eleição para a Câmara de Vereadores e a instalação da Vila, como exigiam as Ordenações Portuguesas. Estava fundada a Vila de Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, depois Curitiba.

A mudança do nome da vila e da rotina do povoado veio em 1721, com a visita do ouvidor Raphael Pires Pardinho, hoje nome de praça na cidade. Ele foi, provavelmente, a primeira autoridade a se preocupar com o meio ambiente da cidade, iniciando uma tradição pela qual Curitiba hoje é reconhecida internacionalmente.

Já naquela época, o ouvidor determinou aos habitantes que tivessem determinados cuidados com a natureza. O corte de árvores, por exemplo, só poderia ser feito em áreas delimitadas. E os moradores ficavam obrigados a limpar o Ribeiro (hoje Rio Belém), a fim de evitar o banhado em frente à igreja matriz. O ouvidor Pardinho estabeleceu também que as casas não poderiam ser construídas sem autorização da Câmara e deveriam ser cobertas com telhas. As ruas já iniciadas teriam de ser continuadas, para que a vila crescesse com uniformidade.

Esquecida pelos governantes da Capitania de São Paulo, Curitiba passou por um período de extrema pobreza. A prosperidade só viria a partir de 1812, com o tropeirismo. Ponto estratégico do caminho do Viamão a São Paulo e às Minas Gerais, o povoado viu crescer o comércio com a passagem dos tropeiros.

O aluguel de fazendas para as invernadas transferia os habitantes do campo para o povoado. Surgiram lojas, armazéns e escritórios de negócios ligados ao transporte de gado. Junto com o desenvolvimento, em 1853 foi conquistada a emancipação do Paraná. Curitiba se tornou capital, dona de seu destino.

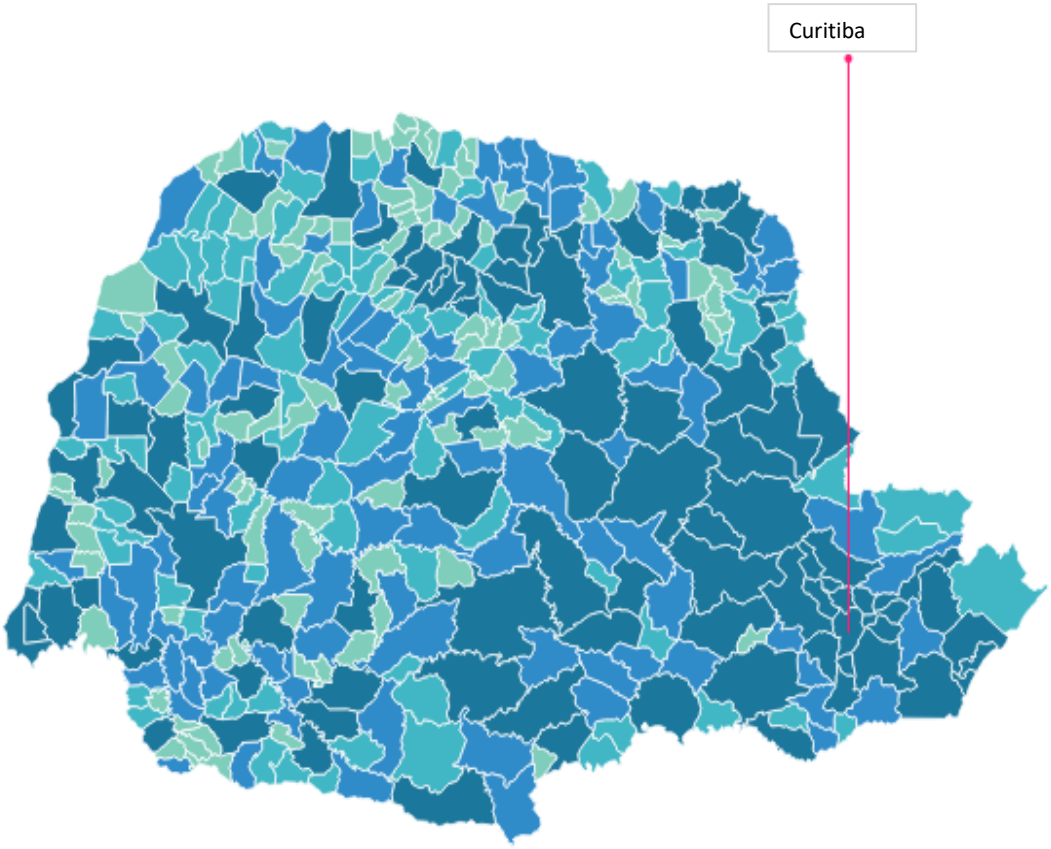
Curitiba é uma palavra de origem Guarani: kur yt yba quer dizer "grande quantidade de pinheiros, pinheiral", na linguagem dos índios, primeiros habitantes do território. Nos primórdios da ocupação humana, as terras onde hoje está Curitiba apresentavam grande quantidade de Araucaria angustifolia, o pinheiro-do-Paraná. A árvore adulta tem a forma de uma taça. Sua semente é o pinhão, fonte de proteína e alimento de grande consumo, in natura ou como ingrediente da culinária regional paranaense. O pinhão servia de alimento a um pássaro também encontrado em grande quantidade no começo da ocupação do território:

a gralha-azul (Cyanocorax caeruleus). De corpo azulado e cabeça preta, a gralha-azul, diz uma lenda, colhia o pinhão com o bico e o enterrava no solo para consumo posterior. Desses pinhões enterrados acabavam nascendo novos pinheiros.

5.2. LOCALIZAÇÃO E CLIMA

Curitiba, capital do estado do Paraná (Figura 1), fica a aproximadamente 110 quilômetros do Oceano Atlântico, com a altitude média de 934.6 metros. Seu ponto mais elevado, 1.021 metros, localiza-se no norte da cidade no Bairro Lamenha Pequena e o ponto de mais baixo relevo no bairro do Caximba, 864.9 metros, ao sul da capital na cabeceira do Rio Iguaçu (IPPUC, 2012).

Figura 1. Divisão dos municípios do estado do Paraná e localização de Curitiba.



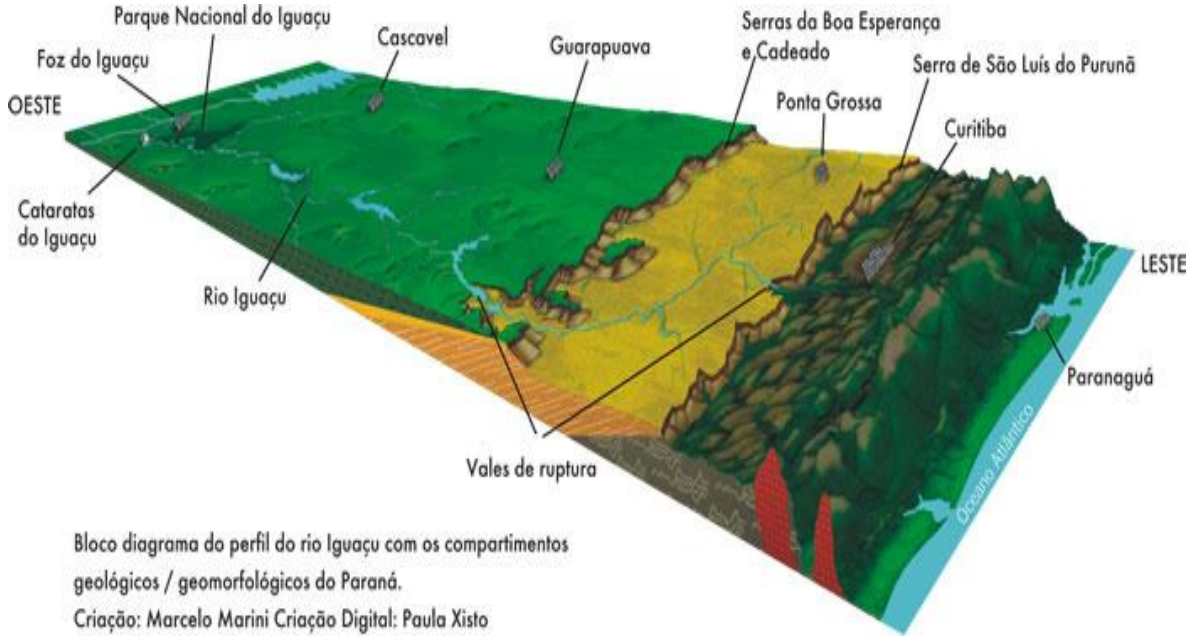
FONTE: IBGE, 2016.

Localizada no primeiro Planalto do Paraná, na sua parte menos ondulada, no também

denominado Planalto Curitibano, ocupa um espaço geográfico de 435,3km2 de área na latitude 25°25’40 S e longitude 49°16’23 W (Figura 2).

Em plena Mata Atlântica, um dos biomas mais devastados do Brasil, a cidade ainda consegue manter uma grande quantidade de áreas verdes em seu território para uma metrópole, tendo 64,5m² de área verde por habitante, menor somente que a de Goiânia, que possui 94m² e está em segundo lugar no mundo.

Figura 2. Divisão topográfica do Estado do Paraná.



FONTE: Serviço Geológico do Paraná - Secretaria do Meio Ambiente e Recursos Hídricos.

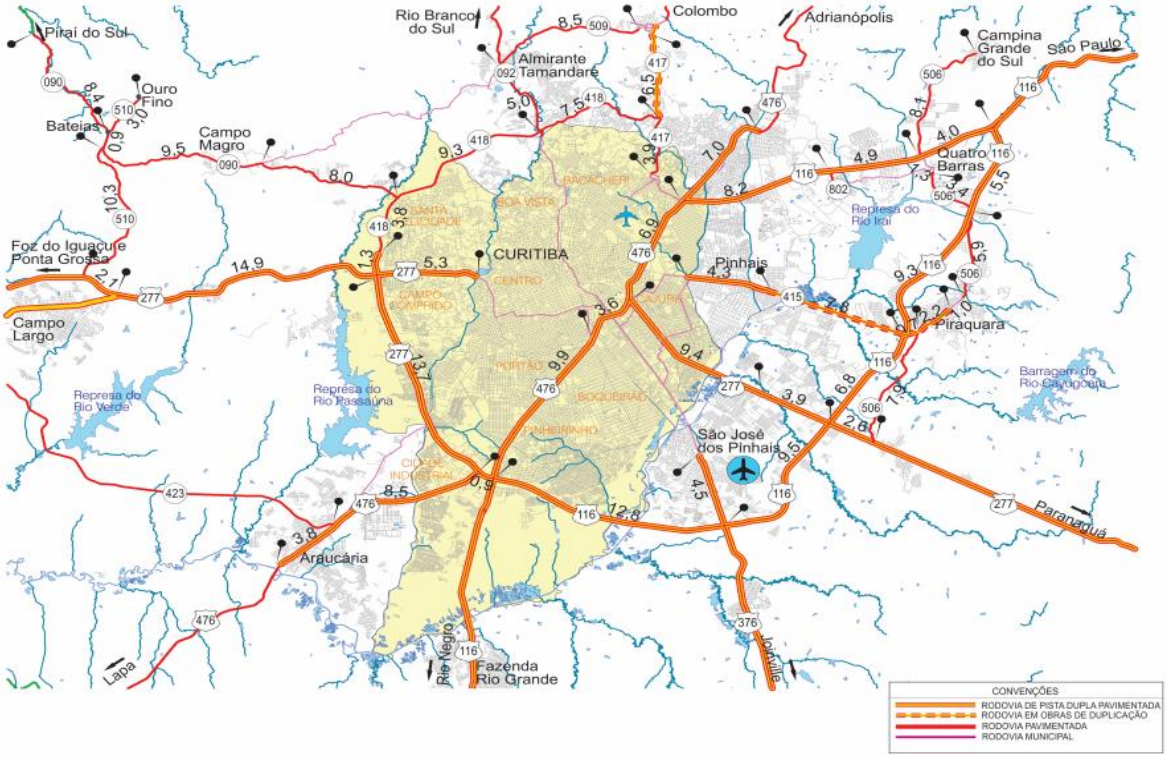
5.3. VIAS DE ACESSO A CURITIBA

O acesso a Curitiba pode ser através da Rodovia Régis Bittencourt, conhecida como BR-116, que por muitos anos dividiu a cidade em dois pedaços - Norte e Sul, cortando os bairros do Pinheirinho, Uberaba, Cristo Rei e Atuba, entre outros, no sentido Porto Alegre a São Paulo. O trajeto urbano desta rodovia foi desviado por uma série de contornos rodoviários, entre eles o Contorno Sul, que atravessa o bairro Umbará.

A cidade é ligada ao litoral do Paraná pela BR-277, que atravessa a Serra do Mar até a cidade de Paranaguá, também é possível chegar ao litoral pela histórica Estrada da Graciosa, cujo trajeto se inicia no vizinho município de Quatro Barras.

Curitiba é ligada ao interior do estado pela Rodovia do Café, no trecho paranaense da BR-376. Ainda, há diversas rodovias secundárias e estaduais que ligam a cidade a outros municípios como a Rodovia da Uva- PR-417 para Colombo, a Rodovia dos Minérios para Almirante Tamandaré e Vale do Ribeira, a Rodovia do Xisto para São Mateus do Sul e sudeste do estado e a Estrada do Cerne - PR-090 para Campo Magro e norte do estado do Paraná. Na Figura 3, observam-se as vias de acesso a Capital.

Figura 3. Vias de acesso terrestre ao município de Curitiba.



FONTE: IBGE/cidades, 2017

O acesso aéreo se dá pelo Aeroporto Internacional Afonso Pena, localizado no município contíguo de São José dos Pinhais, principal terminal aeroviário internacional da região Sul do Brasil. Na cidade de Curitiba encontra-se o Aeroporto do Bacacheri que atende a movimentação de pequenas e médias aeronaves particulares e de transporte executivo.

Próximo ao aeroporto do Bacacheri encontra-se o segundo Centro Integrado de Defesa Aérea e Controle de Tráfego Aéreo (CINDACTA II) - organização subordinada ao Departamento de Controle do Espaço Aéreo (DECEA), prevista pelo Decreto nº 87.758/1982. Presta serviços de: gerenciamento de tráfego aéreo, defesa aérea, informações

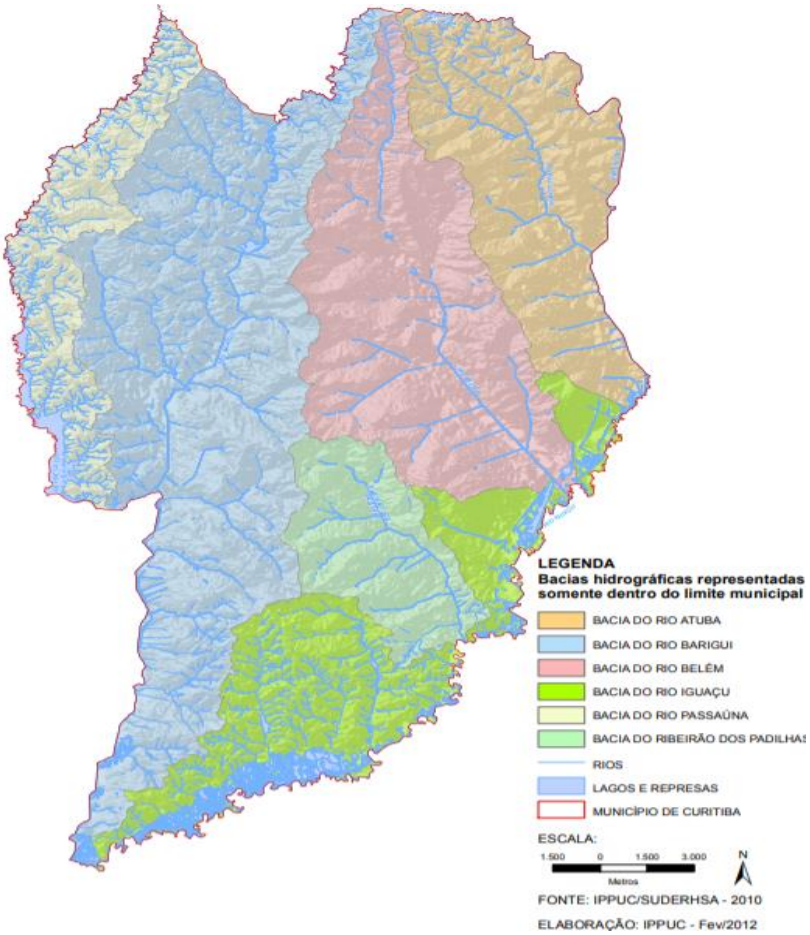
aeronáuticas, meteorologia aeronáutica, telecomunicações aeronáuticas e busca e salvamento.

O CINDACTA II é um elo permanente do Sistema de Controle do Espaço Aéreo (SISCEAB) e do Comando de Defesa Aeroespacial Brasileiro (COMDABRA). Atualmente é responsável pela Região de Informação de Voo (FIR) sobrejacente aos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e parte de São Paulo, Mato Grosso, Goiás e Espírito Santo.

5.4. HIDROGRAFIA, ÁREAS DE OCUPAÇÕES E PROTEÇÃO AMBIENTAL E ÁREAS DE RISCO PARA INUNDAÇÕES

Os principais rios de Curitiba que constituem as seis bacias hidrográficas do município são: Rio Atuba, Rio Belém, Rio Barigui, Rio Passaúna, Ribeirão dos Padilhas e o Rio Iguaçu, todas com características dentríticas de drenagem (Figura 4).

Figura 4. Bacias Hidrográficas de Curitiba, 2012.



FONTE: IPPUC, 2012

A maior bacia hidrográfica de Curitiba é a do Rio Barigui que corta o município de Norte a Sul com 139,9 km^2 de área e a menor é a do Ribeirão dos Padilhas, ao sul do município com 33,6 km^2 de área.

Devido a predominância de maiores altitudes ao Norte do município, todas as seis bacias hidrográficas correm para o Sul, indo desembocar no principal rio de Curitiba, o Rio Iguaçu, que, por sua vez, irá desaguar no Rio Paraná a oeste do Estado. O principal rio do Estado é o Rio Paraná, sendo que o Município se localiza à margem direita e a leste da maior sub-bacia do Rio Paraná, a Bacia Hidrográfica do Rio Iguaçu.

As principais barragens que armazenam água para abastecer o Município são: a do Irai, a do Piraquara e a do Passaúna. Segundo informações da SANEPAR/2015, em Curitiba, o consumo de água por pessoa varia em torno de 139 litros por dia. O sistema de abastecimento de água Curitiba, pertence à bacia do Alto Iguaçu e está interligado com outros seis municípios da Região Metropolitana de Curitiba – RMC.

Figura 5. Captações de água, Curitiba, 2010.

FONTE: SANEPAR

Curitiba abriga duas captações de água, a captação do Iguaçu e a captação do Irai (Figura 5). E o sistema possui três estações de Tratamento de Água (ETAs): a ETA Iguaçu; a ETA Irai e a ETA Passaúna.

Na Figura 6, apresenta-se o processo de ocupação do território de Curitiba a partir do ano de 1654 até o ano de 2012. A partir da década de 1970 houve um crescimento expressivo na cidade, nos bairros situados mais ao sul e leste do município a expansão iniciou no ano 2000 e ainda apresentam potencial para expansão urbana.

Curitiba é cercada por áreas de proteção da natureza, destaca-se pelas belas paisagens, pelo cinturão verde e pela tradição deixada pelos imigrantes, fatores que têm sido atrativos para o desenvolvimento do turismo rural, ecológico e de esportes radicais. Os efeitos da ocupação têm refletido na qualidade das águas dos rios que circundam a cidade e suas respectivas bacias[1]. Nas regiões oeste e sul, onde foram criadas as Áreas de Proteção Ambiental (APA) do Passaúna e Iguaçu, respectivamente (Figura 7).

Figura 6. Evolução da ocupação urbana

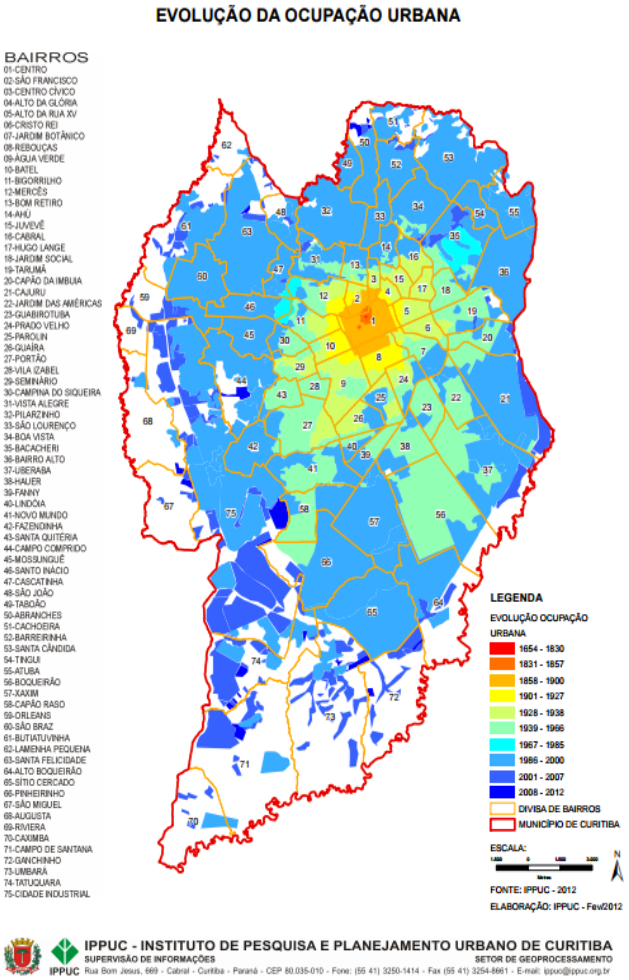
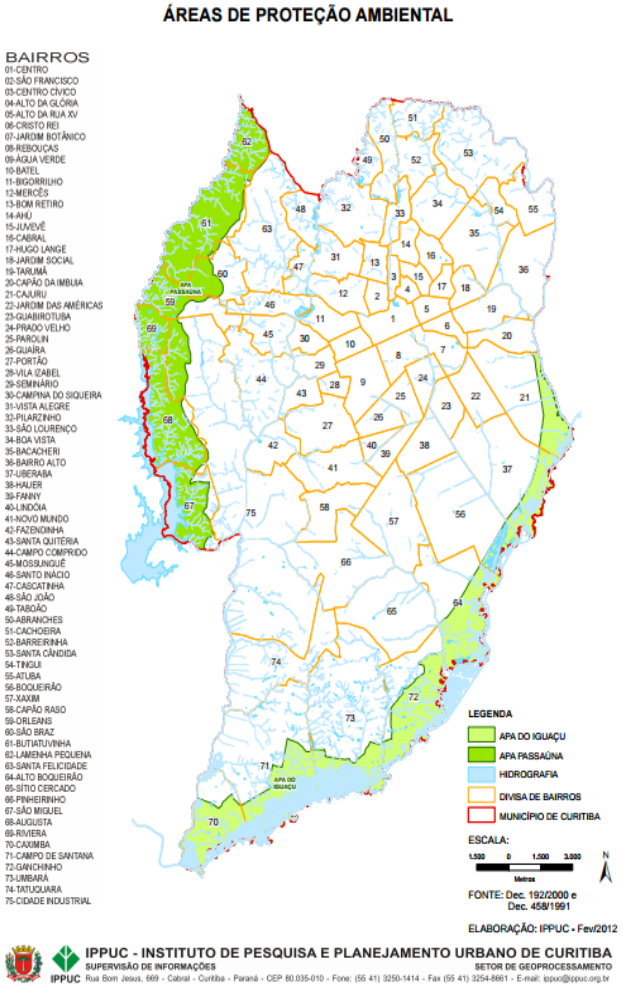


Figura 7. Áreas de proteção ambiental em Curitiba

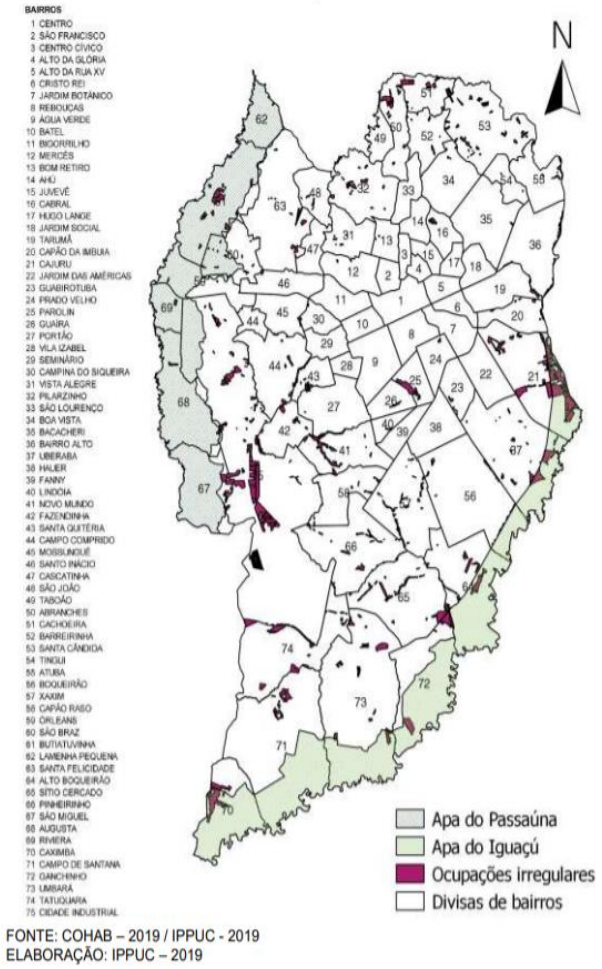


[1] Curitiba. Plano Municipal de Regularização Fundiária em Áreas de Preservação Permanente, 2007

Os processos de ocupação têm ocorrido de acordo com o previsto na legislação de zoneamento[2], uso e ocupação do solo, contudo possui vários focos de ocupação irregular. As ocupações irregulares do Município de Curitiba não apresentam alguns fatores de risco típicos de outras regiões do Brasil como as palafitas, ocupações de mangues, ocupação de encostas e com riscos de deslizamento.

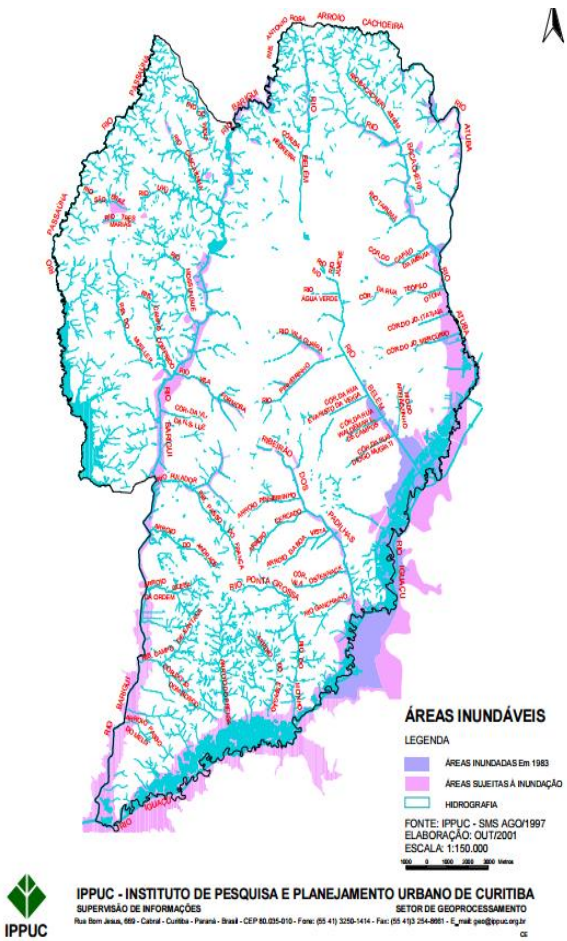
As ocupações desordenadas, alheias aos parâmetros municipais estabelecidos pela legislação em áreas de preservação permanente e faixas de domínio institucionais originam situações de risco físico e social que exigem atenção especial do poder público. As ocupações irregulares se concentram nas regiões sul e leste da cidade, coincidem com as áreas que apresentam risco de inundações no município (Figura 8 e 9).

Figura 8. Ocupações irregulares.



FONTE: COHAB – 2019 / IPPUC - 2019
ELABORAÇÃO: IPPUC – 2019

Figura 9. Áreas de inundações, Curitiba.

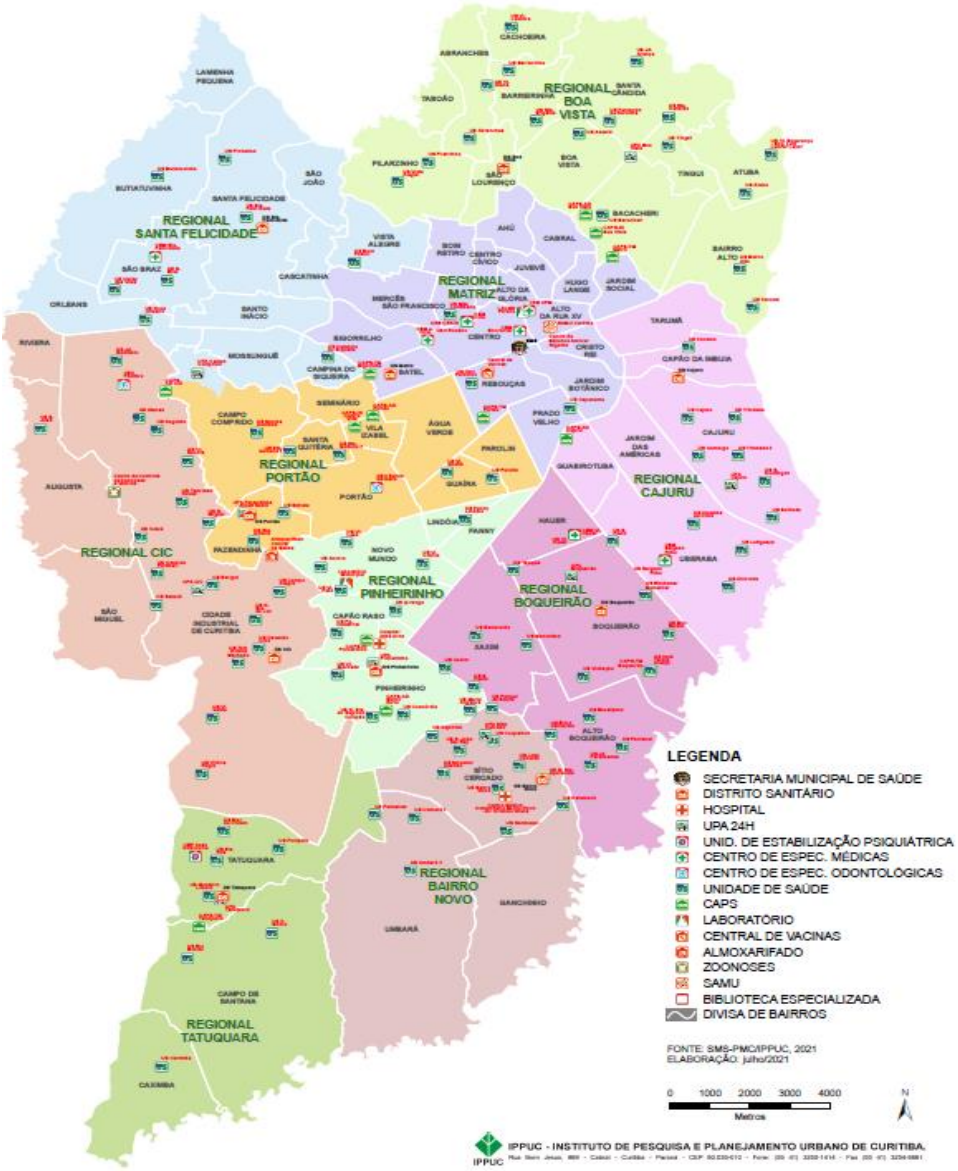


[2] Lei 15.551/2019 - Dispõe sobre o zoneamento, uso e ocupação do solo no Município de Curitiba.

5.5. DIVISÃO TERRITORIAL DE CURITIBA

A extensão do município é de 20 km de leste a oeste e de 35 km de norte a sul. Possui 10 Administrações Regionais que representam o governo municipal nos 75 bairros do município. Tem como missão coordenar as ações voltadas ao planejamento local, considerando as particularidades físico-territoriais, fomenta a expressão da vontade popular e as possibilidades econômicas, compatibilizando o planejamento da cidade como um todo. São responsáveis por conectar as ações das Secretarias e Órgãos que compõem a gestão aos reais interesses da comunidade (Figura 10).

Figura 10. Divisão por regionais com equipamentos de Saúde Curitiba, 2021.



FONTE: IPPUC, 2021

A população estimada de Curitiba é de 1.948.626 habitantes (IBGE, 2020)[3]. Ocupa a 1ª posição entre os 399 municípios do estado do Paraná. Na Tabela 1, apresentamos o perfil do município de Curitiba em relação a área territorial.

Tabela 1. Perfil avançado do município de Curitiba. 2021

Área Territorial e Demográfica	**Fonte**	**Ano**	**Município**
Área Territorial (ITCG) (km²)	IBGE	2020	434,892
Densidade Demográfica (habitantes/km²)	IPARDES	2020	4.480,93
Grau de Urbanização (%)	IBGE	2010	100,00
População - Estimada (habitantes)	IBGE	2020	1.948.626
População - Censitária (habitantes)	IBGE	2010	1.751.907
Taxa de Crescimento Geométrico (%)	IBGE	2010	0,99

FONTE: IPARDES, 2021

5.6. DOMICÍLIOS

Segundo o IBGE (Censo 2010), o número de domicílios recenseados em Curitiba é de 635.631 domicílios. Destes, 90,6% (576.211) estão ocupados e 9,12% (58.327) não ocupados (Tabela 2)[4].

Tabela 2. Número de domicílios recenseados segundo tipo e uso – 2010.

Tipo de domicílio		**Número**	**%**
Particular	Ocupado	576.211	90,6
	Não ocupado	58.327	9,2
Coletivo		1.093	0,2
TOTAL		635.631	100

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da sinopse

A média de moradores e domicílios particulares ocupados representa 3,03 moradores.

[3] População Estimada, IBGE, 2020 – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020.
[4] IBGE - Censo Demográfico - Dados da sinopse.

A Tabela 3 demonstra a composição das famílias por domicílio no município, sendo que 34% dos domicílios possui até 2 pessoas, 32% com 3 pessoas, 22% com 4 pessoas, 8% com 5 pessoas e 3% com 6 ou mais pessoas.

Tabela 3. Número de famílias, em domicílios particulares permanentes, segundo a composição. Curitiba, 2010.

COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS	Nº DE FAMÍLIAS
Com até 2 pessoas	183.625
Com 3 pessoas	170.824
Com 4 pessoas	117.898
Com 5 pessoas	40.136
Com 6 pessoas ou mais	14.752
TOTAL	527.233

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra
NOTA: Posição dos dados, no site da fonte, 20 de agosto de 2014.

5.7. ENERGIA ELÉTRICA

A Companhia Paranaense de Energia Elétrica (COPEL) é uma sociedade por ações, de capital aberto, constituída sob a forma de sociedade de economia mista, destinada a pesquisar, estudar, planejar, construir e explorar a produção, transformação, distribuição, comercialização e o transporte de energia, em qualquer de suas formas.

No ano de 2019 a COPEL, atendeu a 834.219 unidades consumidoras (relógios), em Curitiba, consumindo 4.590.728 Mwh, conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Consumo e número de consumidores de Energia Elétrica. Curitiba, 2019.

	Consumo (Mwh)	***Nº de Consumidores (1)***
Energia Elétrica	4.590.728	834.219

FONTE: COPEL / IPARDES,2019[5].
(1) Entende-se por consumidor as unidades consumidoras de energia elétrica (relógio).

[5] IPARDES – Caderno Estatístico município de Curitiba, agosto 2021.

5.8. ÁGUA E ESGOTO

A Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), é uma sociedade de economia mista e de capital aberto, responsável pela prestação de serviços de saneamento básico.

A capital paranaense tem 100% da população urbana atendida com água tratada e 97% de atendimento com rede coletora de esgoto e serviço de tratamento (Tabela 5).

Tabela 5. Abastecimento de água e esgoto. Curitiba, 2019.

Características	*Unidades atendidas*
Abastecimento de água	825.871
Atendimento de esgoto	791.346

FONTE: SANEPAR/IPARDES 2019

Em relação ao esgotamento sanitário 97,42% estão ligados à rede geral de esgoto ou à rede pluvial; 1,3% a fossas rudimentares; 0,9% a valas; 0,8 a rios ou lagos e 0,2% a outros tipos.

O acesso a fontes melhoradas de água também é fundamental para reduzir os riscos de contaminação da água e de doenças a ela associadas. O município, há muito tempo possui uma rede de distribuição de água que atende praticamente toda a população.

5.9. ÁREAS VERDES

Desde o início da década de setenta, Curitiba apresenta especial distinção no que se refere a áreas verdes urbanas e unidades de conservação, seja pela instituição de uma legislação municipal adequada, seja pelo planejamento de áreas naturais protegidas, ou ainda pela excepcional qualidade de arborização de seus logradouros, sendo um dos instrumentos importantes da Política Municipal de Meio Ambiente e Saneamento[6].

Conservar a natureza no meio urbano é tarefa essencial para a garantia do convívio saudável dos habitantes com sua cidade. Neste sentido, o município busca a utilização

[6] Lei nº 7833/1991 :Dispõe sobre a política de proteção, conservação e recuperação do meio ambiente, revoga a lei nº 7447/90, o artigo 3º da lei nº 5263/75, e dá outras providências.

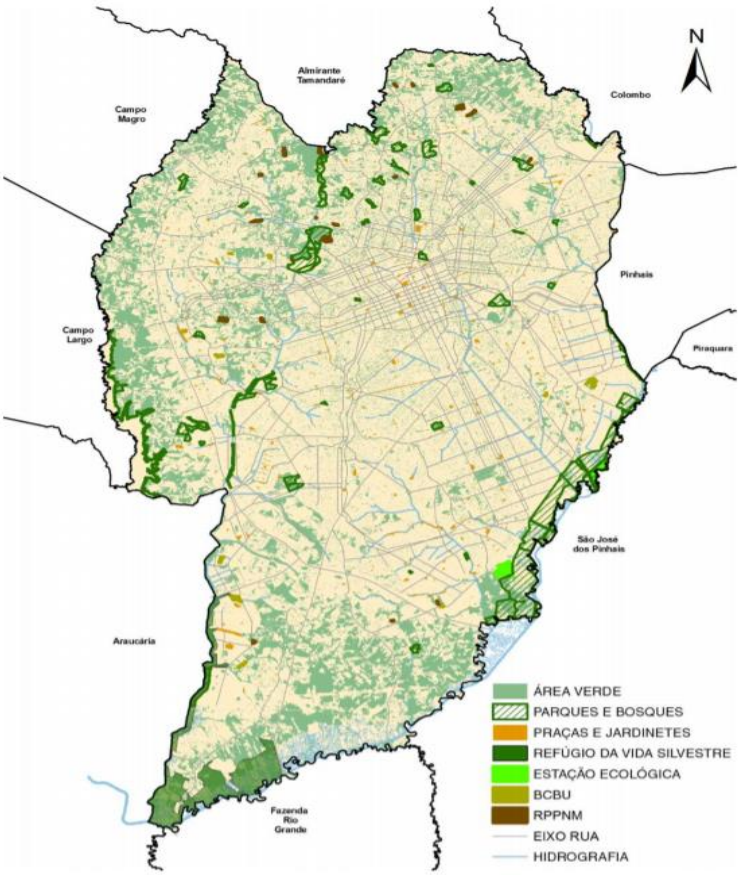
máxima dos benefícios ecológicos, econômicos e sociais que a vegetação incorporada ao meio urbano pode proporcionar.

Um dos aspectos fundamentais da política de áreas verdes urbanas é, justamente, a afirmação da recreação e do lazer como fatores indispensáveis ao equilíbrio físico e mental do ser humano e a seu desenvolvimento.

Mas o lazer, ainda que essencial aos desgastes da vida urbana, não é a finalidade primordial de boa parte das áreas verdes, tendo na preservação ambiental e no saneamento - com a manutenção da permeabilidade do solo junto aos rios, da mata ciliar, da fauna, da flora - e na despoluição hídrica, aérea e sonora, os principais objetivos, equilibrando as relações da cidade com seu meio ambiente.

Na Figura 11 apresentam-se as áreas verdes e as Unidades de conservação por tipo do município, bem como o eixo viário e a hidrografia.

Figura 11. Mapa de áreas verdes e as Unidades de conservação por tipo em Curitiba, 2019.



FONTE: IPPUC – Geoprocessamento ELABORAÇÃO: IPPUC – Setor de Monitoração

NOTA: Foi considerada a informação de área verde no ano de 2010. Para as Unidades de Conservação, a informação corresponde ao ano de 2019. Para a análise intraurbana, optou-se por desconsiderar a Área de Preservação Ambiental (APA). O eixo viário apresentado no mapa inclui apenas as hierarquias 1, 2 e 3. A hidrografia representada inclui os rios, cavas e várzeas.

5.10. RESÍDUOS SÓLIDOS

Curitiba desenvolveu inúmeras iniciativas inovadoras na gestão de resíduos, atualmente conta com a coleta de resíduos recicláveis através do programa “Lixo que Não é Lixo” e o programa “Câmbio Verde”, a coleta de resíduos domiciliares comuns, a limpeza dos rios e desde 2019 os Ecopontos – Descarte correto dos resíduos.

Os Ecopontos são locais de entrega voluntária de resíduos sólidos gerados nas residências, permite a separação de materiais recicláveis no momento da entrega. Para o descarte, os resíduos devem estar devidamente separados e depositados conforme indicação do funcionário presente nos 14 Ecopontos distribuídos pela cidade (Figura 12).

Figura 12. Ecoponto – Descarte correto de Resíduos, Curitiba 2020.

FONTE: Prefeitura Municipal de Curitiba - Foto: Lucília Guimarães/SMCS

A coleta de resíduos sólidos em Curitiba, alinhada com os padrões das melhores práticas internacionais, atende de 99,9% dos domicílios.

Os resíduos provenientes do serviço de saúde e indústria, no entanto, são responsabilidades dos próprios geradores, cabendo-lhes a coleta, classificação e destinação final do lixo.

6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

6.1. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA:

Os dados extraídos do sistema tabnet, referentes a população estimada de Curitiba por sexo e faixa etária para 2020, conforme relatório DATASUS (Fonte: https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente) - Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, Curitiba apresenta a população estimada para 2020 de 1.948.626 habitantes, conforme Tabela 6 a seguir:

Tabela 6. População por faixa etária e sexo de Curitiba, 2020.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	59.903	57.111	117.014
5 a 9 anos	59.181	56.705	115.886
10 a 14 anos	62.218	60.657	122.875
15 a 19 anos	69.995	67.076	137.071
20 a 29 anos	147.984	146.223	294.207
30 a 39 anos	153.481	163.050	316.531
40 a 49 anos	135.917	151.661	287.578
50 a 59 anos	108.184	130.621	238.805
60 a 69 anos	76.117	102.210	178.327
70 a 79 anos	38.202	56.795	94.997
80 anos e mais	15.193	30.142	45.335
Total	926.375	1.022.251	1.948.626

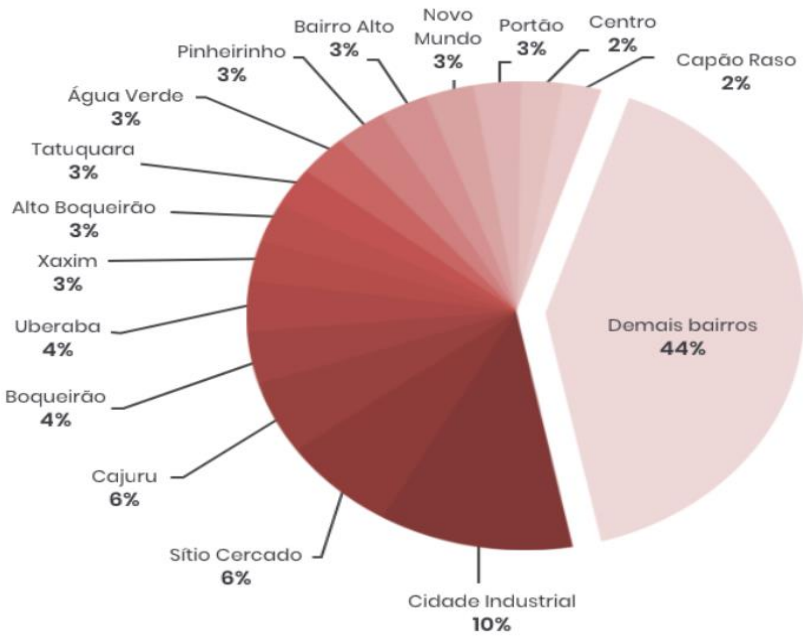
FONTE: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A maior concentração de população apresenta-se entre 20 a 59 anos que perfazem 1.137.121 pessoas, o que corresponde a cerca de 58,3% da população do município. A população de crianças (0 a 9 anos) é de 232.900 indivíduos (11,9%), a de adolescentes (10 a 19 anos) é de 259.946 pessoas (13,3%) e a população idosa (acima de 60 anos) é representada por um total de 318.659 pessoas, com uma frequência de 16,3%.

Observa-se que em Curitiba a evolução da estrutura etária apresenta declínio da natalidade, aumento da expectativa de vida no município, com consequente incremento nas parcelas mais idosas da população. Das 318.659 pessoas acima de 60 anos, 59% é do sexo feminino e 41% é do sexo masculino (Tabela 6).

Segundo população projetada para 2020, o bairro que mais concentra a população de Curitiba é a Cidade Industrial com aproximadamente 10% da população total, seguida pelo bairro do Sítio Cercado e Cajuru com 6% da população (Gráfico 1).

Gráfico 1. Projeção da população por bairro em Curitiba, 2020.



FONTE: InvestCuritiba - projeção/ IPPUC - InfoCuritiba/ IBGE - Censo Demográfico 2010.

6.2. ECONOMIA E RENDA

Curitiba ocupa a 5º maior economia do país, segundo estudo sobre o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios brasileiros (IBGE, 2018). O PIB no ano de 2018 foi de R$ 87,1 bilhões – representando 1,24% de toda a riqueza criada no país (Tabela 7).

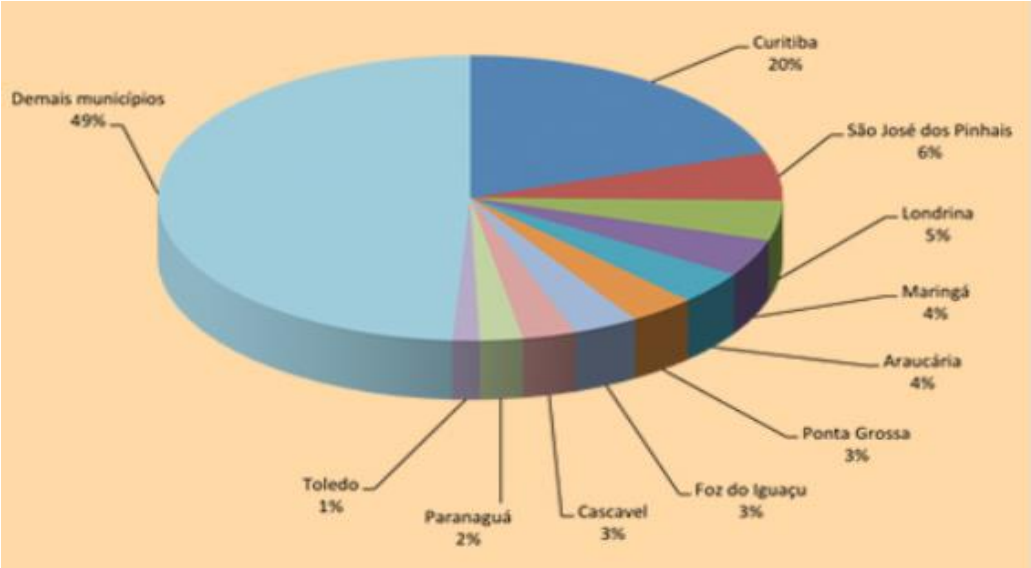
Tabela 7. Posição ocupada no Brasil pelos municípios do Paraná com maior Produto Interno Bruto (PIB) 2018.

Posição ocupada	*Município*	*Produto Interno Bruto a preços correntes (R$ MIL)*
5ª	Curitiba	R$ 87.151.950
38ª	São José dos Pinhais	R$ 24.104.946
48ª	Londrina	R$ 19.954.157
50ª	Maringá	R$ 18.532.977
60ª	Araucária	R$ 16.410.202

FONTE: IBGE e IPARDES, 2018

Já em relação ao PIB do Estado do Paraná a cidade de Curitiba representa 20% do montante, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2. Posição ocupada pelos municípios do Paraná com maior Produto Interno Bruto (PIB) 2018.



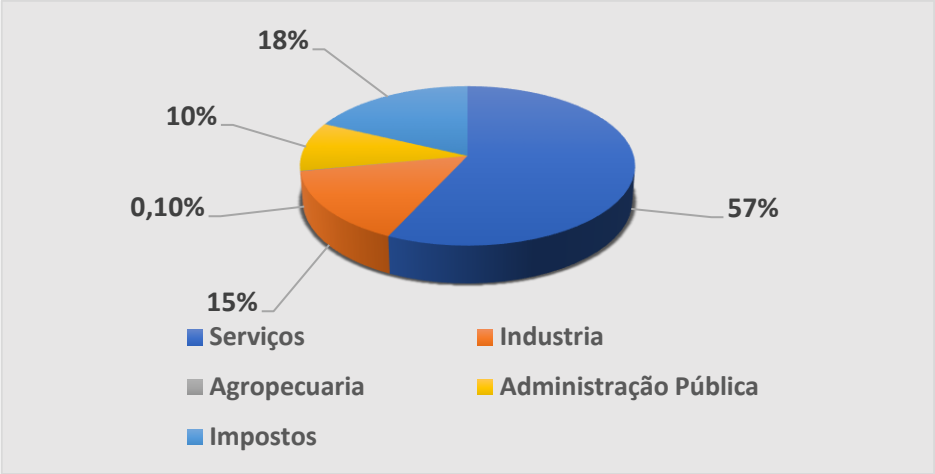
FONTE: IPARDES, 2018

O PIB per capita indica a riqueza produzida em um país ou localidade, dividida pela sua população. Ao dividir a produção total para cada habitante, mostra até que ponto a produção total do município pode ser compartilhada por sua população. O indicador, contudo, não é suficiente para mostrar o grau de bem estar dos habitantes, especialmente em

situações de alta desigualdade na distribuição da renda. Deve, portanto, ser analisado em conjunto com outros indicadores.

Na composição do PIB, o setor de Serviços foi o que mais contribuiu, com 57% do PIB total, seguido pelos impostos 18% e do setor da indústria com aproximadamente 15% (Gráfico 3).

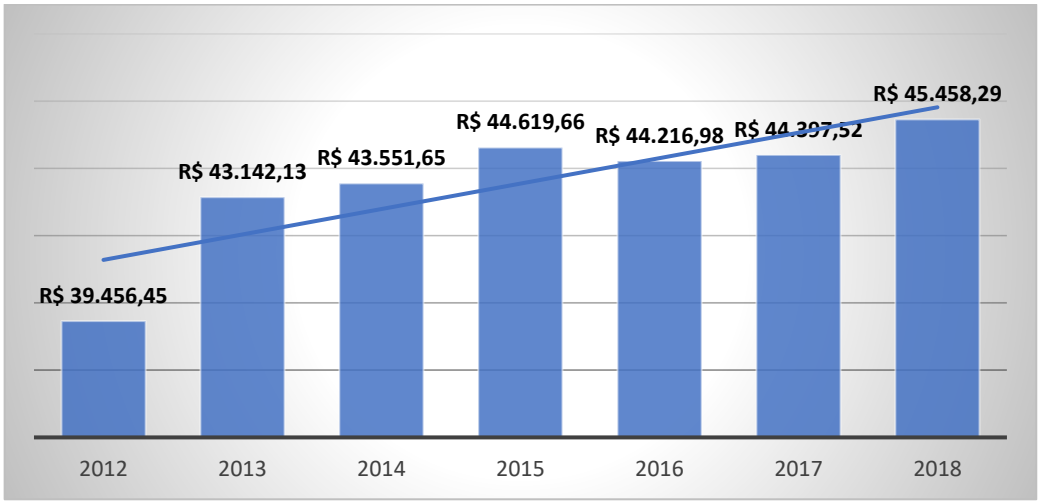
Gráfico 3. Produto Interno Bruto. Curitiba – 2018.



FONTE: IPARDES, 2018

A renda per capita média de Curitiba cresceu 15,2% de 2012 a 2018 tendo a média anual de crescimento de 2,5%, conforme Gráfico 4.

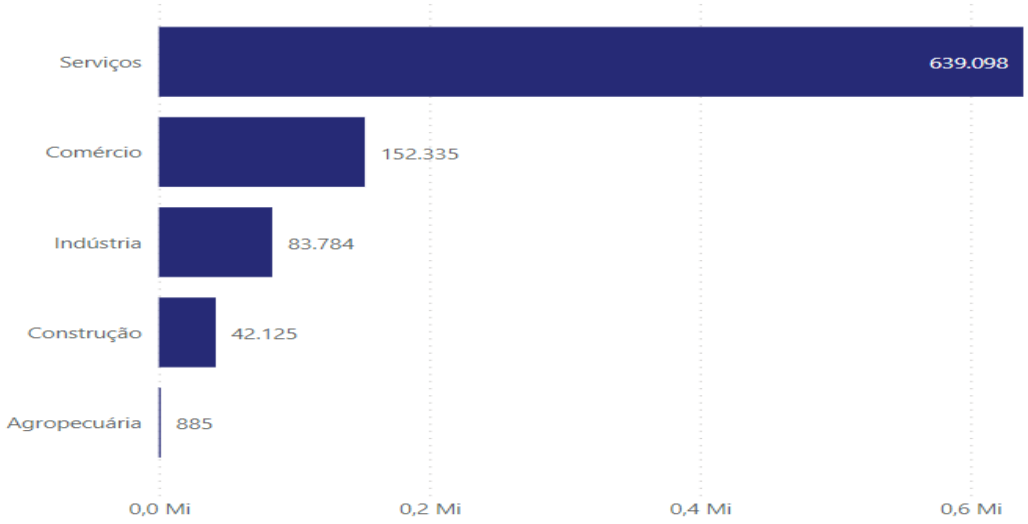
Gráfico 4. Renda per capita de 2012 a 2018, Curitiba.



FONTE: IBGE, 2018 – Cidades e Estados

Segundo painel de informações da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), em 2019 Curitiba apresentou remuneração média de RS 4.221,10, sendo apresentado 918.227 pessoas cadastradas no sistema por grupamento de atividade econômica (Gráfico 5).

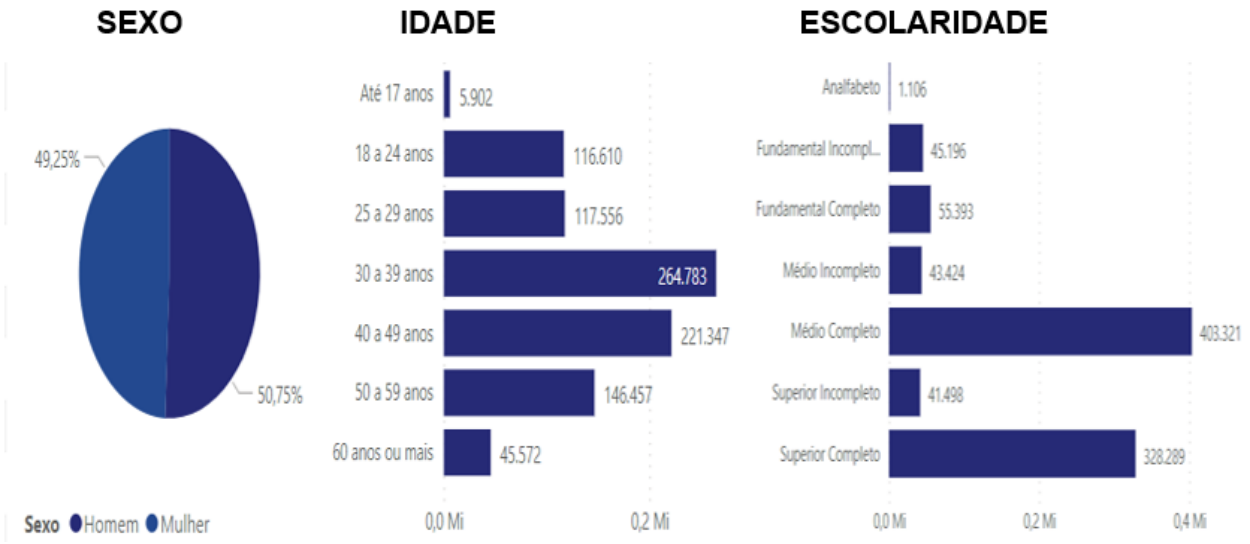
Gráfico 5. Por grupamento de atividade econômica 2019, Curitiba.



FONTE: RAIS 2019 (GDRAIS e e-Social)

O setor de serviços é o que apresenta maior número pessoas cadastradas num total de 639.098 pessoas o que correspondendo a 69%.

Gráfico 6. Distribuição do grupamento por sexo, faixa etária e escolaridade 2019, Curitiba.



FONTE: RAIS 2019 (GDRAIS e e-Social)

Tanto para os homens quanto para as mulheres a faixa etária ativa que predomina é

dos 30 a 39 anos, que representa 41%, seguidos da população com faixa etária entre 40 a 49 anos com 34% (Gráfico 6).

Quanto a escolaridade o ensino médio completo apresenta maior registro o equivalente a 44%.

6.3. ESCOLARIDADE e DESENVOLVIMENTO HUMANO

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações. É calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e das médias de desempenho no Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb).

O índice é importante condutor de política pública em prol da qualidade da educação. É a ferramenta para acompanhamento das metas de qualidade para a educação básica, que tem estabelecido, como meta para 2022, alcançar média 6 – valor que corresponde a um sistema educacional de qualidade comparável ao dos países desenvolvidos.

Em 2019, Curitiba atingiu no IDEB a média no para os alunos dos anos inicias da rede pública de 6.5 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 5.0.

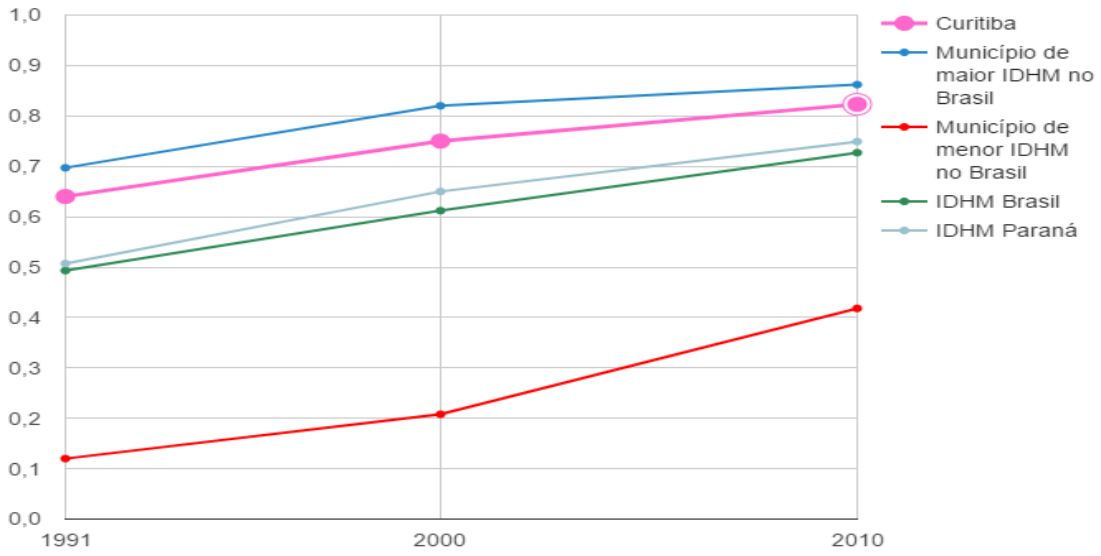
Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava a cidade na posição 149 de 399. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 227 de 399.

Outro indicador importante é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), sendo que em Curitiba este índice é de 0,823, ocupa a 10ª posição no ranking considerando os 5.565 municípios, acima da média do País que é de 0,754. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul – SP) e o menor é 0,418 (Melgaço - PA), conforme Gráfico 7.

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,640, em 1991, para 0,823, em 2010, enquanto o IDHM do País passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 28,59% para o município e 47% para o País; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 49,17% para o município e 53,85% para o País.

No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,292), seguida por Longevidade e por Renda. As dimensões de crescimento se repetiram no País, sendo Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

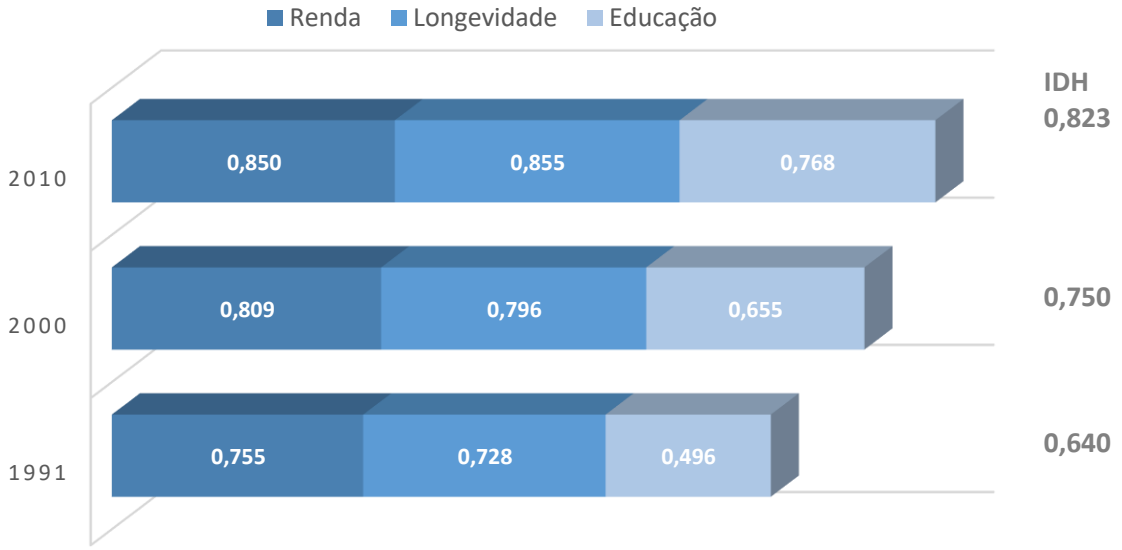
Gráfico 7. Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano IDHM de Curitiba, do Paraná, do Brasil, município de maior e menor IDHM, 2013.



FONTE: PNUD, Ipea / 2013.

O Gráfico 8 demonstra a evolução nas três dimensões básicas do IDH em Curitiba nas décadas de 1991, 2000, 2010.

Gráfico 8. Evolução do Índice de desenvolvimento Humano. Curitiba, 1991, 2000 e 2010.



FONTE: PNUD, IPEA, 2013.

Ao analisar o ano de 2010, o IDH de Curitiba é 0,823, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1).

A dimensão que mais contribui é Longevidade, com índice de 0,855, seguida de Renda, com índice de 0,850, e de Educação, com índice de 0,768.

A Tabela 8 demonstra a evolução do IDH em Curitiba, detalhando os critérios utilizados para fins de cálculo: indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita).

Tabela 8. Indice de Desenvolvimento Humano e seus componentes - Curitiba, 1991, 2000 e 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,476	0,655	0,768
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	52,87	63,51	73,96
% 5 a 6 anos na escola	44,63	72,01	94,44
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental – Regular Seriado - ou fundamental completo	65,04	79,29	89,06
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	41,51	68,67	71,63
% de 18 a 20 anos com médio completo	29,65	45,95	57,79
IDHM Longevidade	0,728	0,796	0,855
Esperança de vida ao nascer	68,70	72,75	76,30
IDHM Renda	0,755	0,809	0,850
Renda per capita(R$)	878,39	1.225,28	1.581,04

FONTE: IBGE/ PNUD, Ipea - Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013

7. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (RMC)

A Região Metropolitana de Curitiba (RMC) é a oitava região metropolitana mais populosa do Brasil, constituída por 29 municípios, concentra 33.45% da população do Estado do Paraná. Possui a dimensão atual desde o ano de 2011 com a inclusão dos municípios de Piên, Campo do Tenente e Rio Negro. Em extensão, é segunda maior região metropolitana do país com 16.581,21km². A Tabela 9 demonstra o Perfil da região geográfica da RMC.

Tabela 9. Perfil da Região Geográfica Metropolitana de Curitiba.

ÁREA TERRITORIAL E DEMOGRÁFICA	FONTE	DATA	REGIÃO	ESTADO
Área Territorial (ITCG) (km^2)	ITCG	2019	23.147,132	199.880,200
Densidade Demográfica (hab./km^2)	IPARDES	2016	165,54	56,25
Grau de Urbanização (%)	IBGE	2010	91,57	85,33
População - Estimada (habitantes)	IBGE	2016	3.831.872	11.242.720
População - Censitária (habitantes)	IBGE	2010	3.493.742	10.444.526
População - Censitária - Urbana (habitantes)	IBGE	2010	3.199.357	8.912.692
População - Censitária - Rural (habitantes)	IBGE	2010	294.385	1.531.834
População - Contagem (habitantes)(1)	IBGE	2007	3.469.820	10.284.503
Taxa de Crescimento Geométrico (%)	IBGE	2010	1,36	0,89
Índice de Idosos (%)	IBGE	2010	28,26	32,98
Razão de Dependência[7] (%)	IBGE	2010	41,63	43,78
Razão de Sexo (%)	IBGE	2010	95,09	96,56
Taxa de Envelhecimento (%)	PNUD/IPEA/FJP	2010	6,48	7,5

FONTE: IPARDES, agosto 2017

Cercada por áreas de proteção da natureza, a região se destaca pelas belas paisagens, pelo cinturão verde e pela tradição deixada pelos imigrantes, fatores que têm sido atrativos para o desenvolvimento do turismo rural, ecológico e de esportes radicais.

Pela sua estratégica localização geográfica, a RMC tem posição de relevância no contexto estadual e nacional, pois está próxima dos principais mercados produtores e consumidores brasileiros e dos países do MERCOSUL por isso tem atraído novas indústrias em vários municípios.

Os municípios são heterogêneos em termos de população, níveis de renda, de escolaridade, densidade habitacional, infraestrutura urbana, equipamentos, serviços urbanos e ações oriundas de políticas públicas, o que reflete na participação da dinâmica de interação diária de pessoas, produtos e atividades.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da RMC em 2000

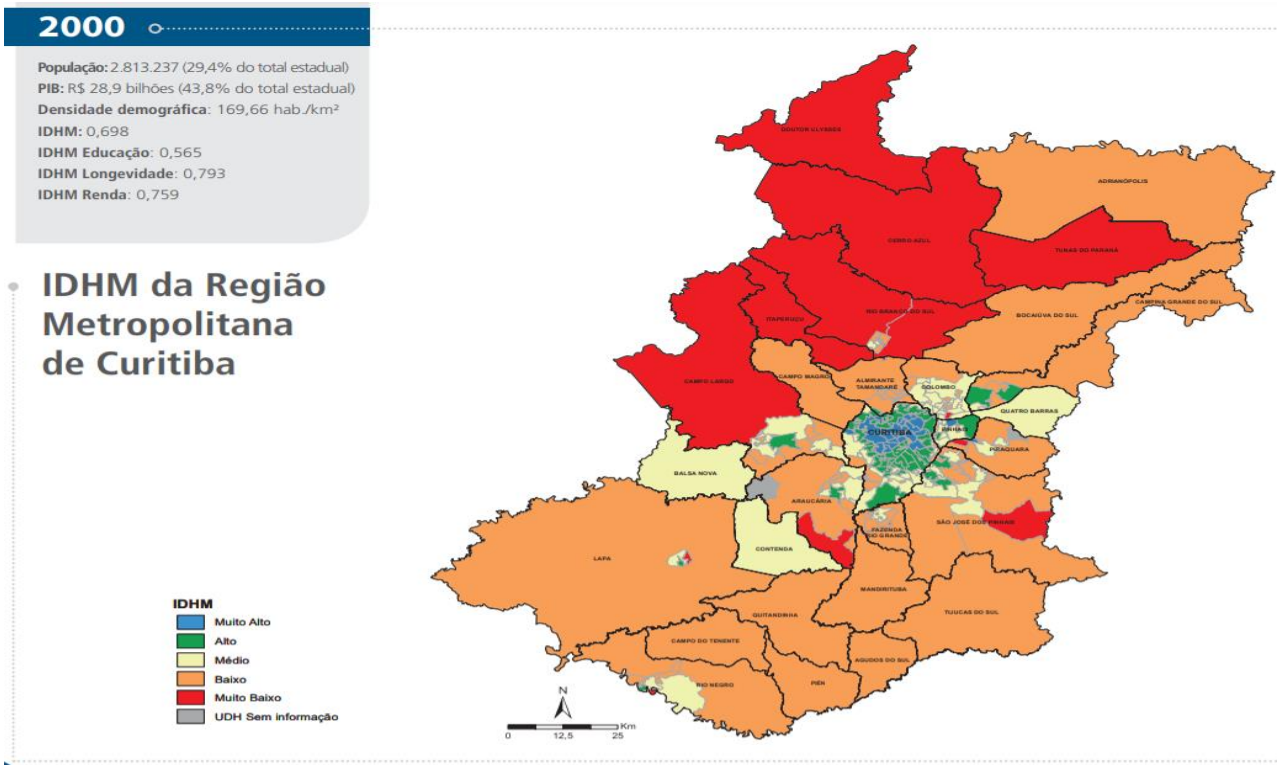
[7] Razão de Dependência - peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

apresentava IDHM igual a 0,698, situando-se na faixa de Médio Desenvolvimento Humano. Já em 2010, apresentava IDHM de 0,783, passando para a faixa de Alto Desenvolvimento Humano.

O IDHM Educação, em 2000, era 0,565, passando, em 2010, para 0,701. O IDHM Longevidade era de 0,793 e, em 2010, correspondeu a 0,853. Já o IDHM Renda era de 0,759, tendo passado para 0,803. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais evoluiu, em termos absolutos, foi a dimensão Educação, que registrou um aumento de 0,136.

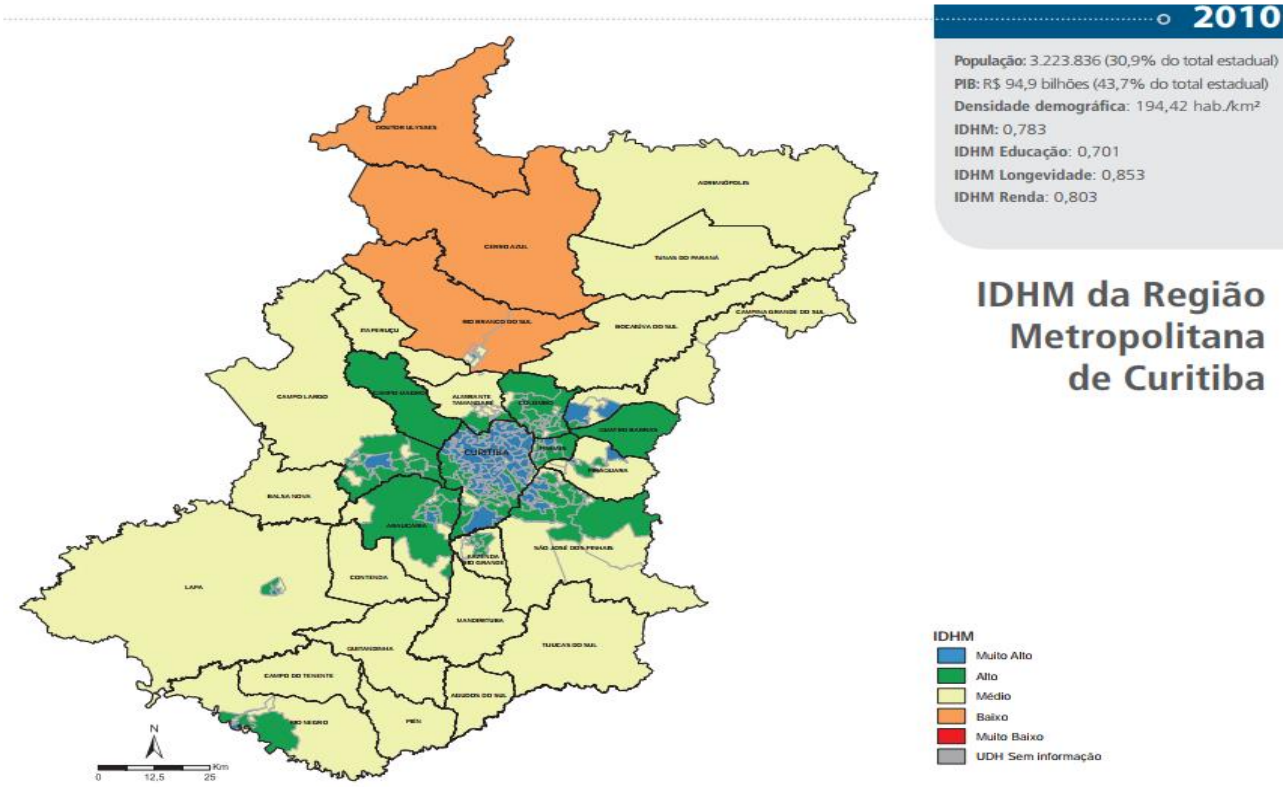
As Figuras 13 e 14 demonstram a evolução do IDHM dos municípios da região metropolitana nos anos 2000 e 2010.

Figura 13. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Região Metropolitana de Curitiba, 2000.



FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras.

Figura 14. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Região Metropolitana de Curitiba, 2010.



FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras

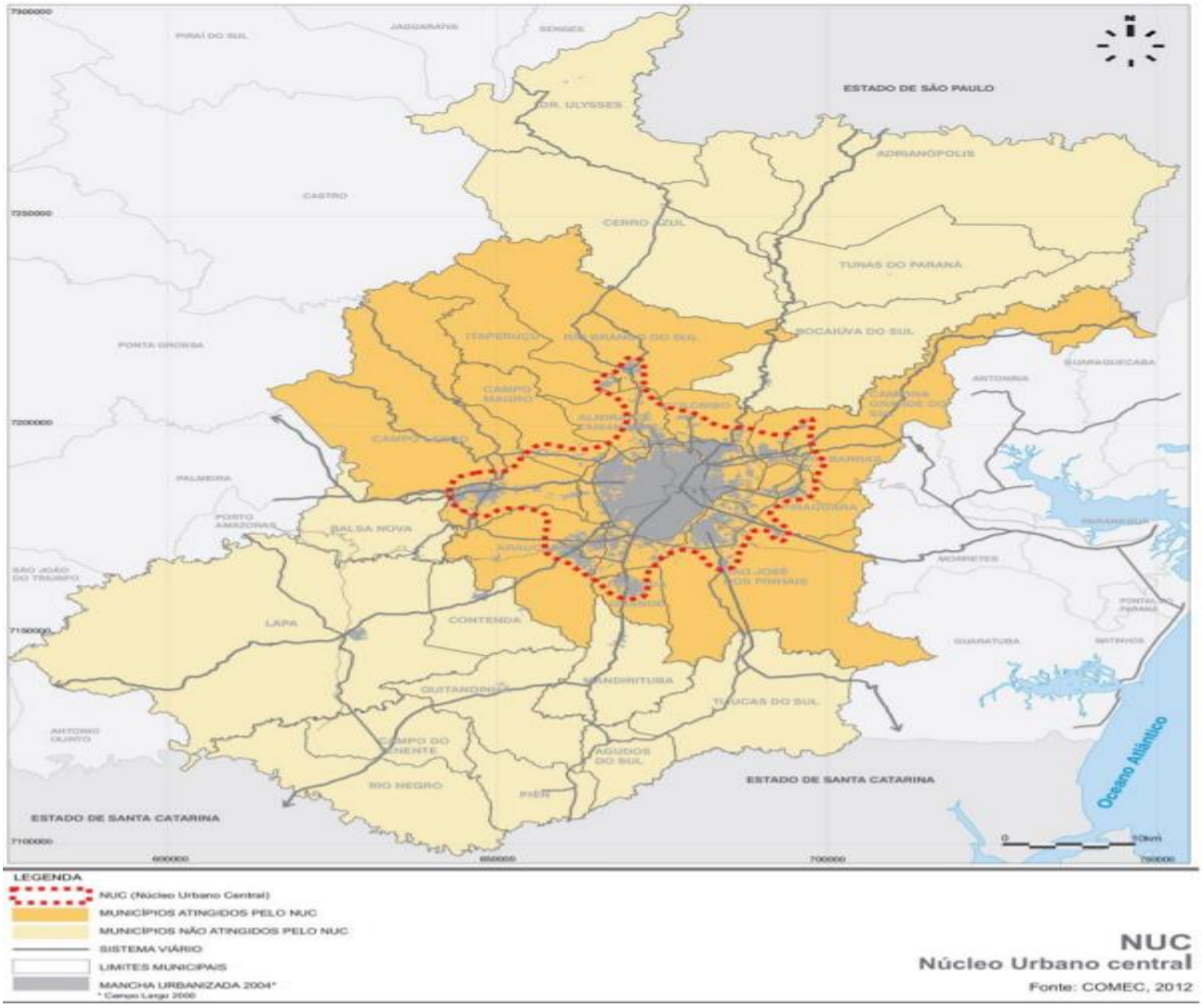
A Região Metropolitana de Curitiba possui três patamares de adensamento populacional e deslocamentos diários em volume de pessoas.[8] O primeiro núcleo urbano central, formado por Curitiba (cidade polo) e outros 11 municípios (Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras e São José dos Pinhais), é o que tem o maior deslocamento diário de pessoas (acima de 80%), trabalham num município e moram noutro. Esses municípios demandam atendimento de saúde em Curitiba principalmente na área de Urgência e emergência (Figura 15).

O segundo patamar, primeiro anel metropolitano, é constituído por sete municípios (Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Contenda, Itaperuçu, Mandirituba, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná) não mantêm continuidade física com o núcleo urbano central, no entanto, estabelece relações intensas. Possui nível médio de atendimento de infraestrutura e serviços públicos urbanos.

[8] LIMA, C. A. Região Metropolitana de Curitiba - desafios socioambientais e de gestão rumo do desenvolvimento sustentável. Disponível em www.cau.ufpr.br/laurb/arquivos/artigos, 01/11/2011.

O terceiro patamar, segundo anel metropolitano, também é formado por sete municípios de características eminentemente rurais (Adrianópolis, Agudos do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Lapa, Quitandinha e Tijucas do Sul), pouco se conecta com os dois patamares anteriores.

Figura 15. Mapa da Região Metropolitana de Curitiba 2016.



FONTE: Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC, 2016).

8. CONDIÇÕES DE SAÚDE

8.1. NASCIDOS VIVOS

O SINASC, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, reúne dados sobre os nascidos vivos, relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe. Este

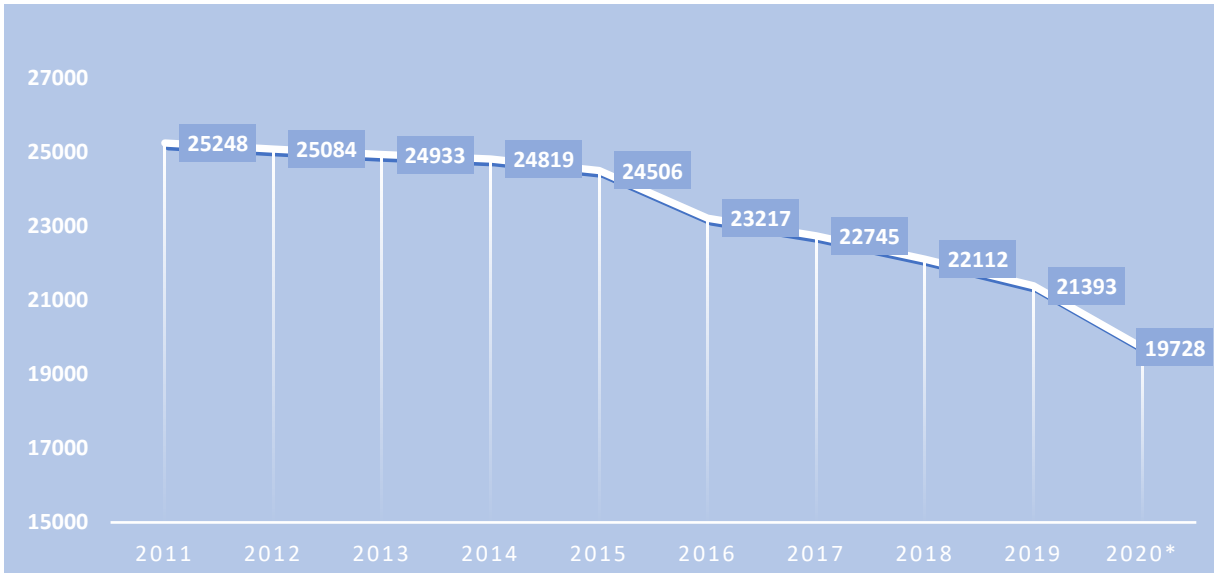
sistema foi implantado em Curitiba no ano de 1993, e é utilizado como fonte de informações epidemiológicas referente aos nascimentos no município.

A fonte de dados deste sistema é a declaração de nascido vivo (DNV), documento padrão do Ministério da Saúde, preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes subsídios para a vigilância dos recém nascidos na prevenção da morbimortalidade infantil.

Observando a séria histórica abaixo (Gráfico 9), nota-se redução no número de nascimentos a cada ano, sendo 21,9% nos últimos 10 anos.

A primeira redução mais impactante nesta série histórica ocorreu no ano de 2016 (5,3% menor que o ano anterior), assim como em 2020, no qual nasceram 1665 NV a menos que em 2019, representando diminuição de 7,8%. Esta redução no ano de 2020 é um dos reflexos da pandemia de Covid-19.

Gráfico 9. Nascidos Vivos residentes em Curitiba, 2011– 2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

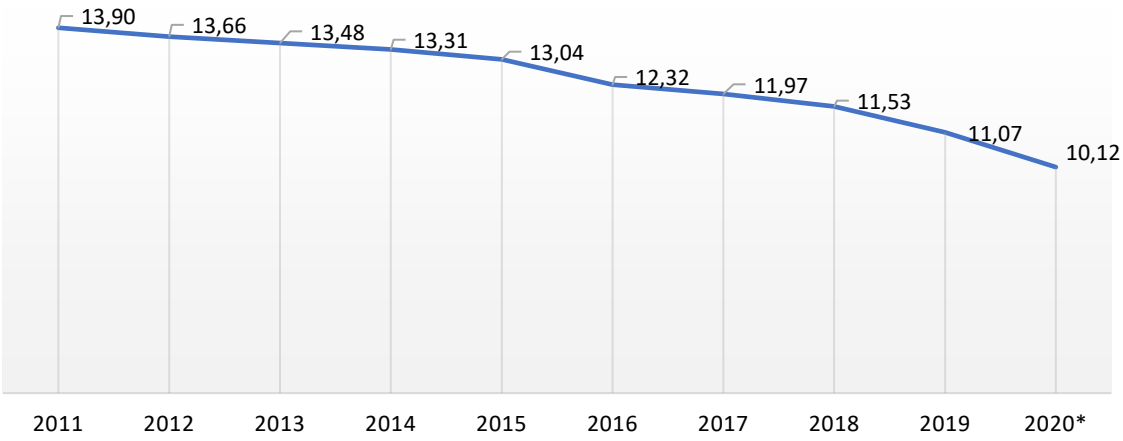
8.2. NATALIDADE E FECUNDIDADE

O coeficiente de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. A taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo ou, seja, o número médio de filhos por mulher com idade de 10 a 49 anos.

A taxa de fecundidade é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetada pela estrutura etária da população. Percebe-se que, em Curitiba, ambas as taxas mostram tendência de declínio (Gráfico 10 e 11), fato observado também em todas as regiões do país.

O decréscimo da taxa de fecundidade pode estar associado a vários fatores, como: urbanização crescente; redução da mortalidade infantil; melhoria do nível educacional; ampliação do uso de métodos contraceptivos, entre os quais, a esterilização feminina; maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego e, mais atualmente como impacto da pandemia da Covid-19.

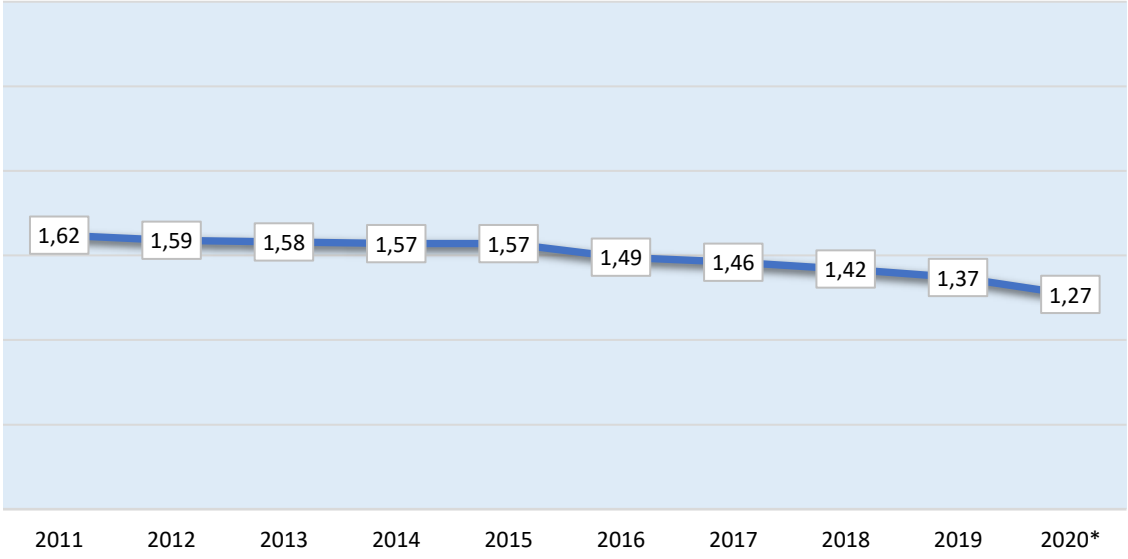
Gráfico 10. Coeficiente de Natalidade por 1000 habitantes, Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

O valor de 2,1 filhos por mulher é a taxa considerada de reposição populacional – duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva. Em Curitiba, a fecundidade é inferior à taxa de reposição desde o ano 2000, tendo atingindo 1,27 em 2020 (Gráfico 11).

Gráfico 11. Taxa de Fecundidade Total em Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

8.3. MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é calculada a partir do número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. É um indicador fundamental que, além de estimar o risco de morte no primeiro ano de vida, reflete, de uma maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade da atenção à saúde materna e da população infantil. Outros aspectos também influenciam a sua redução, como o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas em saúde, saneamento, educação, entre outros.

Entre os coeficientes perinatal, neonatal e pós-neonatal, conceitos abaixo, o que mais influencia historicamente a TMI é o componente neonatal, que diz respeito aos óbitos infantis ocorridos até 28 dias de vida e reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Já a TMI pós-neonatal, que expressa o risco de um nascido vivo morrer entre 28 e 364 dias de vida, reflete o desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil.

A taxa de mortalidade perinatal, por sua vez, estima o risco de um feto nascer sem sinais de vitalidade ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. O período perinatal inicia em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento. Inclui, portanto, os óbitos fetais e os ocorridos no período neonatal precoce. Os fatores que o influenciam estão também relacionados à gestação e ao parto, bem como ao acesso a serviços de saúde e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A mortalidade infantil expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (neonatal e pós neonatal) e fornece importantes subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

As menores taxas de mortalidade infantil são encontradas em países desenvolvidos e giram em torno de 3 mortes para cada mil nascidos vivos. Em países menos desenvolvidos, ao contrário, as taxas são muito elevadas. A Organização Mundial da Saúde aponta como indicador aceitável taxa inferior a 10/1.000 nascidos vivos.

A mortalidade infantil também compõe os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) para reduzir a mortalidade neonatal até 2030 e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos.

A TMI em Curitiba mantém tendência de redução, atingindo seu menor patamar histórico de 6,5/1.000 nascidos vivos, o que representa 139 óbitos infantis, chegando a 7,1 (140 óbitos) em 2020 (Gráfico 12). Nos últimos dez anos observa-se que a TMI teve um declínio de 18,9%.

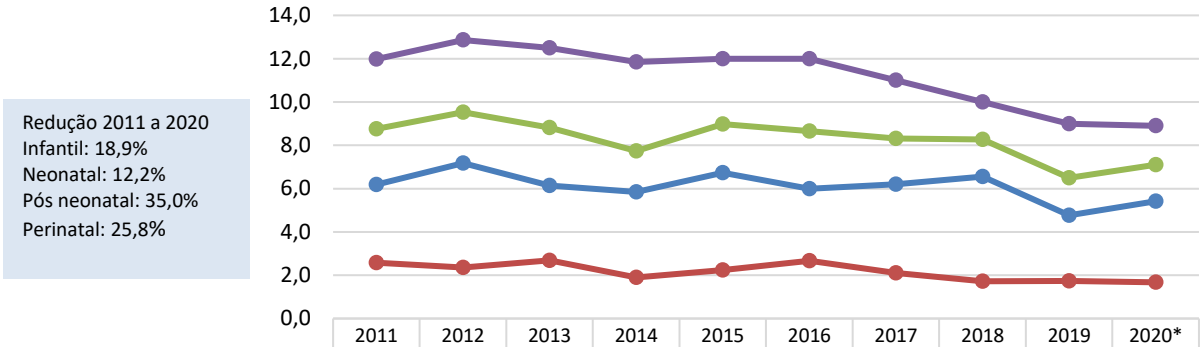
Em Curitiba, há maior concentração de óbitos de menores de 1 ano no período neonatal, que vai do nascimento até 28 dias de vida, revelando a estreita relação destes eventos com a qualidade da atenção dispensada às gestantes, ao parto e ao recém-nascido. Por outro lado, o componente pós-neonatal foi o que apresentou maior redução no período nos últimos dez anos de 35,0% (Gráfico 12).

Os resultados apresentados acima refletem, além de bons indicadores sociais no município, as ações na atenção à saúde materno-infantil, desencadeadas no âmbito dos serviços. Resultado destas ações refletem também em indicadores de impacto na mortalidade infantil tais como a captação precoce para início do pré-natal (90% das gestantes iniciam o acompanhamento no 1º trimestre da gestação); número de consultas no pré-natal (89,7% com mais de 6 consultas) e importante redução da gravidez na adolescência (de

13,4% em 2011, para 6,6%, em 2020), entre as demais ações que contribuíram nos últimos anos para atingir estes resultados.

Como em Curitiba a taxa de mortalidade infantil já é considerada baixa, sua redução torna-se cada vez mais desafiadora, demandando esforços concentrados e dirigidos às causas dos óbitos evitáveis, a partir do aprofundamento da análise e identificação dos determinantes desses eventos.

Gráfico 12. Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós Neonatal e Perinatal/1000 Nascidos Vivos, Curitiba 2011-2020.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
neo	6,2	7,2	6,1	5,8	6,7	6,0	6,2	6,6	4,8	5,4
pos neo	2,6	2,4	2,7	1,9	2,2	2,7	2,1	1,7	1,7	1,7
infantil	8,8	9,5	8,8	7,7	9,0	8,7	8,3	8,3	6,5	7,1
Perinatal	12,0	12,9	12,5	11,8	12,0	12	11	10	9	8,9

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

A distribuição dos óbitos infantis entre os Distritos Sanitário de Curitiba (Tabela 10) mostra a diversidade entre as regiões. Observando-se a série histórica de 2011 a 2020, nota-se oscilações das taxas em todos os Distritos Sanitário (DS), cujas amplitudes vão de 3,9 a 15/1000 NV, ocorrendo redução deste indicador em 8 dos 10 distritos sanitários. Em 2020, o DS Portão foi o que concentrou a menor taxa de óbitos em menores de 1 ano (4,4/1000 nascidos vivos) e o DS Tatuquara, ao contrário, concentrou a maior taxa dos eventos (9,3/1000 nascidos vivos). Além do Tatuquara, os DS Pinheirinho, Bairro Novo e Boa Vista apresentaram taxas acima da taxa de Curitiba (7,1/1000 nascidos vivos).

Tabela 10. Taxa de Mortalidade Infantil/1.000 Nascidos Vivos por Distrito Sanitário. Curitiba 2011-2020*.

Distritos Sanitários	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020**
Santa Felicidade	8,1	11,9	9,1	9,5	6,8	8,4	7,7	4,8	4,7	5,2
Boa Vista	8,1	5,8	8,8	9,5	7,9	6,0	7,6	10,2	7,7	7,6
Boqueirão	8,8	7,8	7,5	7,8	6,6	11,8	8,1	7,1	8,4	6,3
Portão	9,8	6,9	10,1	10,8	7,9	6,5	7,3	9,7	4,4	4,4
Pinheirinho	10,7	10,7	8,9	11,7	12,4	7,3	8,3	9,1	3,8	9,5
Cajuru	9,7	10,7	7	11,3	10,1	10,3	6,5	8,0	7,0	6,8
Matriz	5,9	8	10	3,9	8,1	5,1	9	5,6	8,1	7,1
Bairro Novo	11,6	9,7	8,2	10	9,9	8,4	11,1	5,9	6,4	8,0
CIC	5,8	15	10,3	8,7	10,4	8,2	6,9	9,9	4,3	6,7
Tatuquara*	-	-	-	-	-	15	12,2	10,7	10,3	9,3
Curitiba	8,8	9,5	8,8	7,7	9,0	8,7	8,3	8,3	6,5	7,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)/ SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares
**O DS Tatuquara foi criado em 2016

8.4. MORTALIDADE MATERNA

Óbitos maternos são definidos pela OMS como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada por este estado fisiológico ou por medidas a ele relacionadas. Estão excluídas deste indicador as causas externas.

O óbito materno do ponto de vista epidemiológico é definido pela Organização Mundial da Saúde como um bom indicador da realidade socioeconômica e da qualidade da atenção em saúde de uma localidade. Por esse motivo a Razão de Morte Materna (RMM) deve ser monitorada de forma eficaz e confiável, indicador que correlaciona o óbito materno com o número de nascidos vivos.

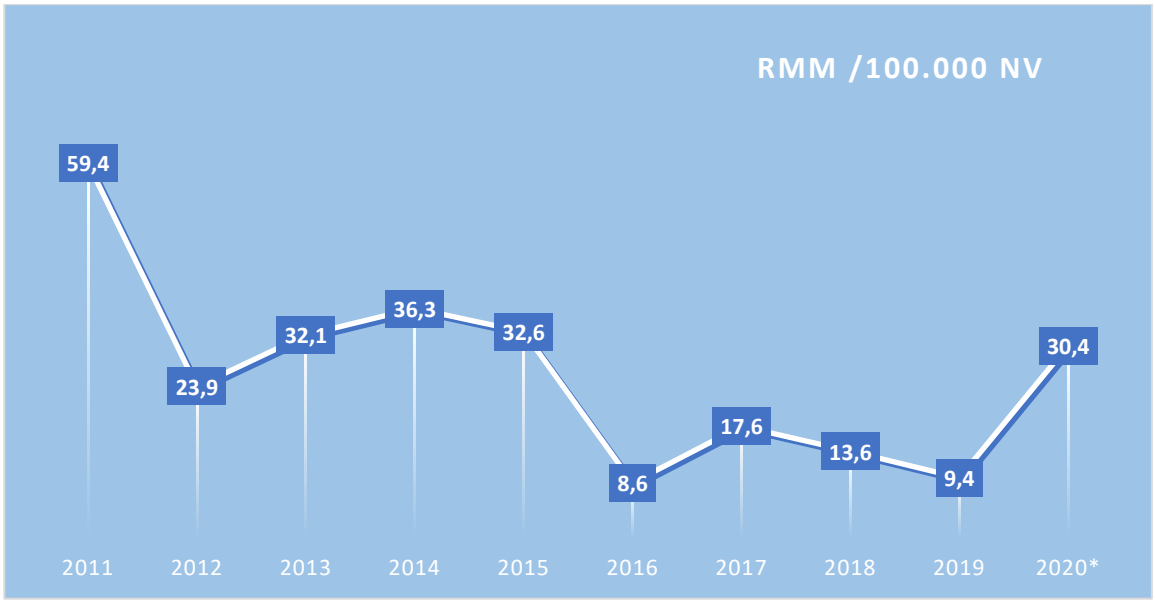
As mulheres morrem como resultado de complicações durante e após a gravidez e o parto. Complicações também podem existir antes e serem agravadas durante a gravidez, especialmente quando não identificadas e tratadas adequadamente. As principais

complicações que representam quase 75% de todas as mortes maternas mundialmente são: sangramento grave (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), hipertensão arterial durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclampsia), complicações do parto e aborto inseguro.

Entre os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) consta a redução da mortalidade materna mundialmente, que objetiva atingir a razão de mortalidade materna inferior à 70 por 100.000 nascidos vivos.

Curitiba vem apresentando uma queda contínua da RMM nas últimas duas décadas e as oscilações notadas no Gráfico 13 é própria de eventos raros, como é o caso da mortalidade materna. Desde 2005 este indicador mantém-se inferior à 70/100.000 nascidos e foi no ano de 2016 que atingiu pela primeira vez RMM inferior a 20/100 mil nascidos vivos, considerado baixo pela OMS. Manteve-se abaixo de 20/100.000 nascidos vivos até o ano de 2019 e em 2020 a RMM alcançou 30,4, representando a ocorrência de 6 óbitos maternos neste ano.

Gráfico 13. Razão de Mortalidade Materna. Curitiba, 2011-2020*



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Em Curitiba, as principais causas de morte obstétrica foram as hemorrágicas, hipertensivas e tromboembólicas, enquanto as principais causas das mortes maternas não obstétricas foram as circulatórias e infecciosas. Em relação à evitabilidade destas mortes,

em torno de 70 % destas foram classificadas como evitáveis, o que demostra o potencial de atuação para sua constante redução, em especial daqueles considerados evitáveis.

Sabe-se que a RMM reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher e que taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério.

Apesar da tendência de declínio da RMM municipal até 2019, ainda é fundamental a constante análise aprofundada desses eventos afim de obter elementos de orientação para aprimoramento das estratégias de intervenção dirigidas aos seus determinantes e condicionantes, que incluem fatores não apenas relacionadas à atenção à saúde, como também à situação socioeconômica e de infraestrutura a que está submetida a população.

Deve-se ressaltar também que a redução da mortalidade materna e infantil é um processo lento e gradativo em razão do grande número de variáveis que nele interferem, exigindo ações articuladas para o seu enfrentamento.

8.5. MORTALIDADE GERAL

As informações sobre mortalidade são obtidas por meio da coleta sistemática de dados obtidos nas declarações de óbito (DO) e inseridos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

A análise dos dados do SIM permite a construção de importantes indicadores para o delineamento do perfil de saúde de uma região, capazes de subsidiar os gestores em saúde nos seus planejamentos e decisões. A partir dele pode-se obter o perfil de mortalidade da população por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO.

Em relação à mortalidade em Curitiba, a situação da população vem se modificando ao longo dos anos, destacando-se, além da queda dos óbitos infantis, anteriormente descrita, mudança no perfil da mortalidade da população em geral. Importante ressaltar que os dados apresentados do ano de 2020 são considerados ainda preliminares, isto pois este banco de dados encontra-se em processo de qualificação.

Quanto ao número absoluto de óbitos, de 2011 a 2019 ocorreu variação com tendência de aumento. Em média ocorreram neste período 10.520 óbitos ao ano. Em 2020 houve a maior elevação proporcional em relação ao ano anterior, 19,6% a mais que 2019,

atingindo 13.142 óbitos neste ano. Este aumento ocorre especialmente em decorrência de óbitos pela Covid-19, codificados no capítulo da CID-10 – doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 11).

Na Tabela 11 observa-se o ranking das principais causas de morte entre os residentes em Curitiba, no qual as doenças cardiovasculares (DCV) mantém-se com primeira causa de morte na população em geral, seguida das neoplasias, que vêm aumentando ano a ano e, em 2020 quase que equivaleram às causas cardiovasculares (2.684 óbitos por DCV e 2.624 por neoplasias).

As causas externas mantêm-se como terceira causa de óbito até o ano de 2019, quando em 2020 as doenças infecciosas e parasitárias, (capítulo de codificação dos óbitos confirmados e suspeitos pela Covid-19) que ocupavam o oitavo lugar em causa de mortalidade, passaram a ocupar o terceiro lugar. Em 2020 as causas externas foram responsáveis por 1.186 óbitos, enquanto as infecciosas e parasitárias por 2.611 óbitos (dados preliminares).

As causas respiratórias foram a quarta causa de morte de 2011 a 2019. No quinto lugar no ranking da mortalidade mantém-se as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na maioria dos anos, exceto nos anos de 2014, 2016, 2019 e 2020, ocupado pelas doenças do sistema nervoso.

Tabela 11. Número de óbitos pelos dez principais grupos de causa de morte (capítulo CID-10), residência Curitiba 2011-2020*.

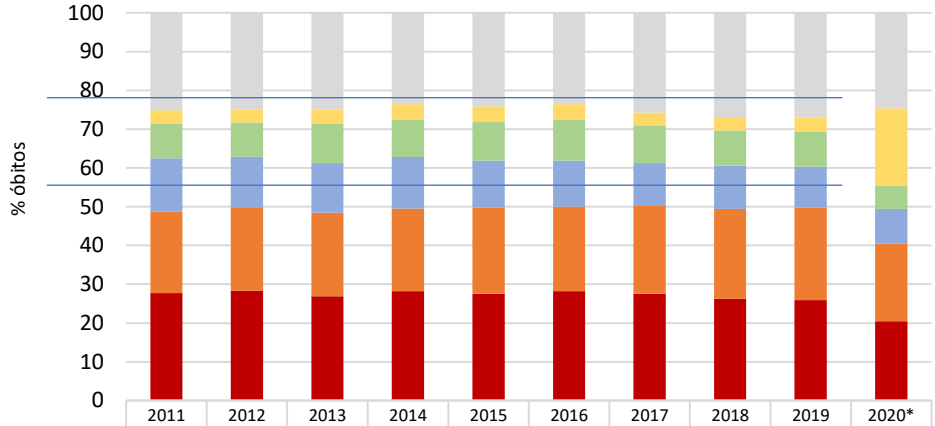
	Causa de morte (CAP CID-10)	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***	***2018***	***2019***	***2020****
1	Doenças cardiovasculares	2768	2846	2753	2885	2870	3145	2956	2860	2849	2684
2	Neoplasias (tumores)	2097	2167	2204	2175	2322	2426	2424	2530	2624	2624
3	Causas externas	1380	1310	1307	1356	1266	1326	1188	1216	1154	1186
4	Doenças respiratórias	887	892	1033	994	1031	1167	1049	988	996	795
5	Doenças infecciosas e parasitária	346	339	384	398	419	451	350	379	400	2611
6	Doenças endócrinas nutricionais /metabólicas	811	877	823	564	611	656	729	826	654	805
7	Doenças do sistema nervoso	377	420	511	585	566	665	693	768	818	846
8	Doenças digestivas	594	593	567	601	608	600	613	557	627	604
9	Doenças geniturinárias	178	117	150	191	189	212	231	253	334	315
10	Causas mal definidas	61	78	79	92	123	102	86	84	154	208
11	Demais causas	491	418	420	379	421	391	406	441	380	460
	Total	**9990**	**10057**	**10231**	**10220**	**10426**	**11141**	**10725**	**10902**	**10990**	**13142**

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – SMS Curitiba.
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV. * 2020 dados preliminares

No Gráfico 14 nota-se que até 2019 as DCV e neoplasias foram responsáveis por quase 50% dos óbitos anualmente. Outros 25% dos óbitos ocorreram pelas causas externas, respiratórias e as infecciosas/parasitárias, totalizando, portanto, aproximadamente 75% dos óbitos de 2011 a 2019 pelos cinco principais grupos de mortalidade citados.

No ano de 2020, como discutido anteriormente, o grupo das doenças infecciosas e parasitárias (capítulo dos óbitos pela Covid-19) foram responsáveis por 42,4% dos óbitos o entre os residentes em Curitiba e, portanto, houve redução proporcional dos óbitos pelas demais causas.

Gráfico 14. Proporção de óbitos pelos cinco principais grupo de morte (capítulo CID-10). Curitiba, 2011-2020*



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Demais causas	25,1	24,9	24,9	23,6	24,2	23,6	25,7	26,9	27,0	24,6
Doenças infecciosas e parasitárias	3,5	3,4	3,8	3,9	4,0	4,0	3,3	3,5	3,6	19,9
Doenças respiratórias	8,9	8,9	10,1	9,7	9,9	10,5	9,8	9,1	9,1	6,1
Causas externas	13,8	13,0	12,8	13,3	12,1	11,9	11,1	11,2	10,5	9,0
II. Neoplasias	21,0	21,5	21,5	21,3	22,3	21,8	22,6	23,2	23,9	20,0
Doenças cardiovasculares	27,7	28,3	26,9	28,2	27,5	28,2	27,6	26,2	25,9	20,4

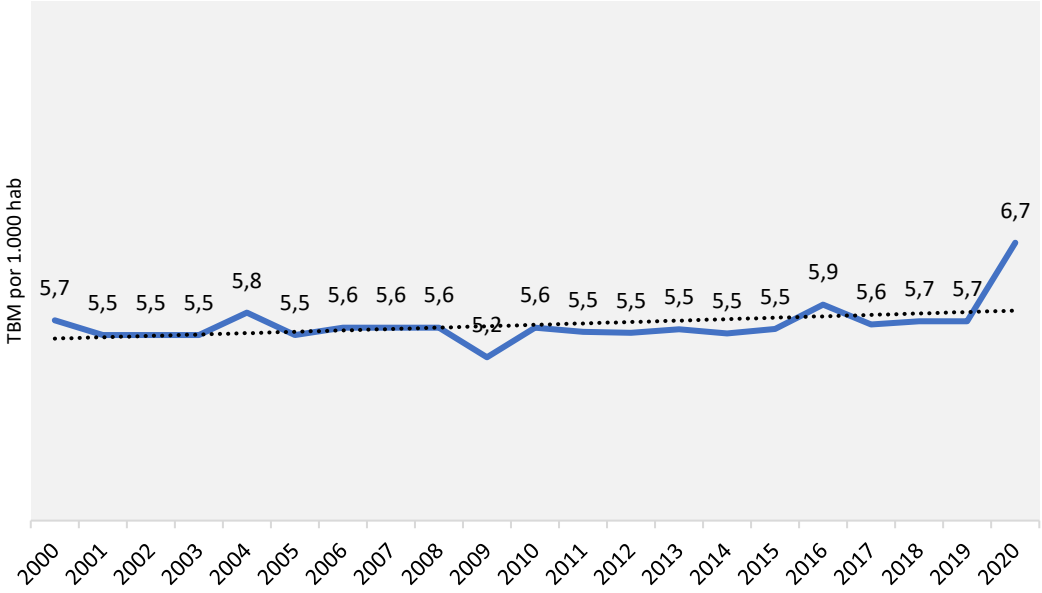
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminar

A taxa de mortalidade (TM) é um indicador que correlaciona o número total de óbitos em um determinado ano com o número de expostos ao risco de morrer no mesmo período. Esta taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

A taxa bruta de mortalidade (TBM), que expressa o número de óbitos por todas as causas, manteve tendência estacionária na maior parte da série histórica, por isso optou-se por apresentar este indicador nos últimos 20 anos. Em média a TBM nestes 20 anos foi de 5,6 óbitos a cada 1.000 habitantes, porém, em 2020 sobe substancialmente, atingindo 6,7

óbitos a cada 1.000 habitantes, a maior desde o ano de 1982, impacto da pandemia pela Covid-19 (Gráfico 15).

Gráfico 15. Taxa bruta de mortalidade (TBM), por 1.000 habitantes, Curitiba, 2011-2020*



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Quando se analisa, por outro lado, a mortalidade de apenas uma fração da população denomina-se taxas específicas de mortalidade, sendo as mais comuns as taxas por idade, sexo e causa do óbito. A taxa de mortalidade por causa estima o risco de morte por uma causa específica, ao qual esteve exposta uma determinada população durante um certo período. Definem-se como o número de óbitos pela causa considerada, expresso por 100 mil habitantes, ocorridos em determinado local e período.

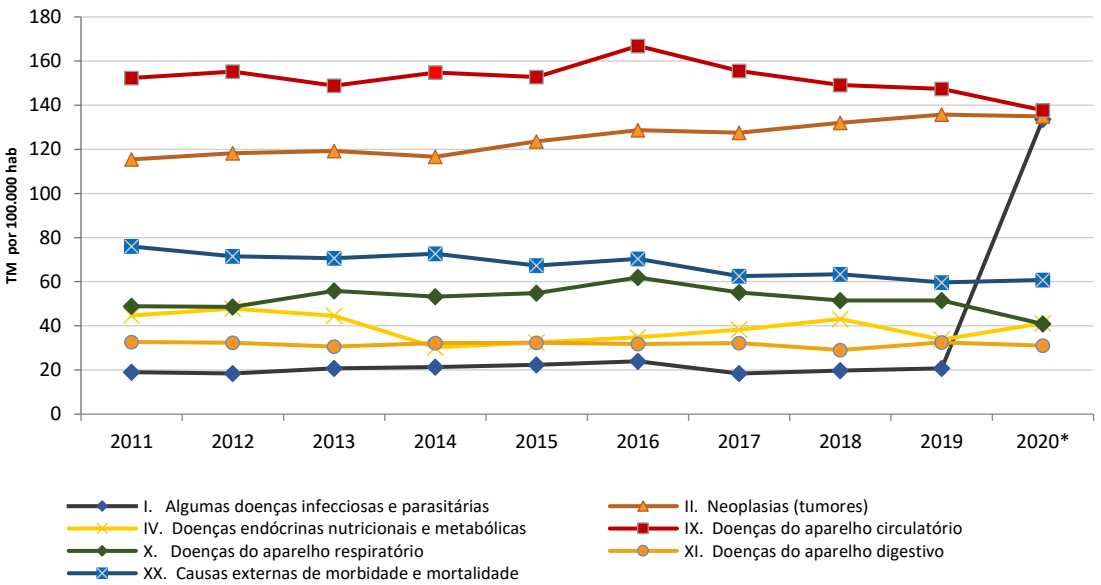
A DCV mantém a maior TM durante toda a série histórica e, após sua elevação em 2016 (166,9/100.000 hab) apresenta redução gradual, chegando a 137,7/100 mil em 2020. Por outro lado, a TM por neoplasias apresenta desde o início desta série histórica um aumento gradual, alcançando 134,9 no ano de 2020 e, portanto, quase igualando-se à DCV neste ano.

Em relação às causas externas, que ocupam o terceiro lugar em causa de morte, esta apresenta tendência de redução ao longo dos últimos dez anos, permanecendo em torno de 60/100.000 habitantes em 2019 e 2020.

Já a TM por doenças do aparelho respiratório apresentou também elevação em 2016 (61,9/100.000 hab) seguida de redução nos próximos anos, sendo mais significativa em 2020, na qual atinge a menor taxa dos últimos dez anos (40,8).

Em destaque encontra-se a TM pelas doenças infecciosas e parasitárias, grupo em que se encontram os óbitos pela Covid-19. Em 2020 a TM deste grupo alcançou 133,7/100.000 habitantes, muito próxima da maior taxa de mortalidade deste ano, (DCV 137,7/100.000 habitantes) – Gráfico 16.

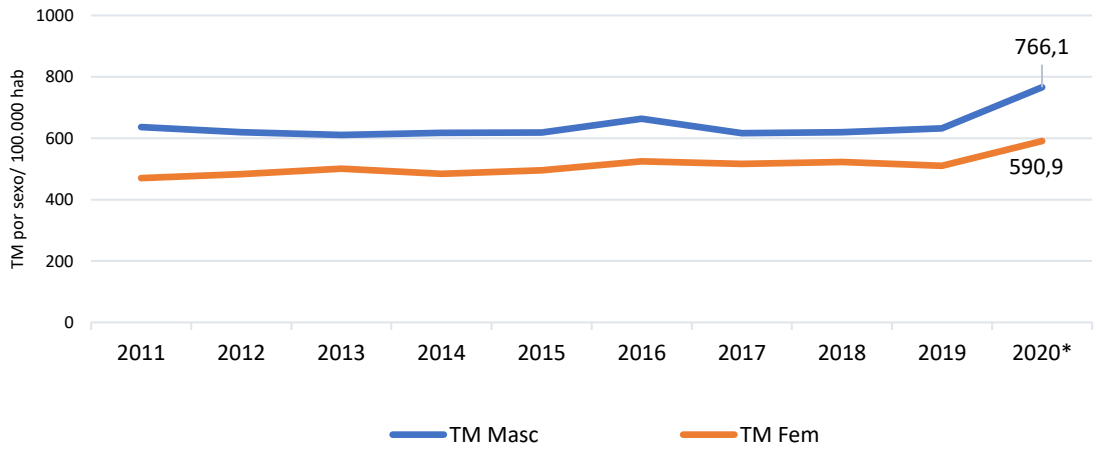
Gráfico 16. Série Histórica da Taxa de Mortalidade, segundo grupo de causa por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Nota-se que TM por sexo manteve-se superior entre os homens ao longo dos anos, numa média de 626 óbitos/100.000 habitantes de 2011 a 2019, enquanto no sexo feminino a média desta taxa no mesmo período foi de 501, ou seja, 20% inferior à TM masculina. No ano de 2020 nota-se aumento em ambas as taxas, comparado ao ano anterior, porém enquanto no sexo masculino a TM elevou-se 21,2%, no feminino foi de 15,7% (Gráfico 17).

Gráfico 17. Série Histórica da taxa de mortalidade por sexo, por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Na análise de óbitos por faixa etária, observa-se que de 2011 a 2019 houve redução no número de óbitos em todas as faixas etárias até 59 anos, enquanto entre os idosos (60 anos e+) ocorreu aumento de 27,1%. Entretanto, na comparação de 2019 e 2020, esta redução ocorreu apenas nas faixas de 1 a 19 anos, enquanto nas demais houve elevação no nº de óbitos, conforme observa-se na Tabela 12.

Tabela 12. Série Histórica do número de óbitos, segundo faixa etária. Curitiba, 2011-2020*.

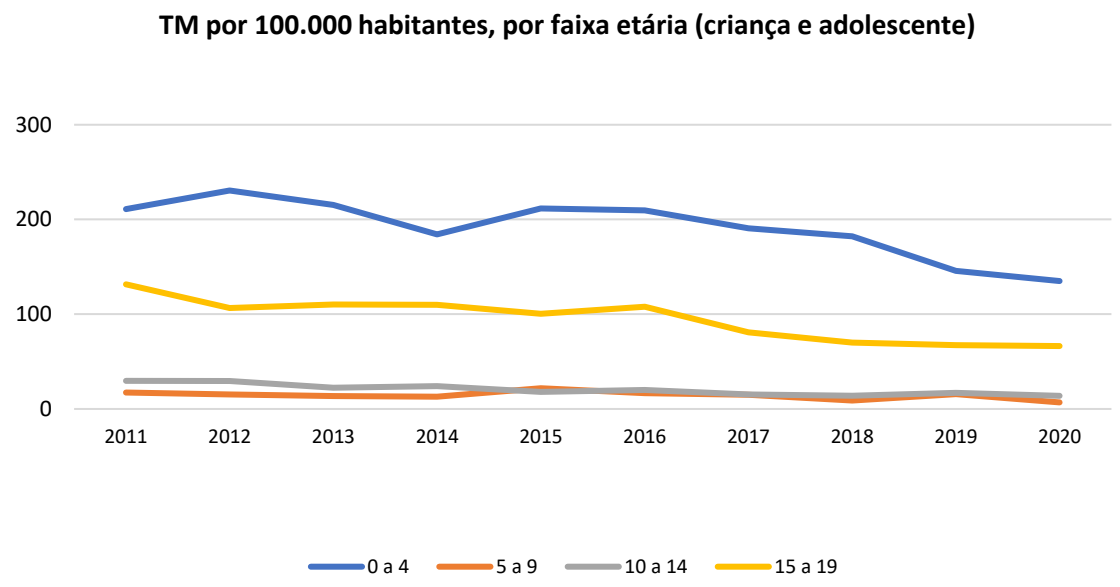
Faixa etária	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020**	*Dif % 2011 a 2019*	*Dif % 2019 a 2020*
<1 ano	223	239	220	192	220	201	189	183	139	140	**-37,7**	**0,7**
1 a 4 anos	31	36	34	23	24	41	33	31	32	18	**3,2**	**-43,8**
5 a 9 anos	22	19	17	16	27	19	17	10	18	8	**-18,2**	**-55,6**
10 a 14 anos	39	39	30	32	24	25	19	17	21	17	**-46,2**	**-19,0**
15 a 19 anos	185	150	156	152	137	155	115	98	93	91	**-49,7**	**-2,2**
20 a 29 anos	501	453	400	452	417	429	326	349	334	349	**-33,3**	**4,5**
30 a 39 anos	536	525	522	481	463	471	458	450	377	451	**-29,7**	**19,6**
40 a 49 anos	835	730	718	730	703	694	647	643	654	742	**-21,7**	**13,5**
50 a 59 anos	1250	1216	1213	1199	1269	1260	1213	1213	1234	1564	**-1,3**	**26,7**
60 a 69 anos	1635	1686	1686	1716	1754	1896	1904	1947	1933	2525	**18,2**	**30,6**

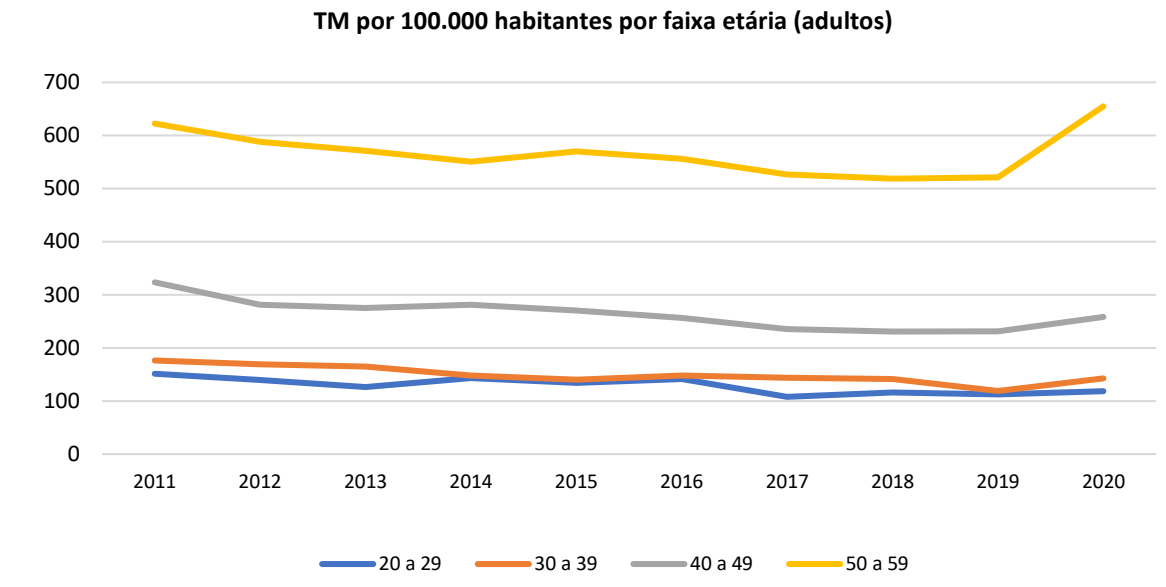
70 a 79 anos	2016	2132	2210	2103	2171	2399	2213	2276	2357	2913	**16,9**	**23,6**
80 e+ anos	2709	2826	3024	3118	3204	3549	3585	3682	3796	4317	**40,1**	**13,7**
Total	9990	10057	10231	10220	10426	11141	10725	10902	10990	13142	**10,0**	**19,6**

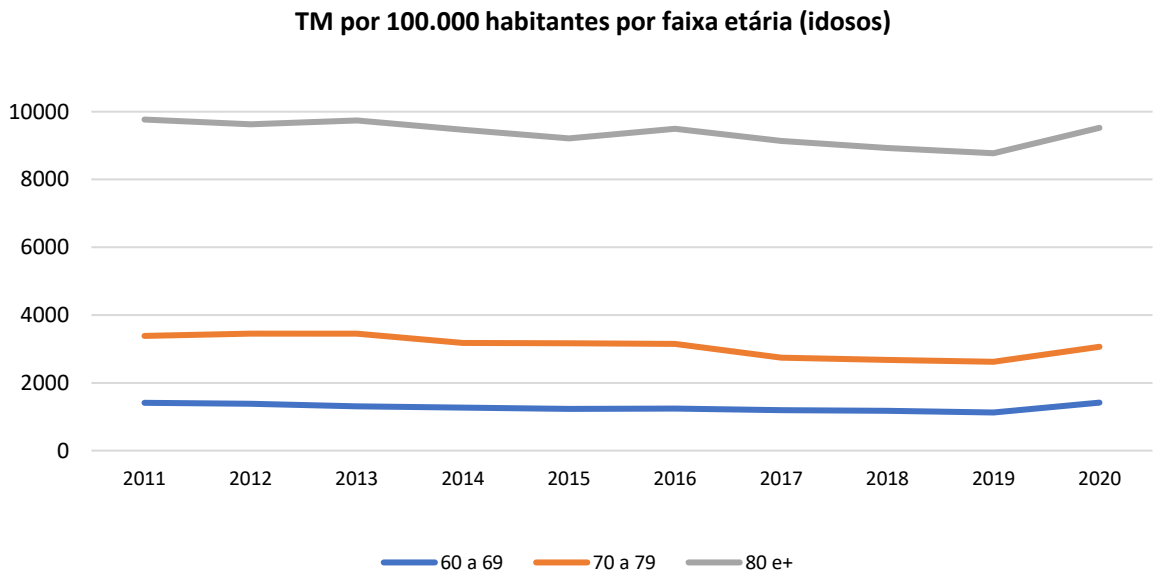
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Quando se analisa a TM, que considera a população exposta ao risco de morrer por faixa etária, esta é mais elevada quanto mais avançada é a idade. A análise deste indicador na série histórica de 2011 a 2019 mostra redução em todas as faixas etárias até o ano 2019. Entretanto, mudança importante nesta tendência ocorre no ano de 2020, quando a TM volta a elevar-se em todas as faixas acima de 20 anos, reflexo da pandemia pela COVID-19. Os maiores aumentos proporcionais da TM ocorreram na população entre 50 e 69 anos (Gráfico 18).

Gráfico 18. Série Histórica da Taxa de Mortalidade, segundo faixa etária por 100.000 habitantes. Curitiba, 2011-2020*.







FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

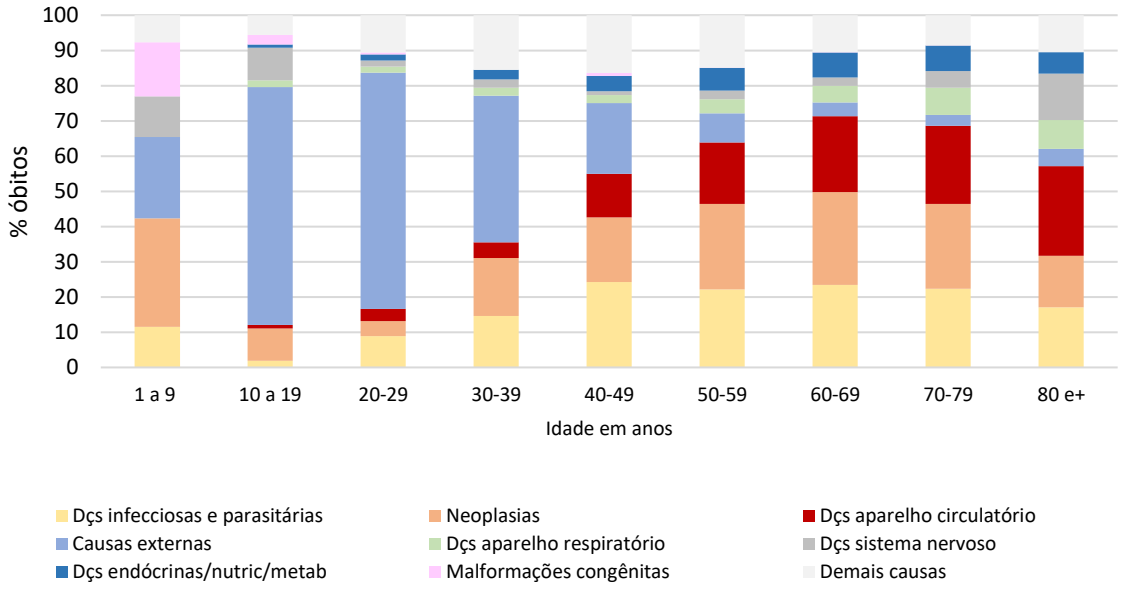
No Gráfico 19 está apresentada a mortalidade proporcional por faixa etária pelos principais grupos de causa (CID-10) ocorridos em 2020, ressaltando a representatividade de cada causa dentro das faixas etárias.

Entre as crianças (1 a 9 anos) as principais causas de morte em 2020 foram as neoplasias e as causas externas. Entre os adolescentes (10 a 19 anos), assim como na população de 20 a 39 anos, as causas externas (acidentes e violências) foram responsáveis

pela maioria dos óbitos. Na população de 40 a 49 anos a causa externa ocupa o segundo lugar, atrás apenas das infecciosas neste ano de pandemia.

Já nas faixas de 50 a 79 anos as três principais causas foram as neoplasias, infecciosas e cardiovasculares e entre os idosos com 80 anos e+ a principal causa de mortalidade são as DCV, como pode ser observado detalhadamente no Gráfico 19 abaixo.

Gráfico 19. Mortalidade proporcional pelas principais causas de óbito (capítulo CID-10) por faixa etária. Curitiba, 2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Na análise da TM por sexo, observa-se que tanto entre homens e mulheres, as maiores taxas foram por DCV, neoplasias e, as doenças infecciosas e parasitárias, sendo no sexo masculino mais elevada em todos os grupos de causas (capítulos da CID-10), comparado à TM entre as mulheres.

Nos homens a principal causa foram as doenças infeciosas e parasitárias, com TM de 160,3/100.000 habitantes, enquanto as mulheres morreram mais por DCV (TM 134,1/100.000 hab) (Tabela 13).

No sexo masculino destaca-se ainda como importante causa de mortalidade as causas externas (acidentes e violências), com uma TM em 2020 de 97,6/100.000 hab, ou

seja, 3,6 vezes maior do que o observado entre as mulheres (TM 27,5/100.000 hab) (Tabela 13).

Tabela 13. Taxas de mortalidade (por 100.000) habitantes pelos principais grupos de causa (capítulo CID-10) segundo sexo, Curitiba, 2020*.

Causa (Cap CID-10)	*Masculino*		*Feminino*		*Razão entre taxas M/F*
	N	*TM*	*N*	*TM*	
Doenças do aparelho circulatório	1313	141,7	1371	134,1	1,1
Neoplasias	1323	142,8	1302	127,4	1,1
Doenças infecciosas e parasitárias	1485	160,3	1126	110,1	1,5
Causas externas	904	97,6	281	27,5	3,6
Doenças do sistema nervoso	330	35,6	516	50,5	0,7
Doenças endócrinas/nutric/metabólicas	403	43,5	402	39,3	1,1
Doenças do aparelho respiratório	411	44,4	385	37,7	1,2
Total	**1323**	**142,8**	**1302**	**127,4**	**1,3**

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: Estudo de Estimativa do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

A distribuição dos óbitos conforme distrito sanitário (DS) de residência, apresentado na Tabela 14, aponta a maior parte dos óbitos de residentes nos distritos do Boa Vista, Matriz, Cajuru, Boqueirão e Portão, que juntos representam 63,4% dos óbitos neste período de 2011 a 2020.

Essa distribuição sofre influência do contingente populacional, bem como do perfil da estrutura etária de cada regional, como por exemplo o DS Matriz, que em termos populacionais é o oitavo distrito, mas no ranking da mortalidade é o segundo, pois concentra a maior população acima de 60 anos em Curitiba.

Tabela 14. Distribuição do número de óbitos gerais, por Distrito Sanitário de residência. Curitiba, 2011-2020*

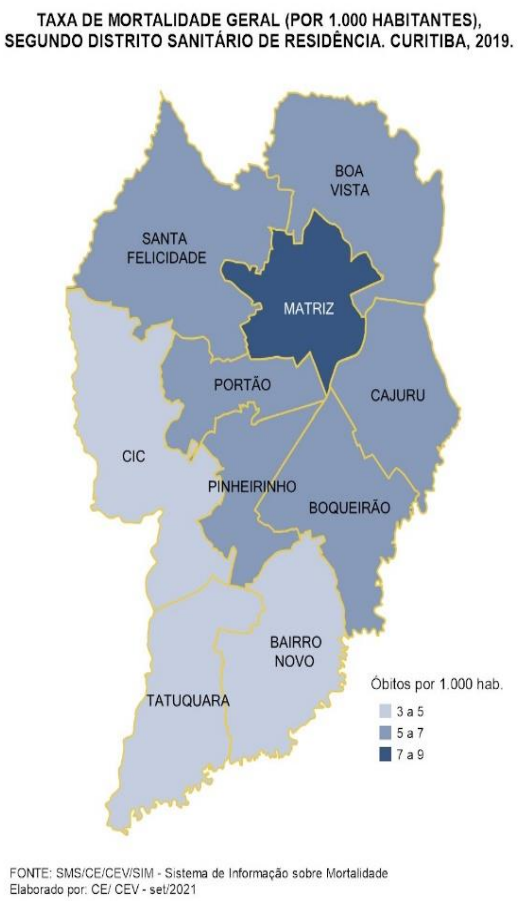
Distrito Sanitário	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020**	*Total 2011 a 2020**	
											N	*%*
Santa Felicidade	870	844	921	1024	1001	943	959	932	958	1120	9572	8,9
Boa Vista	1375	1371	1424	1321	1542	1680	1674	1759	1675	2027	15848	14,7
Boqueirão	1269	983	1003	1268	1278	1226	1175	1098	1204	1489	11993	11,1
Portão	1386	1322	1262	1246	1337	1080	1073	1145	1218	1431	12500	11,6
Pinheirinho	749	775	779	769	835	971	959	940	875	1073	8725	8,1
Cajuru	951	1123	1132	934	1213	1404	1228	1257	1347	1703	12292	11,4
Matriz	1367	1430	1448	1429	1477	1618	1567	1554	1494	1681	15065	14,0
Bairro Novo	581	596	641	531	657	767	747	799	739	903	6961	6,5
CIC	678	789	768	770	833	893	877	934	930	1113	8585	8,0
*Tatuquara***	0	0	2	4	2	401	400	377	414	454	2054	1,9
IGN	764	824	851	924	251	158	66	107	136	148	4229	3,9
Total	**9990**	**10057**	**10231**	**10220**	**10426**	**11141**	**10725**	**10902**	**10990**	**13142**	**107824**	**100,0**

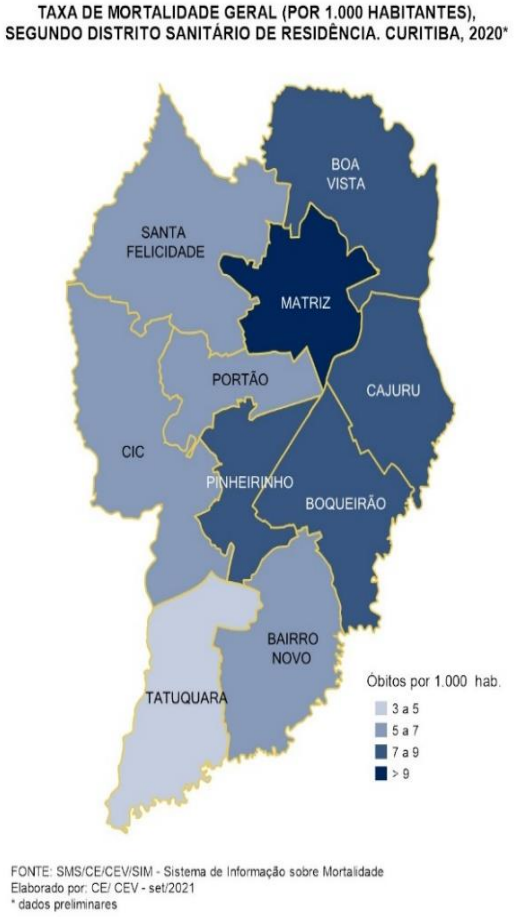
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares
** DS Tatuquara foi criado em 2016.

A distribuição dos óbitos considerando o número de habitantes expostos ao risco de morrer pode ser melhor visualizada quando se analisa a taxa de mortalidade, que correlaciona o número de óbitos com o número de residentes em determinada localidade.

Os mapas abaixo permitem visualizar a distribuição da Taxa de Mortalidade Bruta conforme distrito de residência, porém em distribuição espacial e, quanto mais escura é a cor no mapa maior é a taxa. Neles é possível perceber a concentração da TM no DS Matriz e a menor do DS Tatuquara. Nota-se também no mapa abaixo e, no Gráfico 20 mais detalhadamente, que a TMB se elevou em todos os distritos sanitários.

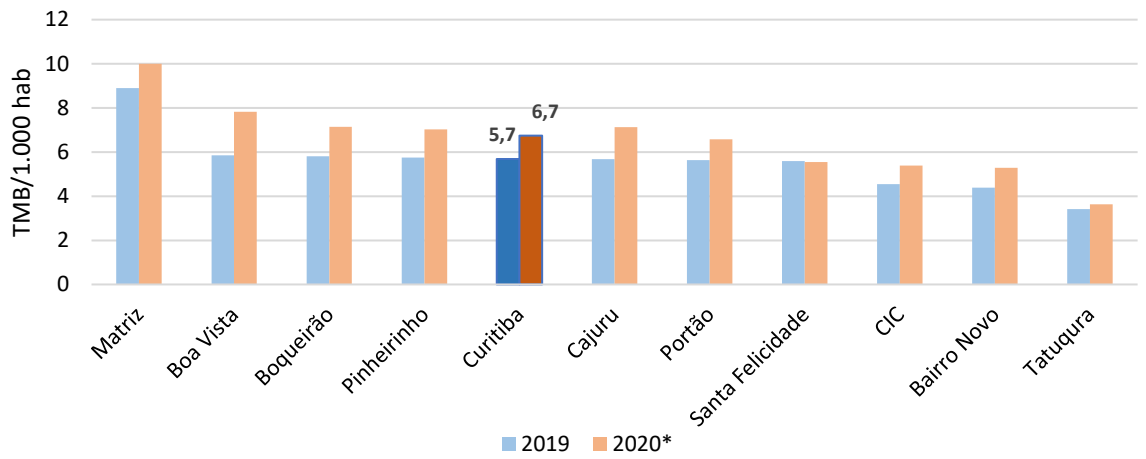
Figura 16. Taxa de mortalidade geral (por 1.000 hab) segundo distrito sanitário de residência. Curitiba, 2019 e 2020*





No Gráfico 20 nota-se que além dos Distrito Matriz, os Distritos Boa Vista, Boqueirão e Pinheirinho concentram TMB acima da taxa do Município. Importante ressaltar que o DS Matriz concentra a maior população acima de 60 anos, o que contribui para a maior mortalidade.

Gráfico 20. Taxa de mortalidade bruta (TMB por 1.000 hab) conforme distrito de residência. Curitiba, 2019 e 2020*.



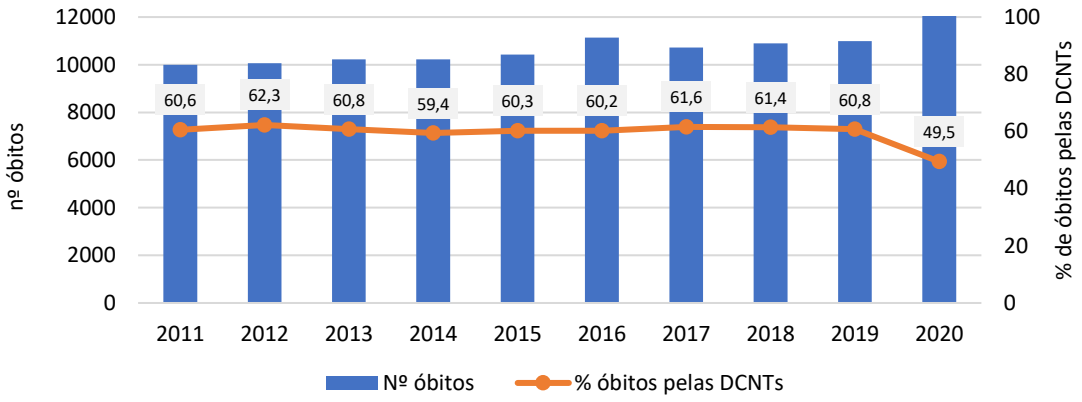
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: Estudo de Estimativa do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares
** DS Tatuquara foi criado em 2016.

8.6. MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS- DCNT

As Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT abrangem as doenças do aparelho circulatório, as respiratórias crônicas, assim como diabetes e neoplasias. São responsáveis por 63% das mortes globais e quando não levam a óbito ocasionam limitações e diminuição da qualidade de vida. No Brasil são responsáveis por 72% das causas de morte e, como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingem especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade (MALTA et al., 2019). Foi lançado em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022), que estabelece ações e metas para a redução das taxas de mortalidade prematura, considerada de 30 a 69 anos, para esse grupo de doenças.

Em Curitiba, as quatro principais DCNTs foram responsáveis por em torno de 60% dos óbitos totais de residentes em Curitiba de 2011 a 2019, enquanto em 2020 esta proporção reduziu para 49,5%, por consequência do aumento de óbitos pela COVID-19 (Gráfico 21).

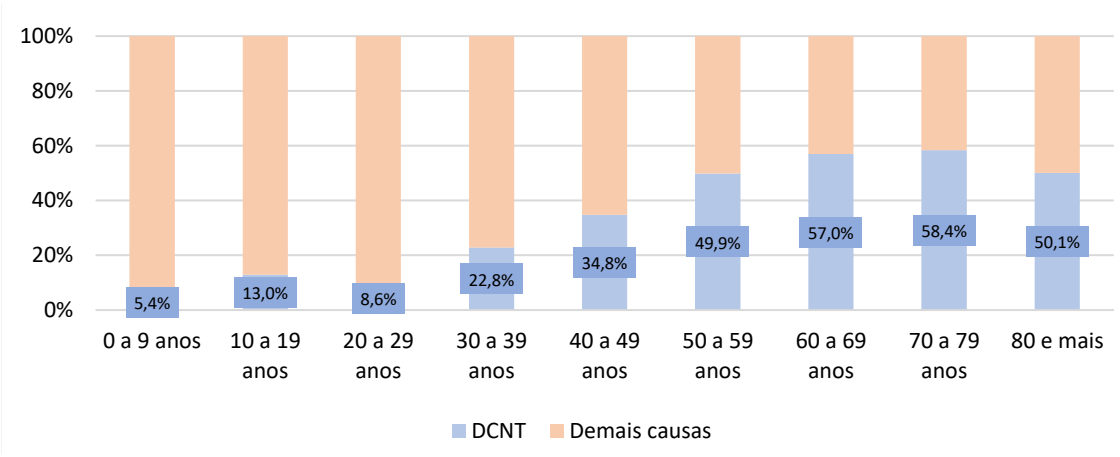
Gráfico 21. Mortalidade proporcional pelas 4 principais DCNTs em relação ao total de óbitos. Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares

As DCNT vitimizam pessoas de todas as faixas etárias, como pode ser observado nos Gráficos 22 e 23, em especial na população acima de 30 anos. Em 2020 estas doenças vitimizaram 6499 pessoas, e foram responsáveis pela maioria dos óbitos na população acima de 50 anos, atingindo maiores proporções entre os de 60 a 79 anos (Gráfico 22).

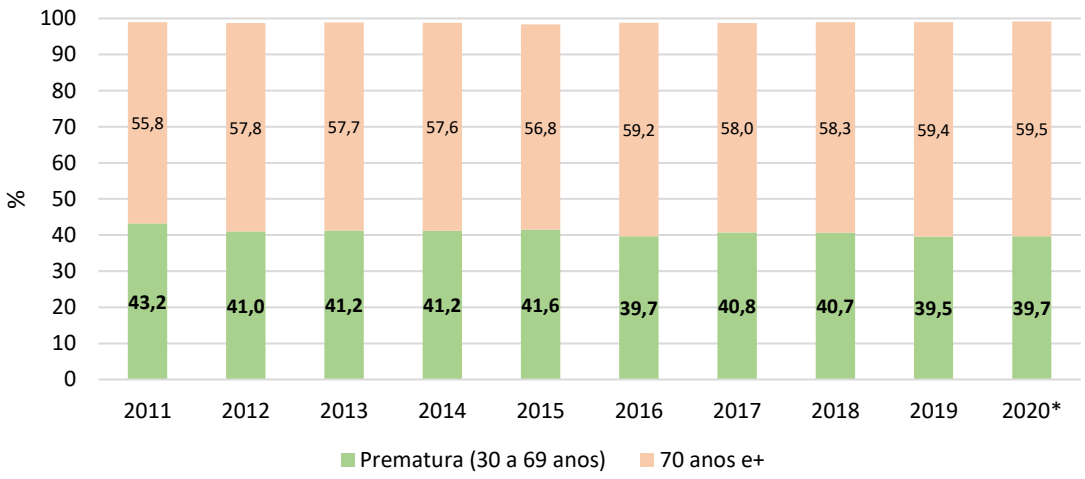
Gráfico 22. Mortalidade por DCNT em relação às outras causas, segundo faixa etária. Curitiba, 2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares

Importante destacar na análise dos óbitos pelas DCNTs que em torno de 40% destas mortes são consideradas prematuras (30 a 69 anos) e em torno de 60% ocorreram na população acima de 69 anos, no período de 2011 a 2020 (Gráfico 23). Somente em 2020 este grupo de doenças vitimou 2.580 pessoas entre 30 a 69 anos. A importância da mortalidade considerada prematura se dá em especial pelo reconhecimento de sua maior evitabilidade até esta idade.

Gráfico 23. Mortalidade pelas quatro principais DCNTs, prematura (30 e 69 anos) e na população acima de 69 anos. Curitiba, 2011-2020*.

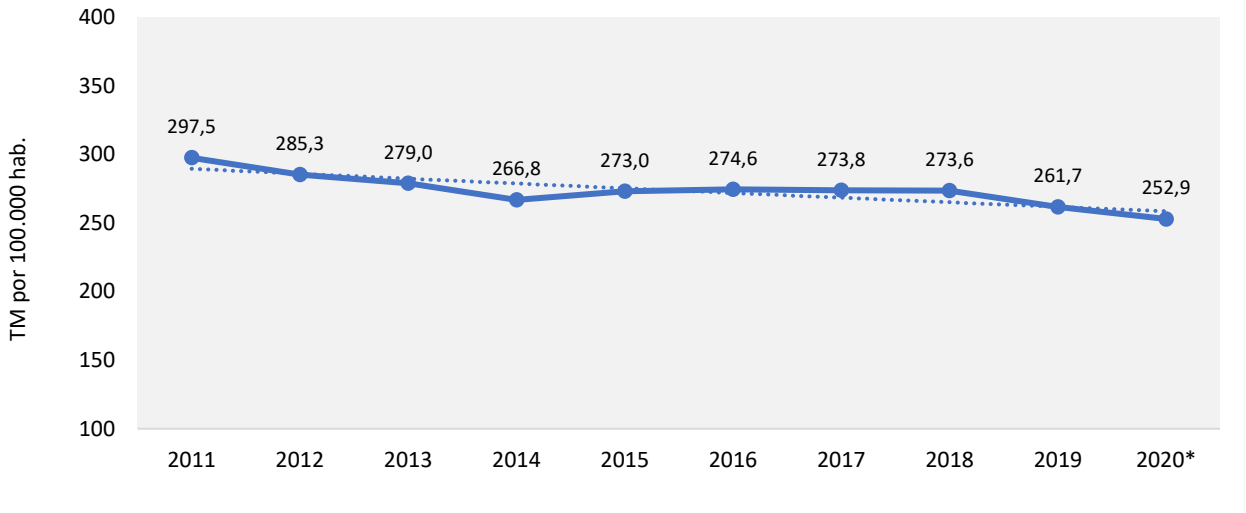


FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares

O indicador taxa de mortalidade prematura (TMP) pelo conjunto das quatro principais DCNTs contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas no controle das DCNT, assim como na prevenção dessas doenças e dos seus fatores de risco.

A análise das taxas de mortalidade prematura pelas DCNTs ao longo dos anos mostra que o risco de óbito prematuro em Curitiba decresceu 15% de 2011 a 2020. Enquanto em 2011 esta taxa alcançou 297,5/100.000 habitantes, em 2020 atingiu 252,9, que representa 2583 óbitos neste ano. Ao comparar a taxa de mortalidade de 2020 em relação ao ano anterior (261,7) evidencia-se a redução de 3,4%. (Gráfico 24)

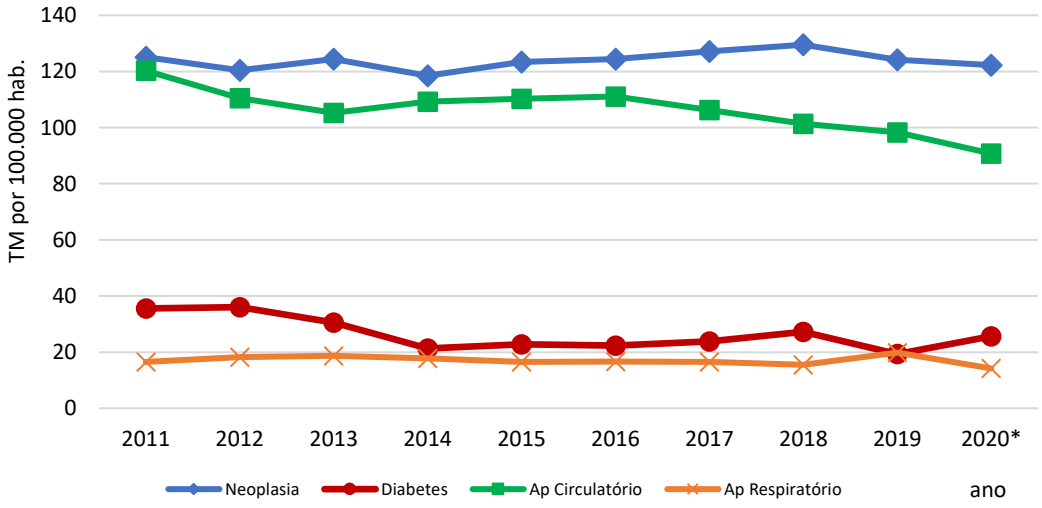
Gráfico 24. Taxa de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT. Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: Estudo de Estimativa do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia - CEV
* 2020 dados preliminares

Dentre os grupos de doenças que compõem as DCNTs, as que contribuem para o maior contingente de óbitos são as neoplasias e as doenças cardiovasculares, como pode ser observado no Gráfico 25.

Gráfico 25. Taxa de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT. Curitiba, 2011-2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

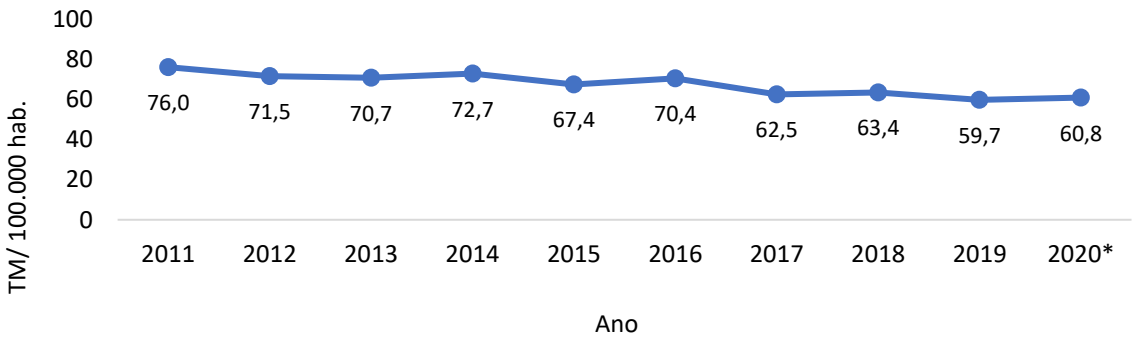
8.7. MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

As mortes por causas externas correspondem a uma grande parcela de óbitos em grande parte dos países em todo o mundo. O que varia, contudo, é a distribuição quanto a circunstância de morte e a faixa etária acometida.

Em Curitiba, ao longo dos anos, as causas externas se mantiveram em terceiro lugar entre as principais causas de morte. Em 2020 passaram a ocupar a quarta posição, devido a ocorrência da pandemia ocasionada pelo Covid-19, que passaram a ocupar a terceira posição.

A taxa de mortalidade por causas externas apresenta redução ao longo dos anos, passando de 76 mortes a cada 100 mil habitantes em 2011, para 60,8 em 2020, representando uma redução de 20%. Vale ressaltar que os dados de 2020 são preliminares, podendo ocorrer alterações quanto a causa básica da morte após finalização de investigações epidemiológicas. (Gráfico 26).

Gráfico 26. Taxa de Mortalidade por causas externas, residentes em Curitiba – 2011 a 2020*.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Cabe esclarecer que a mortalidade por causas externas está subdividida entre acidentes e violências. Inclui, portanto, mortes ocasionadas por acidentes de transporte, quedas e outros acidentes; agressões (homicídios); suicídios, intervenções legais e as demais causas externas onde também estão incluídas aquelas, que apesar das investigações, não foi possível determinar a circunstância da morte.

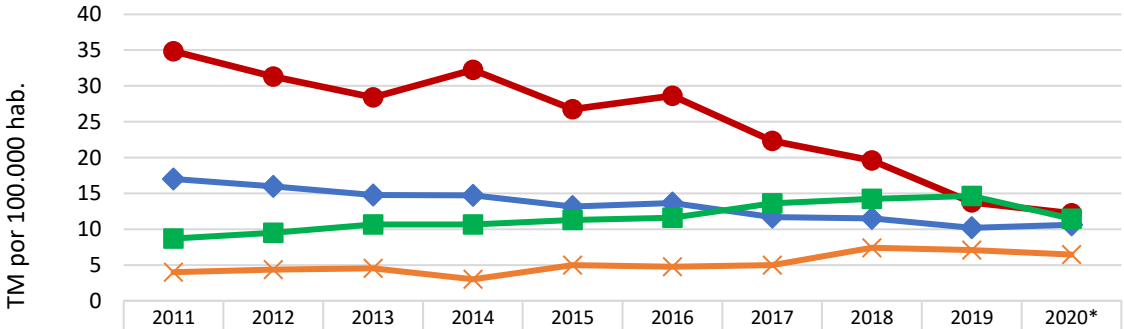
No Brasil, essa distribuição mostra predominância das causas intencionais (homicídios), seguidos dos acidentes de transporte. Em Curitiba, o peso das causas externas em que se ignora se foram acidentais ou intencionais é pequeno, devido aos esforços despendidos no sentido da melhoria da qualidade da informação.

Em Curitiba, no que se refere às principais categorias que compõem as causas externas de mortalidade, o Gráfico 27 demonstra que os acidentes de transporte e os homicídios concentram a maior parte dos óbitos nesse grupo de causa. De 2011 a 2017 a taxa de morte por homicídio foi o dobro da taxa de morte por acidentes de transporte, sendo que ambas sofrem declínio nos últimos dez anos, sendo mais impactante na mortalidade por homicídio, que decresceu 64,9% (34,8/100 mil habitantes em 2011 e 12,2 em 2020).

A partir de 2017 evidencia-se o incremento na taxa de mortalidade relacionadas às quedas, assumindo o segundo lugar das causas de morte por causas externas neste ano.

A taxa de mortalidade por suicídio se mantém na quarta posição nesta série histórica, apresentando tendência crescente, atingindo sua maior taxa em 2018 (7,4/100.000 habitantes), o equivalente a 48,2% de acréscimo em relação ao ano anterior, passando de 5 mortes para cada 100 mil habitantes para 7,4 mortes em 2018.

Gráfico 27. Taxa de Mortalidade das principais causas externas, segundo tipo de circunstância de morte, residentes em Curitiba – 2011 a 2020*.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Acidente de Transporte	17,0	16,0	14,8	14,7	13,1	13,6	11,7	11,5	10,2	10,6
Homicídio	34,8	31,3	28,4	32,2	26,8	28,6	22,3	19,6	13,8	12,2
Quedas	8,7	9,5	10,7	10,7	11,3	11,6	13,6	14,2	14,6	11,4
Suicídio	4,0	4,4	4,5	3,0	5,0	4,8	5,0	7,4	7,1	6,5

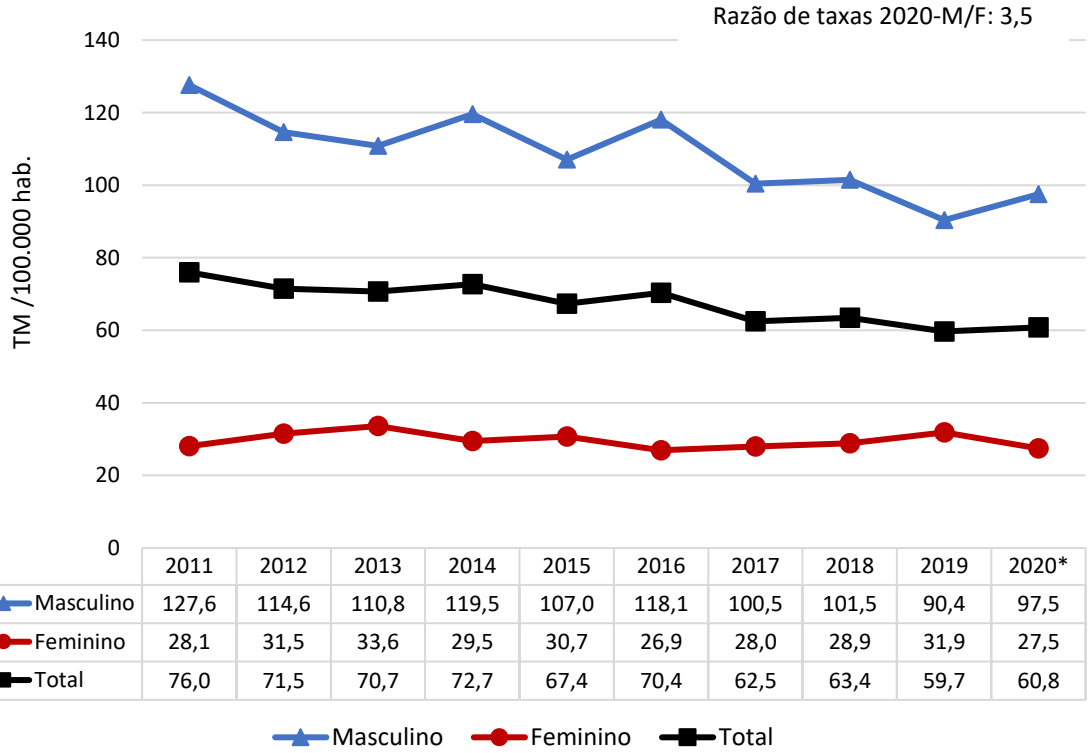
Ano

Acidente de Transporte Homicídio Quedas Suicídio

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

Na análise dos óbitos por sexo, a TM mostra que o risco de morrer por causas externas entre os homens é expressivamente superior, comparado às mulheres, sendo 3,5 vezes maior no sexo masculino em 2020. Outro aspecto observável é a importante redução da TM no sexo masculino desde 2011. (Gráfico 28)

Gráfico 28. Taxa de Mortalidade por Causas Externas segundo sexo, residentes em Curitiba – 2011 a 2020*.

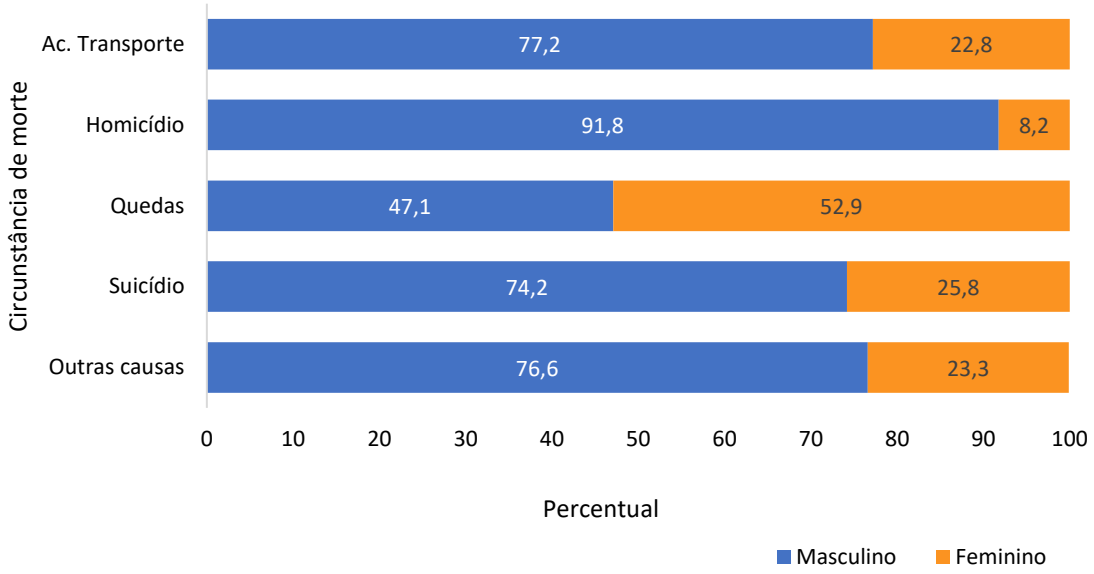


	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Masculino	127,6	114,6	110,8	119,5	107,0	118,1	100,5	101,5	90,4	97,5
Feminino	28,1	31,5	33,6	29,5	30,7	26,9	28,0	28,9	31,9	27,5
Total	76,0	71,5	70,7	72,7	67,4	70,4	62,5	63,4	59,7	60,8

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Dados populacionais: até 2015 – RIPSA; 2016 a 2020 - Estimativa Populacional por Município do MS
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

O Gráfico 29 apresenta a distribuição percentual de óbitos por causa externa segundo sexo e circunstância de morte. O homicídio é a principal causa de mortes, sendo que do total de homicídios, 91,8% ocorreram no sexo masculino, seguida dos acidentes de transporte (77,2%) e suicídio (74,2%). Já entre as mulheres tem-se que a representatividade é semelhante entre homens e mulheres.

Gráfico 29. Proporção de óbitos por Causas Externas, segundo sexo e circunstância de morte, residentes em Curitiba, 2011 a 2020*



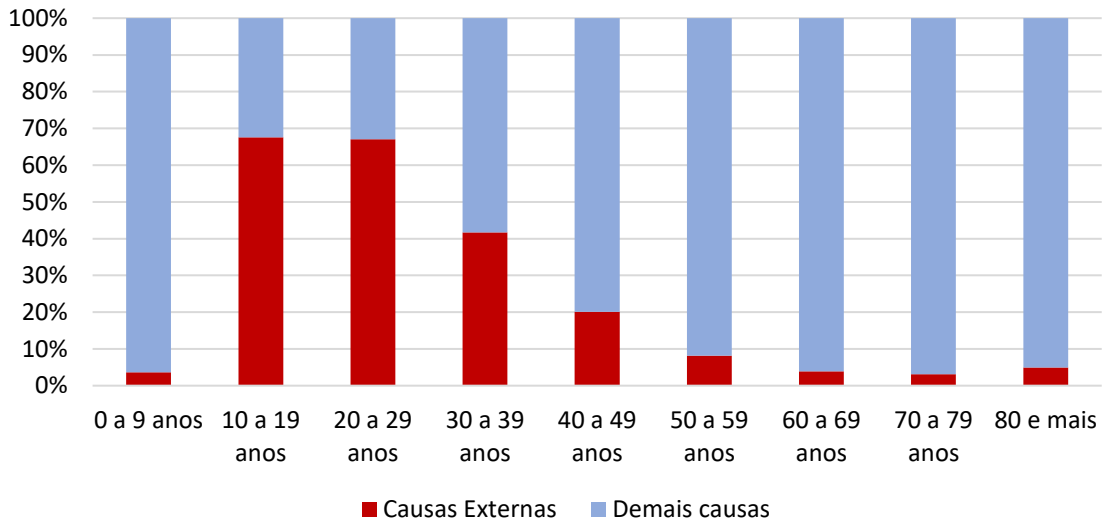
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

É possível reconhecer que existem diversas situações que apontam determinantes e necessidades de abordagens preventivas, relacionadas as mortes por causas externas, tanto na circunstância de morte, sexo e faixa etária.

Para isso, faz-se necessária a análise do tipo de circunstancia de morte, bem como da faixa etária mais acometida por estas ocorrências fatais.

No Gráfico 30 é possível identificar que as faixas etárias de 10 a 29 anos é onde concentra-se a maior proporção de óbitos por causas externas, representando 70% dos óbitos ocorridos em 2020, quando comparados com as demais causas de morte.

Gráfico 30. Proporção de óbitos por causas externas em relação a outras causas (Capítulo da CID-10), segundo faixa etária, residentes em Curitiba, 2020*



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)– SMS Curitiba
Elaborado por: Centro de Epidemiologia – CEV * 2020 dados preliminares

A breve análise da mortalidade por causas externas evidencia sua importância e impacto na saúde pública, especialmente devido a heterogeneidade de sua ocorrência nos extratos populacionais, sendo reflexo de diversas situações que apontam determinantes e necessidades de abordagens preventivas diferentes, além da importância da intersetorialidade no seu enfrentamento.

Além disso sua relevância se dá também pois possui influência significativa na diminuição da esperança de vida do município, pois acomete em especial as populações mais jovens.

8.8. INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS

Em 1997 foi criado o Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba com o objetivo de coletar, armazenar e padronizar as informações de câncer referentes à população do município.

O banco de dados de incidência conta, atualmente, com mais de 95.000 casos definitivos de câncer, do período de 1998 a 2016, e serve de base para a construção de

estimativas de incidência da doença para o Paraná e Curitiba, sendo esta atividade realizada pelo Instituo Nacional do Câncer (INCA).

Atualmente, de acordo com a dinâmica de trabalho da equipe de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, a incidência de neoplasias na população residente na cidade é computada em cada ano relativa há cinco anos. Deve ser ressaltado que estes agravos não são definidos como de notificação obrigatória, e esta metodologia de levantamento da incidência anual com a referida defasagem está respaldada pelo INCA.

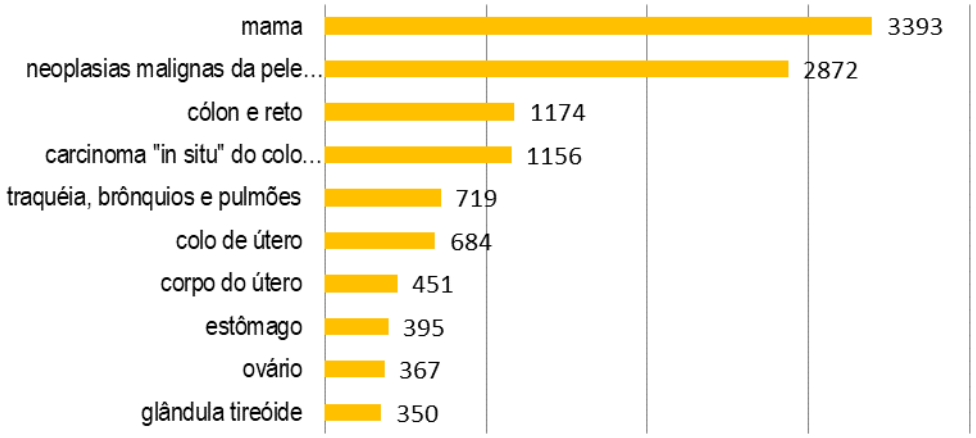
Para o enfrentamento do câncer são necessárias ações que incluem educação, promoção, prevenção e atenção à saúde. O conhecimento da situação real é, portanto, essencial para a definição de prioridades e avaliação das ações realizadas.

As neoplasias são o segundo grupo mais frequente de causas de óbito em Curitiba, e verifica-se, no sexo feminino, o predomínio do câncer de mama e, no sexo masculino, do câncer de próstata.

Os Gráficos 31 e 32 mostram os 10 principais tumores e respectivas frequências em homens e mulheres ao longo do período de 2012 a 2016.

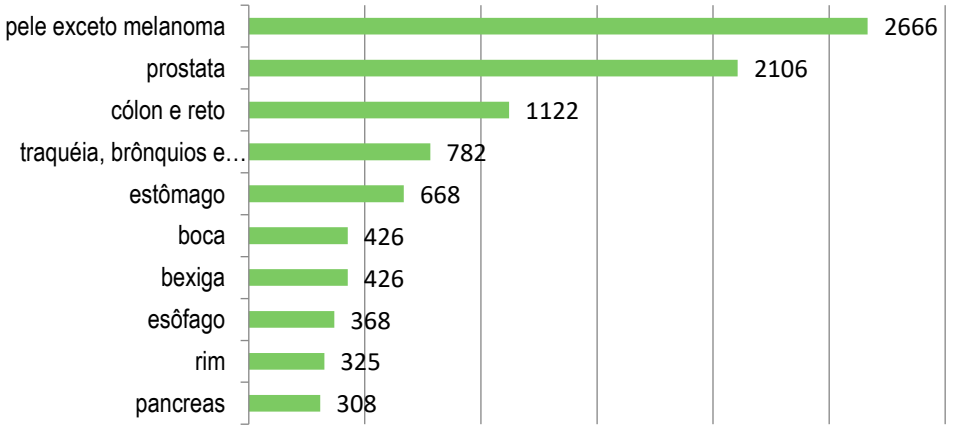
Os Gráficos 33 e 34 demonstram as taxas de incidência no período de 2012 a 2016 e possibilitam a leitura da tendência dos cinco grupamentos de tumores mais frequentes entre os gêneros.

Gráfico 31. Casos novos de neoplasias malignas em Mulheres, Curitiba, 2012-2016



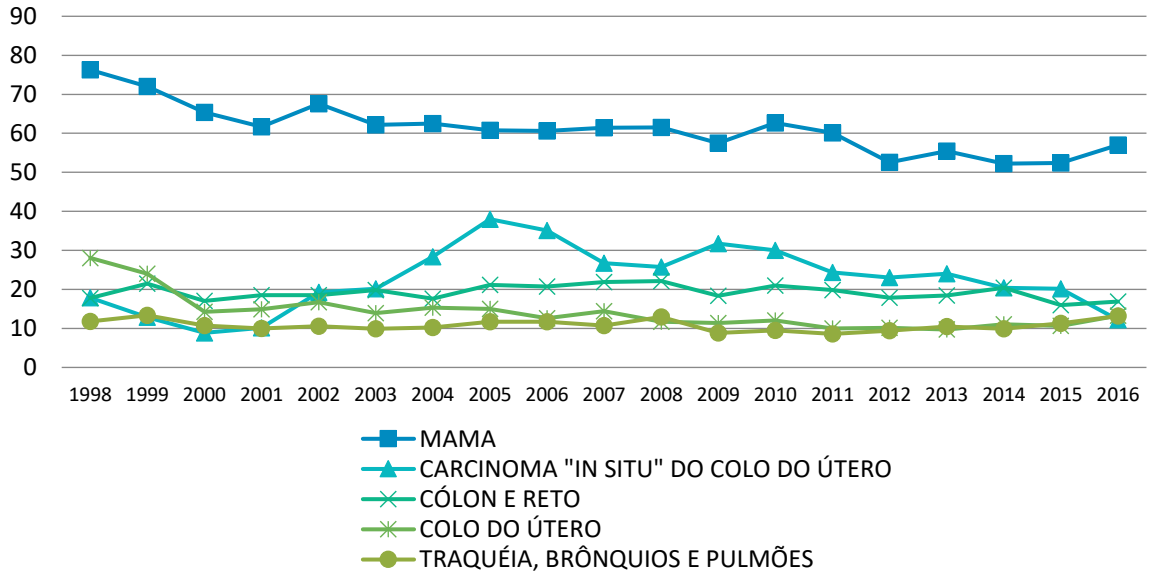
FONTE: SMS/CE/BPW

Gráfico 32. Casos novos de neoplasias malignas em homens. Curitiba, 2012-2016



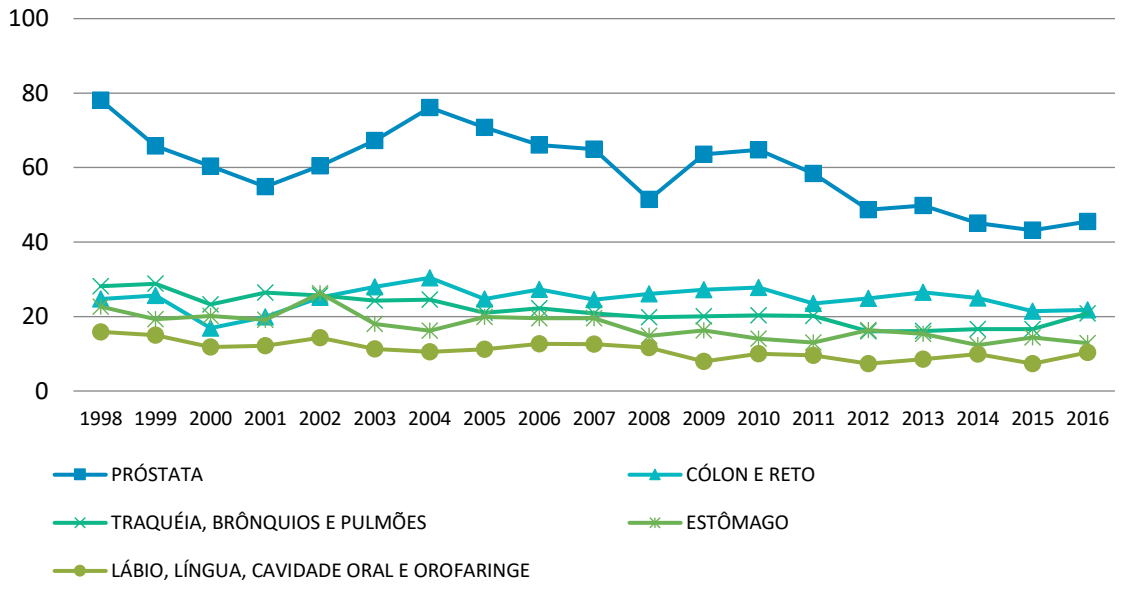
FONTE: SMS/CE/BPW

Gráfico 33. Taxas ajustadas de incidência de neoplasias malignas para as cinco localizações primárias mais frequentes, por 100 mil mulheres em Curitiba, 1998 a 2016.



FONTE: SMS/CE/BPW

Gráfico 34. Taxas ajustadas de incidência de neoplasias malignas para as cinco localizações primárias mais frequentes, por 100 mil homens em Curitiba, 1998 a 2016.



FONTE: SMS/CE/BPW

Observando-se o conjunto dos gráficos apresentados, percebe-se que o câncer de mama, embora seja o mais encontrado em mulheres, apresentou um leve declínio até 2015 e a partir de 2016 apresenta estabilidade em sua incidência.

Contrário, porém, é o comportamento dos carcinomas “in situ” do colo do útero, cuja incidência aumentou significativamente nos últimos anos, provavelmente como reflexo das ações ofertadas no âmbito da atenção à saúde da mulher, especialmente a ampla realização do exame preventivo de citologia oncótica do colo do útero para identificação e o diagnóstico precoce de lesões dessa natureza.

No que se refere aos homens, entretanto, nota-se que os cinco grupos de maior incidência de neoplasias apresentam, de um ano para outro, pequenas variações para mais ou para menos, sem grandes alterações no período avaliado, mas com relevante destaque para os localizados na próstata.

A mais recente estimativa mundial, realizada em 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma).

A estimativa para o Brasil, triênio 2020-2022, aponta a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos de câncer, sendo 450 mil casos novos, retirando-se os casos de pele não melanoma.

Nos homens os tipos de cânceres mais frequentes serão: próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%).

Nas mulheres, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo de útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) estarão entre os principais.

As estimativas de câncer para o triênio 2020/2022 para o Paraná e Curitiba podem ser observadas através de taxas na Tabela 15.

Tabela 15. Taxas brutas de incidência estimadas para 2020/2022 por 100 mil habitantes por sexo, segundo Estado e Capital.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	3.560	62,62	46,85	220	24,06	25,60	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	3.470	59,26	47,96	570	56,57	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	990	16,89	13,67	100	9,48	7,40
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.180	20,78	16,73	110	12,36	12,85	810	13,81	11,36	150	15,21	12,07
Cólon e Reto	1.250	22,05	20,80	200	21,89	22,15	1.230	20,97	16,42	200	19,35	15,07
Estômago	900	15,90	11,78	80	8,56	8,76	490	8,39	5,06	40	4,15	3,33
Cavidade Oral	680	11,93	9,52	70	7,91	7,70	230	3,88	2,75	30	2,76	2,35
Laringe	370	6,51	5,51	30	3,69	3,58	100	1,70	1,36	**	0,92	0,65
Bexiga	400	7,04	5,91	70	7,15	7,41	220	3,75	2,60	30	3,46	2,73
Esôfago	720	12,70	10,04	50	4,99	5,04	180	3,04	2,39	20	2,11	0,56
Ovário	-	-	-	-	-	-	390	6,64	4,84	50	4,74	3,80
Linfoma de Hodgkin	120	2,08	1,84	20	2,14	2,02	70	1,17	1,01	**	1,05	0,78
Linfoma não Hodgkin	410	7,14	6,10	50	5,85	5,66	280	4,76	3,37	50	4,94	4,06
Glândula Tireoide	100	1,67	1,54	20	1,94	1,81	340	5,87	4,49	40	3,55	3,13
Sistema Nervoso Central	420	7,37	6,12	50	4,99	5,06	390	6,66	4,92	40	4,34	3,97
Leucemias	400	6,98	6,52	40	4,44	4,81	320	5,55	4,73	40	3,75	3,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	480	8,22	6,97	70	6,81	5,66

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Pele Melanoma	230	4,09	3,53	40	4,34	4,02	310	5,35	3,79	40	3,75	2,87
Outras Localizações	3.250	57,20	49,65	390	38,48	38,25	2.370	40,43	30,07	290	28,34	22,56
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	**13.990**	**245,92**	**205,04**	**1.440**	**156,08**	**210,89**	**12.670**	**216,60**	**132,11**	**1.780**	**175,75**	**130,33**
Pele não Melanoma	4.720	82,97	-	740	80,64	-	3.670	62,66	-	1.000	99,13	-
Todas as Neoplasias	**18.710**	**328,89**	**-**	**2.180**	**236,29**	**-**	**16.340**	**279,33**	**-**	**2.780**	**274,48**	**-**

FONTE: INCA/Estimativas 2020-2022

8.9. VIDA NO TRÂNSITO

No que se refere aos sinistros de trânsito, entre 2011 e 2020 Curitiba apresentou a redução de 41,6% no número de vítimas fatais no trânsito. E, apesar do aumento de 7,1% no ano de 2020 em relação ao ano de 2019, a taxa de mortalidade permanece abaixo de 10 óbitos para 100 mil habitantes (9,3 em 2020) representando uma redução de 45,3% no risco de morrer no trânsito na capital, conforme levantamento do Programa Vida no Trânsito. Em 2011 foram registrados 310 sinistros de trânsito com óbito na capital, já em 2020, foram 181(Gráfico 35).

Os sinistros de trânsito configuram um importante problema em saúde no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1,35 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado destes. Em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas instituiu a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020 com o objetivo de salvar milhões de vidas. O governo brasileiro integrou-se a esta iniciativa global com o Projeto Vida no Trânsito, implantado inicialmente no Brasil em 5 cidades (Curitiba, Palmas, Campo Grande, Tocantins e Teresina).

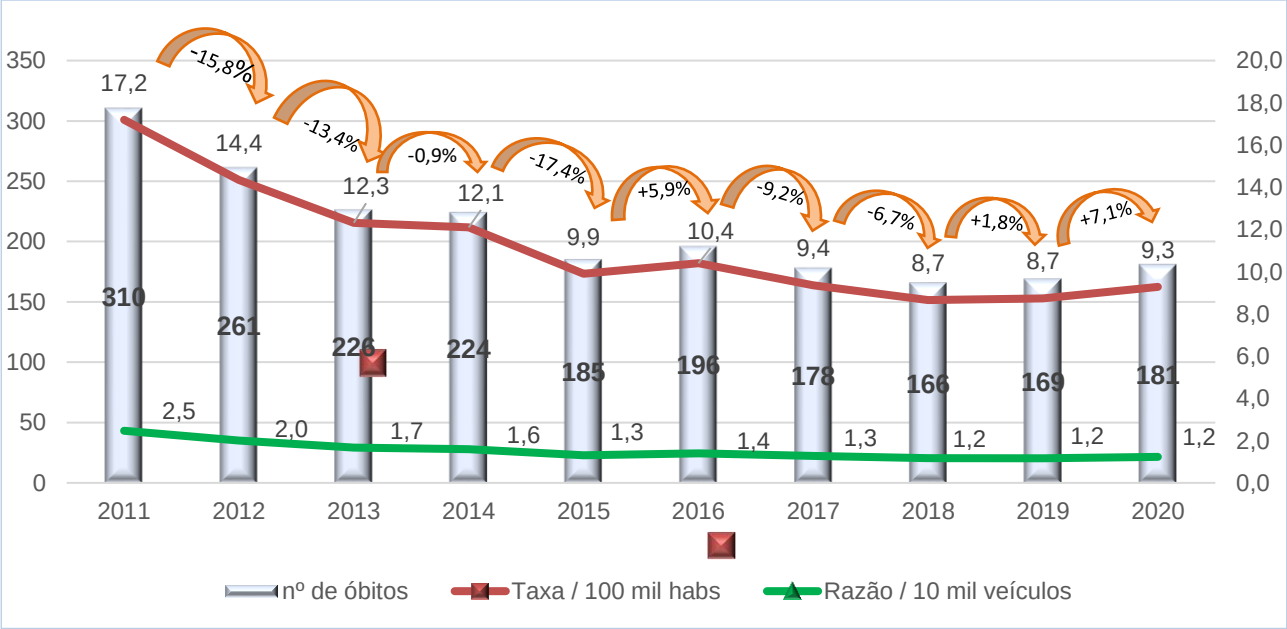
Este projeto constitui uma ação interministerial coordenada pelo Ministério da Saúde e objetiva o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação das informações, planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas prioritariamente a dois fatores de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito:

a associação de ingestão de bebida alcoólica e direção e a velocidade excessiva e inadequada.

Atualmente, na cidade, este programa está sob a gestão da Secretaria Municipal de Trânsito (SETRAN – atual SMDT) com o apoio técnico da secretaria executiva (SMS, SGM, SMCS, IPPUC, SME, FAS e URBS), conforme o Decreto Nº 1065 de 07/07/2021.

Nova década de ações de segurança no trânsito segue implementada no município de Curitiba, portanto de 2021 a 2030 o Programa Vida no Trânsito continua com seus projetos nas áreas de saúde, educação, engenharia e fiscalização voltadas à redução dos óbitos nos sinistros de trânsito e ao salvamento de vidas.

Gráfico 35. Número de mortes por sinistros de trânsito, taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) e razão de mortalidade (por 10 mil veículos). Curitiba, 2011 a 2020.



FONTE: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba

Em relação à distribuição por tipo de vítimas, observa-se que até 2015 o pedestre foi a principal vítima. Entre 2016 e 2019 o motociclista e o pedestre revezaram a posição de principal vítima do trânsito do município. Em 2020, novamente o motociclista ocupa a primeira posição representando 38,1% dos óbitos (Tabela 16 e 17).

Tabela 16. Número de vítimas em sinistros de trânsito, segundo tipo de vítima e ano de ocorrência. Curitiba, 2011-2020.

USUÁRIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pedestre	119	107	86	81	72	62	61	49	76	65
Ocupante motocicleta	97	77	76	69	56	69	66	61	54	69
Ocupante automóvel	68	57	46	60	34	44	40	33	23	29
Ocupante bicicleta	15	13	14	11	19	16	10	17	16	15
Ocupante caminhão	3	3	3	2	1	2	1	3	0	1
Ocupante ônibus	3	1	1	0	2	2	0	2	0	2
Ignorado	5	3	0	1	1	1	0	1	0	0
TOTAL	**310**	**261**	**226**	**224**	**185**	**196**	**178**	**166**	**169**	**181**

FONTE: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba

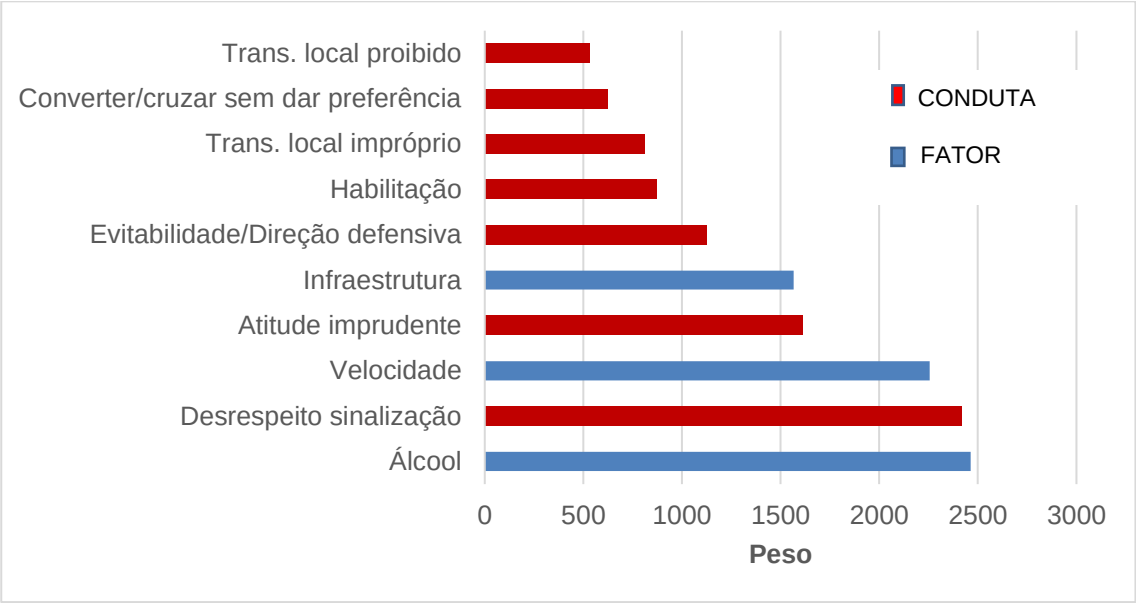
Tabela 17 - Distribuição percentual das vítimas dos acidentes fatais em Curitiba, 2011 – 2020.

USUÁRIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pedestre	38,4	41,0	38,1	36,2	38,9	31,6	34,3	29,5	45,0	35,9
Ocupante de motocicleta	31,3	29,5	33,6	30,8	30,3	35,2	37,1	36,7	32,0	38,1
Ocupante de automóvel	21,9	21,8	20,4	26,8	18,4	22,4	22,5	19,9	13,6	16,0
Ocupante de bicicleta	4,8	5,0	6,2	4,9	10,3	8,2	5,6	10,2	9,5	8,3
Ocupante de caminhão	1,0	1,1	1,3	0,9	0,5	1,0	0,6	1,8	0,0	0,6
Ocupante de ônibus	1,0	0,4	0,4	0,0	1,1	1,0	0,0	1,2	0,0	1,1
Ignorado	1,6	1,1	0,0	0,4	0,5	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

FONTE: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba

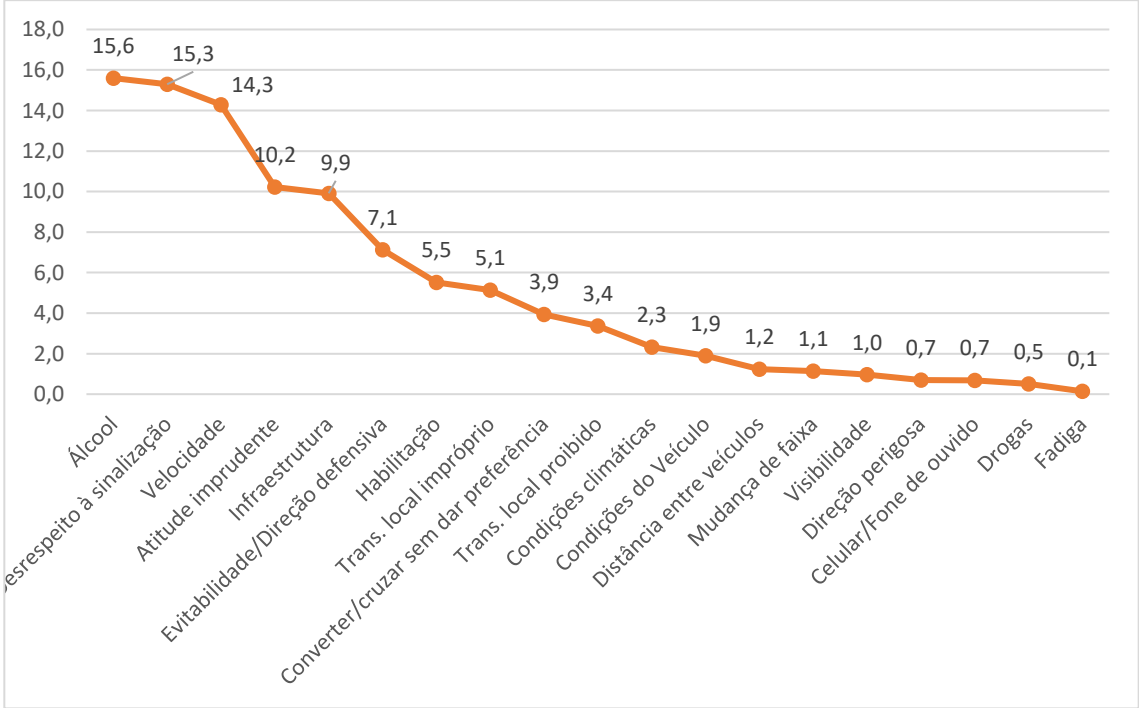
A análise dos sinistros fatais ocorridos na cidade permite apontar condutas e fatores de risco que contribuíram para a ocorrência dos acidentes. No período de 2011 a 2020 os três principais fatores/condutas definidos como relevantes foram a velocidade inadequada ou excessiva, o desrespeito à sinalização – avanço de sinal ou preferencial – e o uso do álcool na direção, conforme se pode observar no Gráfico 36 e 37.

Gráfico 36. Principais fatores e condutas que contribuíram para ocorrência dos sinistros de trânsito. Curitiba, 2011 – 2020.



FONTE: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba

Gráfico 37. Percentual dos fatores e conduta apontados como contributivos para os sinistros de trânsito fatais. Curitiba, 2011 – 2020.



FONTE: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba

8.10. DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA CRÔNICA

a. Sífilis na Gestação

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo Treponema pallidum, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905.

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente o sistema nervoso e cardiovascular.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível ocorrer na passagem do feto no canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde considera-se tratamento adequado da sífilis gestacional quando houver tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina Benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Quanto a taxa de detecção da sífilis gestacional observa-se aumento progressivo a cada ano, com a taxa de 6,6/1.000 nascidos vivos (nv) em 2011 para 27,1/1.000nv em 2020.

Quanto aos casos de sífilis congênita, o número vinha aumentando no período de 2011 a 2017, seguido de queda após esse período. Em 2017, o indicador foi de 8,4/1.000nv para 4/1.000nv em 2020.

Na Tabela 18, apresentamos os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita do município de 2011 a 2020.

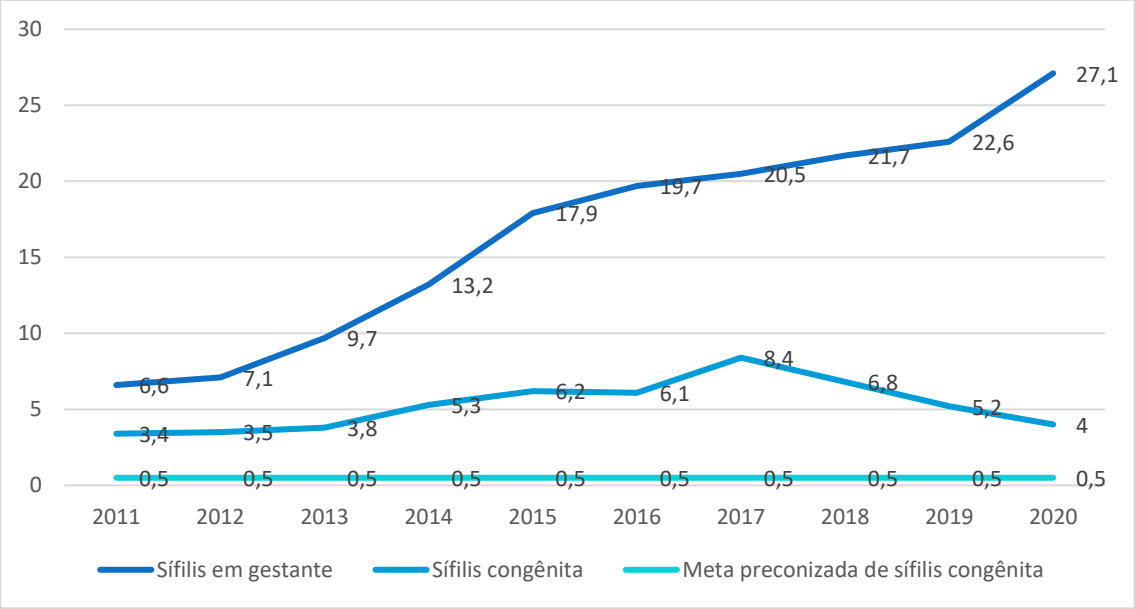
Tabela 18. Dados os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita do município de 2011 a 2020

Ano	Nº de casos de sífilis gestacional	Taxa de detecção da sífilis gestacional	Nº de casos de sífilis congênita	Taxa de incidência da sífilis congênita	Nº de abortos relacionados à sífilis congênita	Nº de natimortos relacionados à sífilis congênita
2011	166	6,6	84	3,4	7	7
2012	177	7,1	89	3,5	4	7
2013	242	9,7	91	3,8	3	2
2014	325	13,2	129	5,3	16	4
2015	439	17,9	152	6,2	14	4
2016	454	19,7	138	6,1	12	5
2017	485	20,5	180	8,4	29	4
2018	477	21,7	151	6,8	17	3
2019	482	22,6	111	5,2	13	2
2020	536	27,1	79	4	6	1

FONTE: SMS/ SINASC/ SINAM

O Gráfico 38 apresenta a série histórica da taxa de incidência da sífilis congênita e na gestação.

Gráfico 38. Série histórica da taxa de incidência da sífilis congênita e taxa de detecção da sifilis em gestante, Curitiba 2011 - 2020.



FONTE: SMS/ SINASC/ SINAM

A meta para eliminação da sífilis congênita preconizada pela OMS é de 0,5/1.000nv. Foi implantado a testagem rápida do HIV e sífilis no momento da vinculação ao pré-natal, agilizando a identificação dos casos reagentes, com instituição do tratamento penicilinico imediato.

Também foram realizadas várias ações de testagem na população geral em busca de identificação dos casos de sífilis.

As ações do planejamento reprodutivo também contribuíram para a redução da sífilis, especialmente a oferta de métodos de longa duração como o DIU e o implante subdérmico, que ajudaram a reduzir o número de gestações não planejadas, principalmente nos casos com maiores vulnerabilidades, como mulheres vivendo em situação de rua, drogadição, entre outras.

O monitoramento dos casos após a conclusão do tratamento para a comprovação da cura tem sido intensificado. Adotou-se, em alguns distritos, a instituição da Tutoria de sífilis. O Tutor é um membro da equipe da Unidade de Saúde que monitora o tratamento da sífilis e o seguimento sorológico posterior, através do exame de VDRL. A proposta da Tutoria surgiu num encontro com a equipe do Ministério da Saúde, a qual seria uma estratégia individualizada contra a sífilis. Esta atribuição é voluntária, dentro do período de atividade laboral da Unidade de Saúde, com a sugestão e indicação do profissional pela coordenação local. Em geral os tutores são enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Uma capacitação previa da sífilis foi realizada junto aos tutores. A tutoria se constitui em encontros periódicos, nos quais cada caso de sífilis na gestação e de criança exposta ou com sífilis congênita são analisados, tanto no quesito de tratamento como seguimento. Posteriormente, os tutores realizam as ações propostas. As situações de dificuldades são compartilhadas e discutidas. Isso resultou numa equipe fortalecida, com um melhor índice de tratamento e monitoramento. O apoio aos tutores é provido pelas equipes de vigilância epidemiológica e assistencial tanto do distrito sanitário quanto do Centro de Epidemiologia e da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, da Secretaria Municipal da Saúde.

b. Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes vírus hepatotrópicos, tem grande importância para a saúde pública em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônica da infeção, podendo evoluir com

cirrose e câncer hepático. Apresenta características epidemiológicas e laboratoriais distintas, assim como distribuição universal. Os agentes etiológicos incidentes na população do município de Curitiba são os vírus A (VHA), vírus B (VHB) e vírus C (VHC), conforme Gráfico 39.

Quanto à etiologia das hepatites virais observa-se redução importante dos casos notificados de hepatite A, o referido resultado se deve aos investimentos em infraestrutura urbana, como os programas de habitação, saneamento, controle do uso e ocupação do solo e maior acesso da população aos serviços de saúde. Outro fator relevante foi a introdução da vacina contra a hepatite A no calendário nacional de imunização do Sistema Único de Saúde (SUS), em julho de 2014. A vacina está disponível nas Unidades de Saúde, em dose única, a partir dos 15 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias.

Houve, também, redução de casos de Hepatite B, tal fato se deve a introdução da vacina contra hepatite B, no calendário nacional de imunização, a partir de 1998, no nascimento. Gradativamente houve ampliação das faixas etárias, atualmente comtempla todas as faixas etárias. Tal ação foi fundamental para a redução dos números de casos. A vacina contra hepatite B está disponível em todas as Unidades de Saúde. Outras medidas de controle, implantada pelo Ministério da Saúde, que contribuíram para a redução da incidência de HB, foi a obrigatoriedade da triagem sorológica nos serviços de hemoterapia e a triagem sorológica para as gestantes.

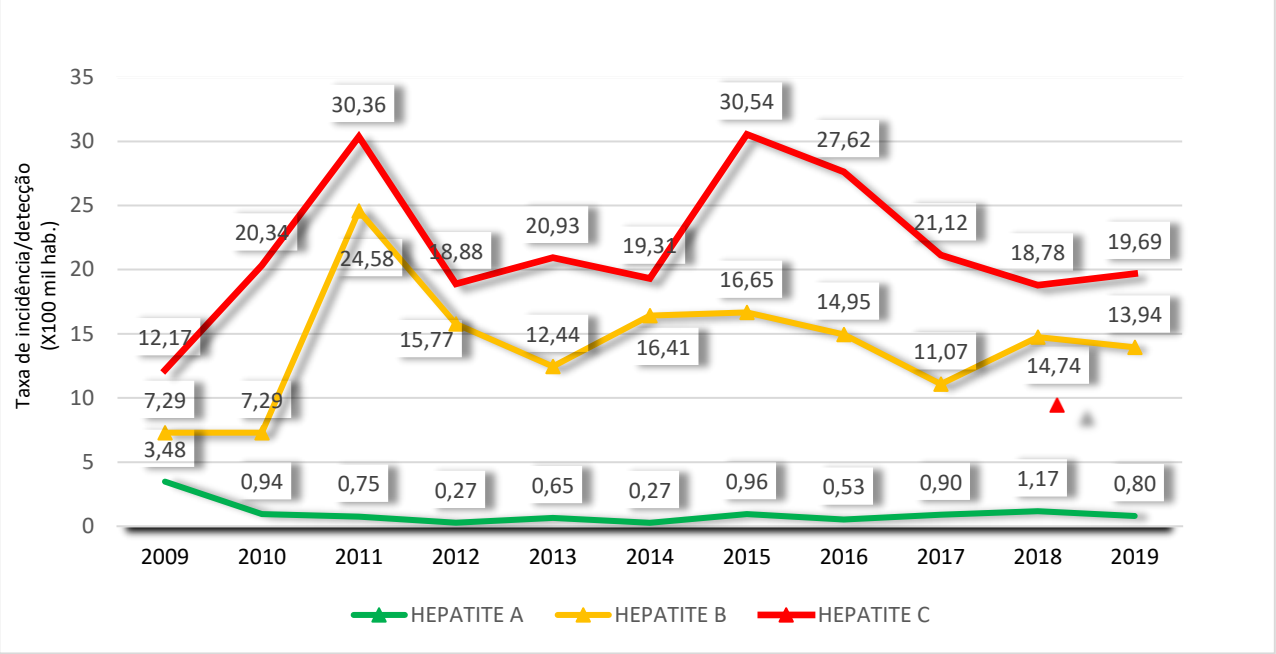
Observa-se um aumento de casos de hepatite C a partir do ano de 2010, uma das justificativas deve-se a ampliação de testagem na população prioritária: acima de 40 anos, diabéticos tipo II, pacientes que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes 1993, pacientes hemodialisados, população em situação de rua, pacientes dos CAPS, privado de liberdade, entre outros.

A metodologia por testagem rápida para investigação de Hepatite B e C está disponível no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) e o método convencional por sorologia pode ser realizado em todas as Unidades de Saúde da rede municipal.

A organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, elaborou um documento intitulado "*Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards Ending Viral Hepatites*", que tem como finalidade estabelecer estratégias globais para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, reduzindo em 65% os óbitos por hepatites virais, em 90% os novos casos. O Brasil, desde então, tem estabelecido ações próprias, visando o alcance das metas em nível nacional. Um grande impacto, estabelecido

em 2015, foi a inserção dos antivirais de ação direta (DAA) para o tratamento da hepatite C, ofertado no Sistema único de Saúde (SUS). O referido tratamento possibilita uma taxa de cura superior a 90%, significativamente mais expressivo que outros tratamentos utilizados até o momento.

Gráfico 39. Taxa de incidência/detecção de hepatites virais segundo agente etiológico e ano de notificação - 2009 a 2019.



FONTE: SMS/CE/SINAN

c. Hanseníase

No que se refere à hanseníase, Curitiba foi contemplada em 2005 pelo Ministério da Saúde com a certificação de eliminação desta doença como um problema de saúde pública, por obter índices de prevalência menor que um caso para cada 10.000 habitantes, esse indicador foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa reduzir a carga da hanseníase no âmbito global e local.

Em 2010, a taxa de detecção da doença era 0,31casos para 10.000 hab. com registro de 55 casos novos notificados, no ano de 2019 houve queda na taxa de detecção dos casos para 0,14 casos/10.000 hab. revelando que as medidas que favorecem a interrupção da cadeia de transmissibilidade da doença, ou seja, desfechos favoráveis nos encerramentos dos casos e a vigilância dos contatos foram executadas com êxito (Tabela 19).

O desafio é manter esses resultados, para tanto, foi estabelecida meta para a investigação dos contatos de hanseníase, um indicador operacional que serve para avaliar as ações do programa de controle e eliminação da doença. Em 2019 foram avaliados 92% dos referidos contatos o que constata o alcance da meta de 90% de contatos examinadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 19. Série Histórica de Detecção de Casos Novos de Hanseníase, Curitiba, 2010-2020

Ano Diagnóstico	Casos Novos	Coeficiente de Detecção	Coeficiente de Prevalência
2010	55	0,31	0,34
2011	44	0,25	0,28
2012	43	0,23	0,31
2013	35	0,19	0,28
2014	37	0,20	0,26
2015	37	0,20	0,26
2016	32	0,17	0,19
2017	30	0,16	0,21
2018	29	0,15	0,20
2019	26	0,14	0,20
2020	19	0,10	0,12

FONTE: SMS/CE/CVE/SINAN Dados atualizados em 23/08/2021

d. Tuberculose

A tuberculose continua sendo um importante problema de saúde pública em diversos países do mundo, exigindo o desenvolvimento de estratégias e ações sistemáticas para o seu controle, com maior incidência entre populações vulneráveis, como indígenas, população vivendo com HIV/aids, população privada de liberdade e pessoas em situação de rua, que têm maior probabilidade de adoecer e, muitas vezes, dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial da Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035.

O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde. Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita, pelo

Sistema Único de Saúde, ainda temos barreiras no acesso e acontecem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano como causa básica tuberculose, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 por 100.000 habitantes.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas/ DCCI/SVS/MS, elaborou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil, com os indicadores de impacto, meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes, até o ano de 2035 e a redução do coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o mesmo ano.

O progresso global para o enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de tuberculose, dentre eles o Brasil.

Curitiba é um dos seis municípios elencados como prioritários para as ações de controle da tuberculose no Paraná. Observando-se os dados de incidência do período, conforme Tabela 20, nota-se redução no número de casos e no respectivo coeficiente, que passou de 21,8 em 2011 para 17,2 casos por 100 mil habitantes em 2020.

Tabela 20. Coeficiente de incidência de Tuberculose em Curitiba, 2011 a 2020.

ANO DE DIAGNÓSTICO	*CASOS NOVOS*	*COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA*
2011	400	21,8
2012	396	21,4
2013	399	21,4
2014	367	19,5
2015	334	17,7
2016	325	17,2
2017	283	15,1
2018	333	17,7
2019	324	17,2
2020	323	17,2

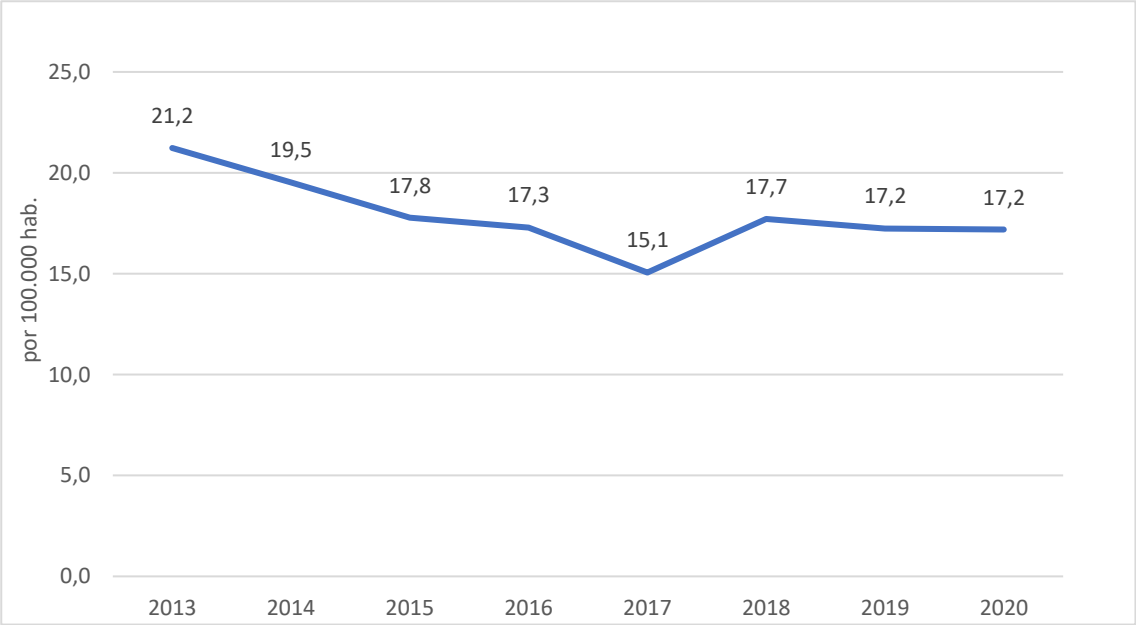
FONTE: SINAN/ RIPSA em 25/08/2021**.**

Para fins de comparação, verifica-se que Curitiba apresenta uma incidência da doença

abaixo da média registrada no país. Em 2020, a média nacional foi de 31,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto em Curitiba foi de 17,2 por 100 mil habitantes (Gráfico 40). Ainda que configure uma situação melhor que a nacional, o número absoluto de casos de tuberculose ainda é muito elevado no município, demandando intensificação das ações de vigilância para efetivo controle da doença.

Entre as ações de vigilância em saúde desenvolvidas, destaca-se a busca dos sintomáticos respiratórios (SR) para exame e a detecção precoce da doença. Estima-se que 1% da população, no período de um ano, seja considerado SR, ou seja, apresenta tosse por mais de três semanas consecutivas. Para esses casos, considerados suspeitos, é recomendada a realização de Teste Rápido Molecular da Tuberculose (TRMTB) disponível em todas as Unidades de Saúde

Gráfico 40. Coeficiente de incidência da Tuberculose, Curitiba, 2013 a 2020*.



FONTE: SMS/CE/CVE/SINAN 25/08/2021. *Dados preliminares sujeitos a modificação.

A análise dos dados por Distrito Sanitário para os anos de 2019 e 2020 revelam que a distribuição de casos de tuberculose não é homogênea na cidade. Os Distritos Sanitários com as maiores taxas de incidência no de 2019 foram os Distritos do Tatuquara, Bairro Novo, Cajuru e Matriz, conforme demonstrado no Gráfico 41.

No ano de 2020, as maiores taxas de incidência foram nos Distrito do Tatuquara, Pinheirinho e Matriz.

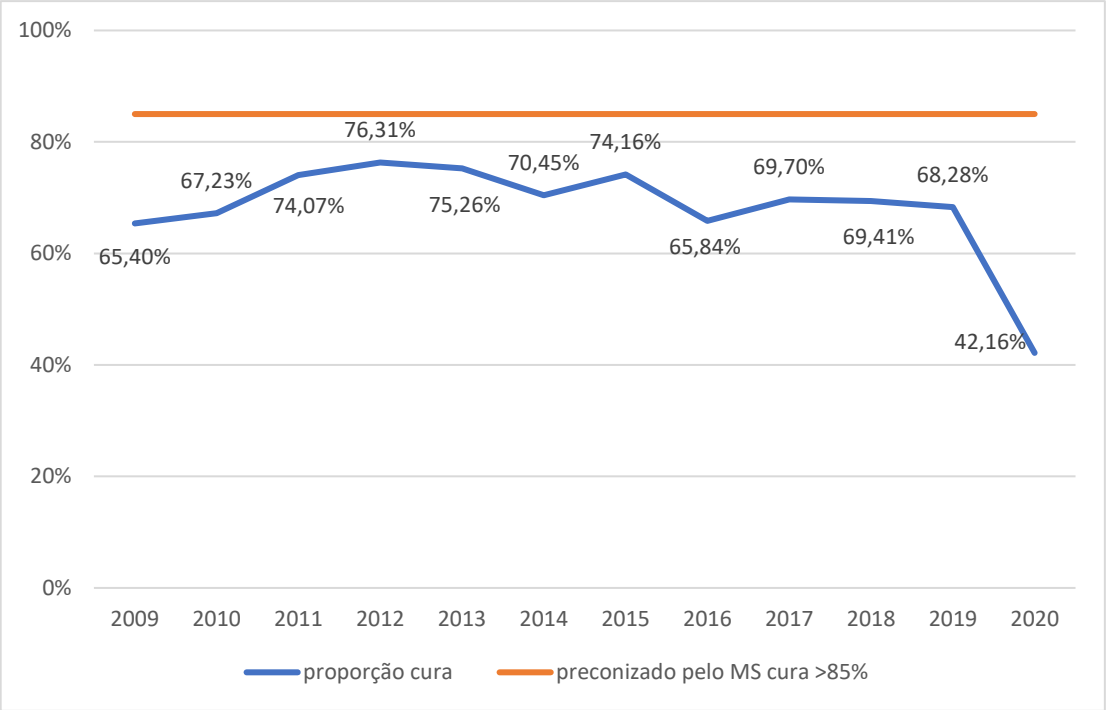
Gráfico 41. Taxa de incidência de casos novos de Tuberculose por Distrito Sanitário, 2019 e 2020*.

	DSBQ	DSPR	DSSF	DSPN	DSCJ	DSBN	DSMZ	DSCIC	DSBV	DSTQ
2019	31	26	27	24	46	30	37	29	42	29
TX INC	15,3	14,8	17,4	15,9	20,7	20,8	20,7	15,7	16,7	34,0
2020	30	22	19	37	28	18	43	39	52	33
TX INC	14,8	12,5	12,2	24,4	12,6	12,5	24,0	21,1	20,6	38,7

FONTE: SMS/CE/CVE/SINAN 25/08/2021. * Dados preliminares sujeitos a modificação.

Outro indicador adotado para monitoramento do agravo é a proporção de cura de tuberculose pulmonar bacilífera, cujos percentuais devem ser mantidos acima de 85%, conforme o preconizado pela OMS (Gráfico 42). Em Curitiba, no ano de 2019 a proporção de cura de casos de tuberculose com confirmação laboratorial, foi de 68,2 abaixo do patamar considerado ideal para efetivo controle da doença. Esta constatação desafia os serviços no sentido de adotar estratégias que ampliem a taxa de cura. Uma delas é o já mencionado Tratamento Diretamente Observado (TDO) por um profissional de saúde, para redução da taxa de abandono e de óbitos por tuberculose.

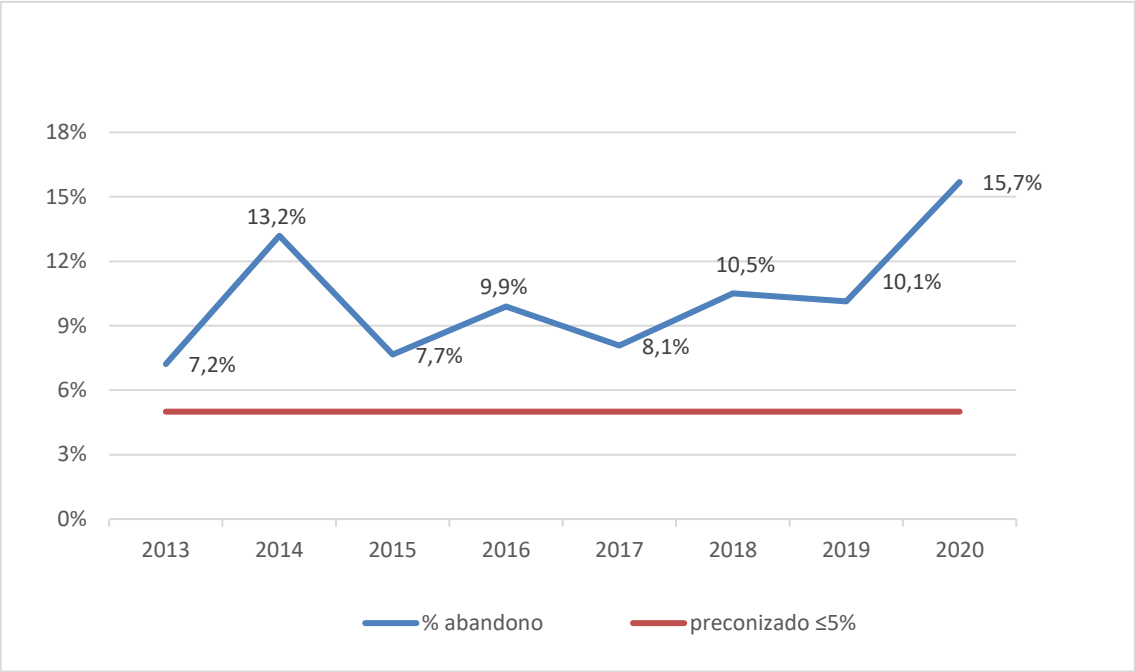
Gráfico 42. Proporção de cura de casos de Tuberculose pulmonar bacilífera. Curitiba, 2009-2020*



FONTE: SMS/CE/SINAN.* Dados preliminares sujeitos a revisão

Em relação ao abandono de casos, a meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de que seja menor do que 5%. Em Curitiba, no ano de 2019, a proporção de abandono do tratamento foi de 10,1% (Gráfico 43). Esse dado reforça a necessidade de fortalecer a atividade de Tratamento Diretamente Observado por um profissional de saúde, pois esta é uma estratégia que, além de favorecer o vínculo do serviço com o paciente, reduz a taxa de abandono e aumenta as chances de cura e manejo oportuno das reações adversas que o tratamento pode acarretar. Quanto ao número de óbitos por tuberculose, no ano de 2019 totalizaram 15 casos.

Gráfico 43. Proporção de abandono de casos de Tuberculose pulmonar bacilífera. Curitiba, 2009-2020*.



FONTE: SMS/CE/SINAN.*Dados preliminares sujeitos a revisão.

Em 2016, a taxa de coinfecção TB/HIV em Curitiba foi de 18,9 %, com realização de sorologia para HIV em 94% dos casos de tuberculose notificados, cuja meta preconizada pelo Ministério da Saúde é acima de 85%. Com a estratégia de ampliação do tratamento antirretroviral para as pessoas vivendo com HIV e o aumento no tratamento da infecção latente da tuberculose para este público obteve-se no ano de 2019 redução de 36% da coinfecção, resultando em 12,1% de casos de tuberculose com diagnóstico de HIV associado.

Diagnosticar e tratar corretamente e oportunamente os casos de tuberculose pulmonar, reforçar as estratégias de captação precoce de casos, como a busca ativa pelos Sintomáticos Respiratórios, investigação de contatos, tratamento da infecção latente, são imprescindíveis para alcançar os patamares dos indicadores de impacto considerados mínimos para o controle da doença.

e. HIV/Aids

Em dezembro de 2014, Curitiba foi uma das cidades convidadas a participar, em Paris, do evento “Fast Track Cities: Endingthe Aids Epidemicby 2030", apresentado pelo UNAIDS

em parceria com o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat), a Associação Internacional de Assistência à Aids (IAPAC) e a prefeitura da capital francesa. Juntas, as cidades convidadas declararam o compromisso em atingir um objetivo proposto pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS): Erradicar a epidemia de AIDS nos próximos 15 anos. A estratégia estabelece que até 2020 seja atingida a meta 90-90-90 - 90% dos infectados pelo HIV saibam do seu diagnóstico, 90% dos diagnosticados estejam em tratamento e 90% dos pacientes tratados tenham carga viral indetectável.

Uma recente revisão da evidência do sucesso das intervenções de prevenção demonstrou que, entre as ferramentas biomédicas de prevenção avaliadas até o momento, a terapia antirretroviral eficaz oferece maior efeito preventivo. Nesta situação, as chances de transmissão de HIV se reduzem em 96%.

Curitiba descentralizou o diagnóstico do HIV com a possibilidade de realizar exames em todas as unidades de saúde da rede municipal em 2002. Além disso, naquele mesmo ano, a capital foi pioneira ao notificar todos os casos de infecção pelo HIV e não apenas dos pacientes que já desenvolviam a aids, prática que o Ministério da Saúde tornou compulsória no restante do país em junho de 2014. Junto com a descentralização da testagem, as unidades de saúde também obtiveram a capacidade de solicitar exames de carga viral e de contagem de células CD4, importantes no acompanhamento e avaliação do progresso da AIDS.

Todo o processo de cuidado e tratamento do HIV deve começar no dia em que uma pessoa recebe o diagnóstico da infecção pelo HIV. Para que haja tratamento eficaz contra o HIV, também é necessário o acesso a serviços adicionais que promovam a saúde e garantam a retenção do paciente ao longo do tratamento e consigam a supressão duradoura da carga viral. Neste sentido o município tem trabalhado na descentralização da assistência e no matriciamento do atendimento.

No sistema matriciado, o paciente passou a ser assistido pela Atenção Primária a Saúde (APS) com a supervisão e apoio de um profissional especializado. O matriciamento tem como base a estratificação de risco com o objeto de qualificar o atendimento. Ressaltamos que esta estratégia veio de encontro com a necessidade que o município tinha em melhorar a qualidade e o acesso da PVHA.

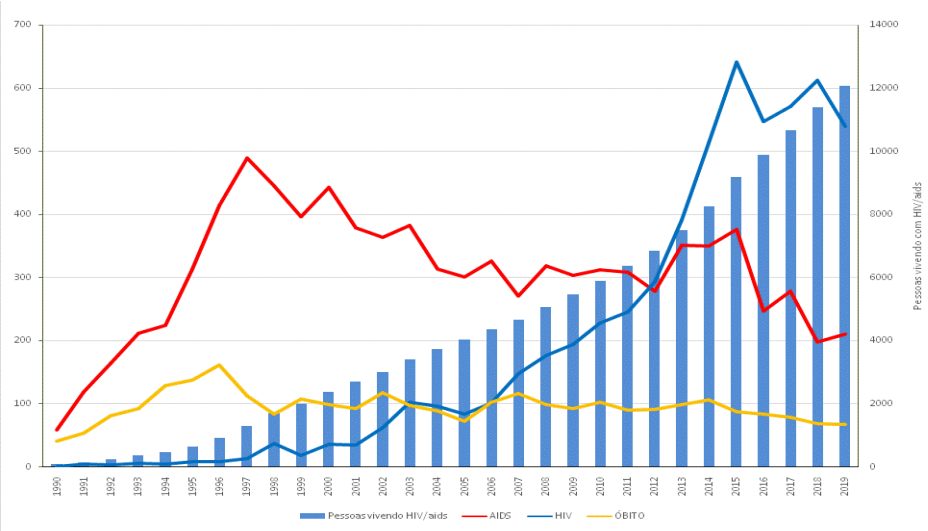
Em Curitiba desde o início da epidemia do HIV até 29 de setembro de 2020, ano base 2019, foram notificados no SINAN 13.182 casos de aids, sendo 9.253 homens e 3.929 mulheres, e 7.736 notificações de infecção pelo HIV, sendo 5.734 homens e 2.002 mulheres.

Quando se avalia as notificações de aids com relação ao tempo, de 2015 a 2019, observa-se uma queda de 44% nos casos para o sexo masculino e 36% no sexo feminino. Com relação a infecção pelo HIV houve queda neste período de 15% para os homens e crescimento de 15% para as mulheres.

O ano de maior número de casos diagnosticados foi 2015 com 1.307 notificações de HIV/aids e taxa de detecção geral de 69,5 casos para 100 mil habitantes. No ano de 2019 foram 971 casos notificados com taxa de detecção geral de 50,8 casos para 100 mil habitantes, sendo 82,4 por 100 mil hab. no sexo masculino e 22,1 por 100 mil hab. no sexo feminino.

No Gráfico 44 observa-se um resumo dos números referente ao sexo masculino, no período de 1990 a 2019. Houve uma queda mantida nos casos de aids desde 1997, com crescimento dos casos de infecção pelo HIV, sendo de 108% de 2012 a 2015, e tendência a queda a partir deste ano. O número de óbitos também começou a reduzir a partir de 2014. É interessante observar que o número de homens vivendo com HIV/aids vem mantendo uma taxa de crescimento estável, em torno de 8% ano desde 2005.

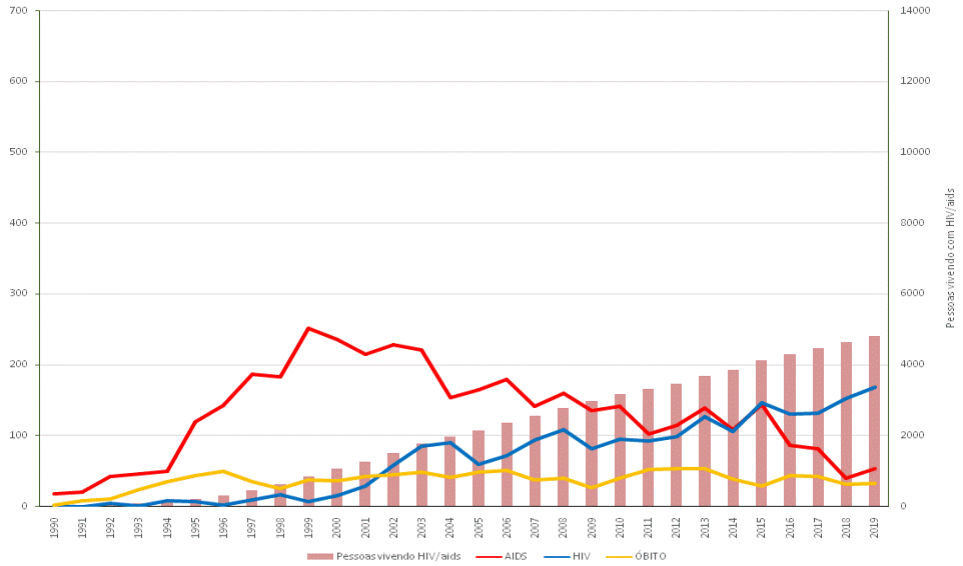
Gráfico 44. Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo masculino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2019.



FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2019.
*Dados preliminares sujeitos a revisão até 29/9/2020

No Gráfico 45 observa-se um resumo dos números, referentes ao sexo feminino, no período de 1990 a 2019. Houve uma queda nos casos de aids desde 1999, com crescimento dos casos de infecção pelo HIV, sendo de 106% de 2009 a 2019. O número de óbitos também começou a reduzir a partir de 2013. É interessante observar que o número mulheres vivendo com HIV/aids vem mantendo uma taxa de crescimento estável, em torno de 6% ao ano desde 2005 sendo de 4% nos últimos 4 anos.

Gráfico 45. Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo feminino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2019.



FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2019.
*Dados preliminares sujeitos a revisão até 29/9/2020

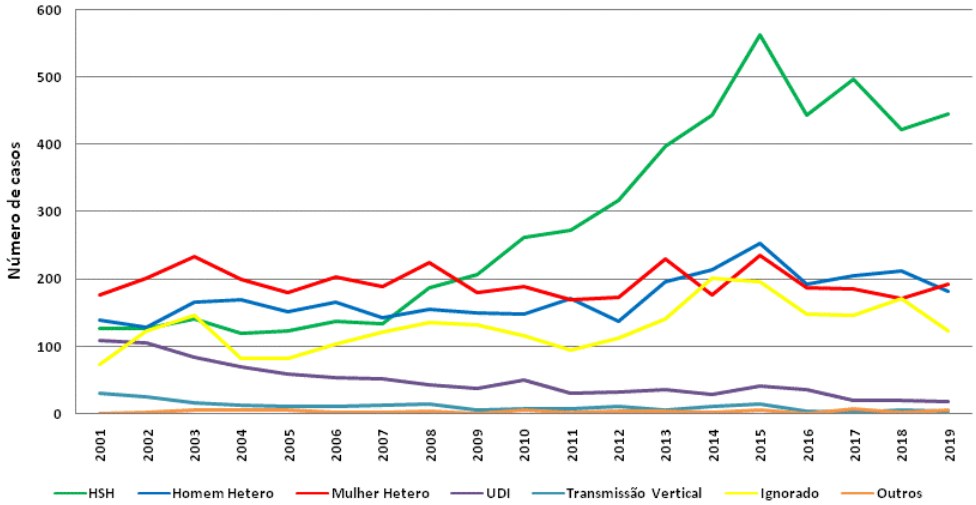
Para uma análise mais detalhada é importante avaliar as incidências de HIV/aids por faixa etária e sexo, facilitando a intervenção mais direcionada para as faixas etárias mais prevalentes.

A taxa de detecção de HIV/aids por 100 mil habitantes cresceu de maneira exponencial no sexo masculino de 2005 a 2015, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, com taxa passando de 55,5 por 100 mil habitantes em 2005 para 252,9 por 100 mil habitantes em 2015, crescimento de 4,9 vezes, houve queda de 22 % em 2019 com relação a 2015. Nesta faixa etária, no sexo feminino, o ano com maior taxa foi 2003 com 62,3 casos por 100 mil habitantes, os valores vêm diminuindo com o passar dos anos e em 2019 foi de 35,0 casos por 100 mil habitantes, valor 6 vezes menor que no sexo masculino.

A principal forma de transmissão é a sexual, respondendo por 74,3% dos casos. Para o sexo feminino a categoria heterossexual responde, em média, por 78,0% dos casos.

No Gráfico 46 apresenta-se o número de casos de HIV/aids segundo a categoria de exposição a partir de 2000. Observa-se uma diminuição dos casos em Usuário de Drogas Injetáveis (UDI) e transmissão vertical, aumento de 305% dos casos em HSH de 2007 para 2015. Em 2016 houve uma diminuição de 25% no número de casos desta categoria.

Gráfico 46. Casos notificados de HIV/aids por ano de diagnóstico categoria de exposição. Curitiba 2000-2019.



FONTE: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINAN NET 2007-2019.
*Dados preliminares sujeitos a revisão até 29/9/2020

Em relação à mortalidade, de 1985 a dezembro de 2019 foram registrados 4.015 óbitos, sendo 2.903 em homens e 1.112 em mulheres. O coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes teve seu ápice em 1996, com 14,3 óbitos por 100 mil habitantes. Ao se analisar a distribuição dos óbitos por faixa etária, observa-se uma maior concentração dos óbitos entre 30 a 59 anos, respondendo por 78,8% dos óbitos, com tendência de óbitos em idades mais avançadas, o que demonstra um envelhecimento das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA).

f. Transmissão Vertical do HIV/Aids

Gestante HIV

Atualmente, grande parte dos diagnósticos da infecção pelo HIV em mulheres ocorre durante a gestação, e quando descobre que está vivendo com HIV a gestante experimenta uma situação difícil, pois além de ter que lidar com o próprio diagnóstico, também há o medo de transmitir o vírus para o bebê que está gerando. A transmissão vertical (TV) é a principal

forma de aquisição do HIV em crianças, mas atualmente, com as tecnologias e novos procedimentos realizados nas gestantes, o bebê tem a possibilidade de nascer livre da contaminação e ter uma vida normal. Assim, a assistência ao pré-natal representa excelente oportunidade para ações profiláticas. Medidas como a testagem do HIV descentralizada (gestantes, parturientes e parceiros), o referenciamento para acompanhamento especializado, a terapia antirretroviral (TARV) na gestação, parto e para o Recém Nascido (RN), a inibição da lactação, o acompanhamento de puerpério e puericultura mostram-se como eficazes para a redução da transmissão vertical do HIV.

Em 1999 foi lançado o Programa Mãe Curitibana tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização na assistência a mulher e a criança, o programa implementou uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Visando o atendimento a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B, Curitiba foi a primeira capital brasileira a implantar a testagem sorológica do HIV descentralizada para todas as gestantes acompanhadas pelo SUS. Foi de grande importância a implantação em 2001 do prontuário eletrônico e do sistema integrado de serviços de saúde. A atenção à gestante HIV inclui vinculação à maternidade de referência, realização do pré-natal em parceria com a Unidade de Saúde e início da TARV.

Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical

Em dezembro de 2017, Curitiba foi a primeira cidade do País a receber o Certificado de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, a certificação é uma estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além da qualificação da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, monitoramento e avaliação continua das políticas públicas voltadas à eliminação da transmissão vertical no Brasil. A certificação, reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança exposta, fortalecendo as intervenções preventivas, além de reconhecer o processo de trabalho de gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos na eliminação da transmissão vertical do HIV. Em 2019 o município foi reavaliado e foi mantida a Certificação.

No ano 2019 as faixas etárias de gestantes HIV mais frequentes foi de 15 a 19 anos com 38 gestantes (45,24%) e dos 20 a 29 anos também com 38 gestantes e 45,24%. Com relação à distribuição dos casos de gestante HIV em Curitiba observou-se que os distritos sanitários do Boa Vista, Bairro Novo e CIC concentraram maior incidência no ano de 2019. Com relação a escolaridade, a proporção maior é ensino médio completo, com média de 20,2% e ensino médio incompleto 11,9%. Quanto à variável raça/cor, predomina a raça branca com 71,4%, seguida da raça parda, com 15,5% dos casos notificados. A Tabela 21, abaixo, apresenta um resumo dos dados referentes à vigilância das gestantes HIV e crianças expostas no município de Curitiba, no período de 2008 a 2019. Foram notificadas 1083 gestações em mulheres HIV positivo, com 933 crianças expostas ao HIV nascidas vivas, 83 casos de aborto ou natimorto e 53 casos com evolução ignorada ou perda de seguimento. São 23 crianças infectadas pelo HIV e 995 crianças não infectadas. A taxa de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses variou de 6,5% em 2009 a 0 (zero) em 2013 e 2016.

Tabela 21. Dados da vigilância epidemiológica de gestante vivendo com HIV e crianças expostas, no período de 2008 a 2019 - Curitiba

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Gestantes	99	107	88	81	95	98	82	90	80	93	86	84	1.083
Nascidos Vivos	91	92	77	70	84	80	59	79	66	76	80	79	933
Aborto/Natimorto	3	8	8	8	5	12	8	6	7	9	6	3	83
Ignorado	4	6	3	4	6	3	10	4	4	6	0	3	53
Infectado HIV +	2	6	2	3	4	0	1	1	0	1	2	1	23
Criança exposta HIV	89	86	75	67	80	80	58	78	112	100	83	87	995
Taxa de Infecção	2,2	6,5	2,6	4,3	4,8	0	1,7	1,3	0	1,09	2,32	1,19	28

FONTE: SINAN NET, 25/08/2020.

8.11. VIOLÊNCIAS

A violência é definida como sendo "o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (OMS, 2002).

A notificação das violências é contemplada na Portaria GM/MS n° 204 de 17 de fevereiro de 2016 de modo a atender a obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990; no Estatuto do Idoso instituído pela Lei

nº 10.741/2003 e alterado pela Lei nº 12.461/2011; e na Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher.

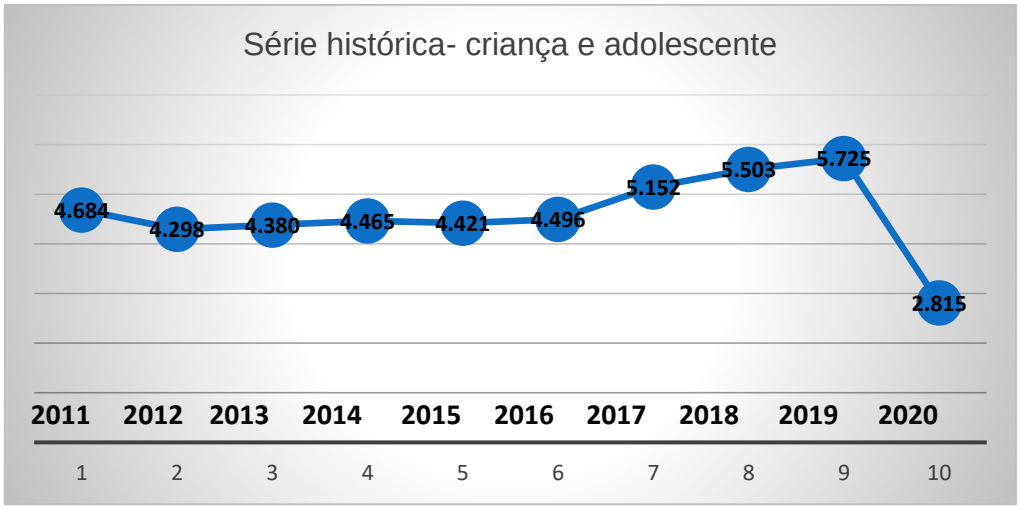
A vigilância da violência praticada contra crianças e adolescentes e mulheres, acontece no município, desde o ano de 2002. As notificações desse agravo em pessoas idosas iniciaram em 2002, a princípio com as mulheres idosas, sendo ampliadas no município, após a implantação da Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência, a partir de 2012.

O disparador para a vigilância de proteção do agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada são as notificações obrigatórias, realizadas pela capacitação de uma rede de estabelecimentos notificadores, em média mais de 800 estabelecimentos. A sistematização e a análise contínua dos dados obtidos possibilita conhecer e avaliar o perfil das vítimas, dos autores prováveis da violência e da própria situação de violência, além de subsidiar os gestores na elaboração de ações.

Os dados são analisados e organizados em relatórios qualitativos anuais, disponibilizados na página virtual da secretaria de saúde, vigilância epidemiológica, que refletem o trabalho de notificação dos equipamentos e possibilitam uma análise do perfil deste agravo no município ao longo do tempo, viabilizando que, por meio da visibilidade dos eventos e da reflexão sobre as circunstancias para que eles se manifestem, se pensem intervenções eficientes e eficazes, no sentido de atuar em atenção, prevenção, proteção e na redução de sua magnitude.

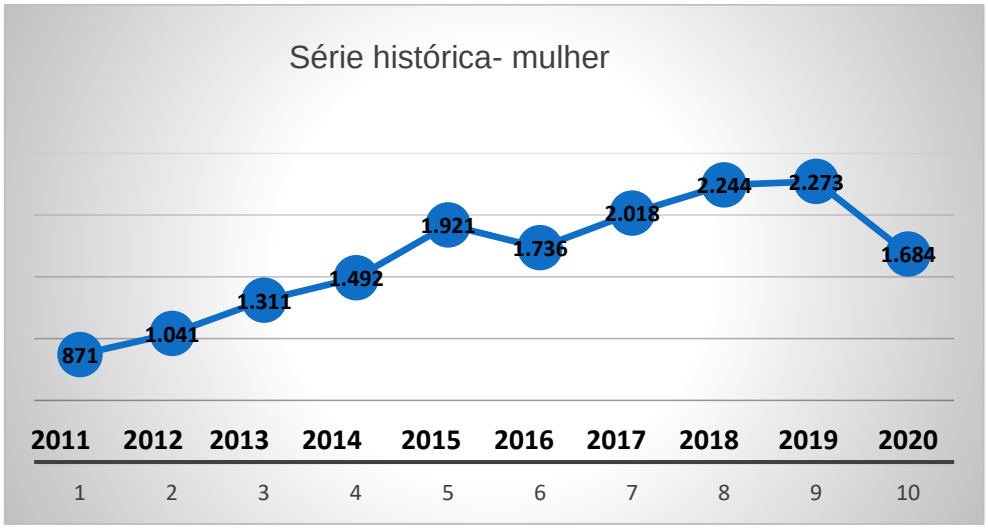
Os Gráficos 47, 48 e 49 a seguir, demonstram a série histórica de notificações de violências contra criança/ adolescente, mulher e pessoa idosa no município. Na série histórica apresentada, observa-se o impacto da pandemia covid-19 onde vários equipamentos foram fechados, outros tiveram seu processo de trabalho remodelado para atendimento, ou suas atividades suspensas, impondo isolamento social e distanciamento do olhar de atenção e proteção dos profissionais que compõem a Rede de Proteção.

Gráfico 47. Série histórica de notificações de violência contra crianças e adolescentes, Curitiba 2011 a 2020.



FONTE: SMS/CE/SINAN.2021

Gráfico 48. Série histórica de notificações de violência contra a mulher, Curitiba 2011 a 2020.



FONTE: SMS/CE/SINAN. 2021

Gráfico 49. Série histórica de notificações de violência contra a pessoa idosa, Curitiba 2013 a 2020.

FONTE: SMS/CE/SINAN. 2021

- Violência sexual

Com o objetivo de humanizar e dar qualidade ao atendimento às vítimas de violência sexual, seguindo as legislações federais e portarias do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, com a Secretaria de Estado da Segurança Pública (Instituto Médico Legal e Delegacias da Polícia Civil), firmou em 2002, parceria com três hospitais para o estabelecimento de um fluxo de atenção aos casos de violência sexual ocorridos no prazo de até 72 horas.

Tal fluxo inclui profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), anticoncepção de emergência, bem como avaliação por médico perito. Os hospitais referenciados, são cadastrados no Ministério da Saúde como preconiza a Portaria nº 485, de 01 de abril de 2014. A Resolução de nº 03/2014, publicada em DOE nº 9.921/2014, reafirma que o atendimento será realizado nos Hospitais de Referência e garante o deslocamento dos peritos até tais hospitais para a realização dos exames periciais em conjunto com o atendimento médico hospitalar.

São três os hospitais de referência em Curitiba:

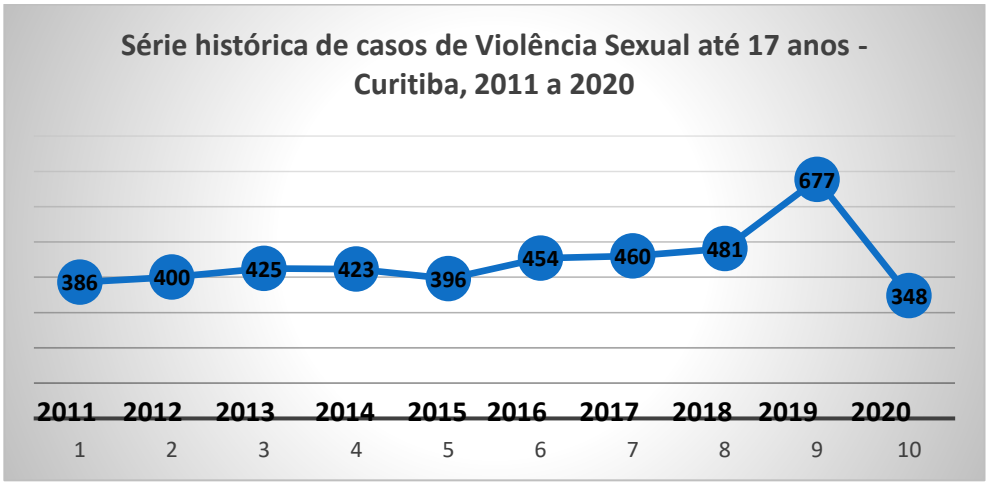
- Hospital Infantil Pequeno Príncipe, que atende crianças até 12 anos incompletos;
- Complexo Hospitalar de Clínicas, no Pronto-Atendimento da Maternidade, que atende vítimas de ambos os sexos, com mais de 12 anos; (referência de atendimento para o aborto previsto em lei)

- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, somente para vítimas do sexo feminino, a partir de 12 anos de idade.

Quando o agravo tiver ocorrido em período superior a 72 horas, o atendimento é feito pelas Unidades Básicas de Saúde, conforme orientação quanto ao acolhimento, atendimento e encaminhamentos necessários descritos em protocolos normativos vigentes.

O Gráfico 50 aponta a série histórica de violência sexual até 17 anos que apresentou elevação importante em 2019, com acréscimo de 75% se comparada com 2011.

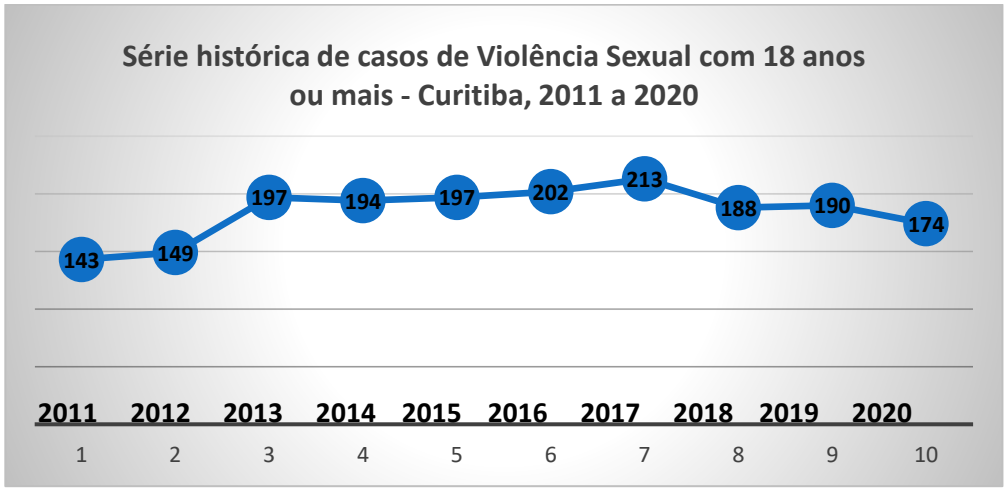
Gráfico 50. Série histórica de casos de Violência Sexual até 17 anos - Curitiba, 2011 a 2020.



FONTE: SMS/CE/SINAN. 2021

Quanto a série histórica de casos de violência sexual com mais de 18 anos de idade observasse a estabilidade das notificações.

Gráfico 51. Série histórica de casos de Violência Sexual com 18 anos ou mais - Curitiba, 2011 a 2020.



FONTE: SMS/CE/SINAN. 2021

8.12. PERFIL DE INTERNAÇÕES

Os dados disponíveis para análise do perfil de internações são originados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde e processado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para coleta, crítica e pagamento de todas as internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde.

A unidade de registro e pagamento de cada internação é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), emitida pelos hospitais contratualizados com o SUS Curitiba, relativas às hospitalizações de residentes em Curitiba. Nesta análise os números de indivíduos internados são aproximados, pois as transferências e reinternações são computadas, inclusive a de pacientes crônicos e psiquiátricos.

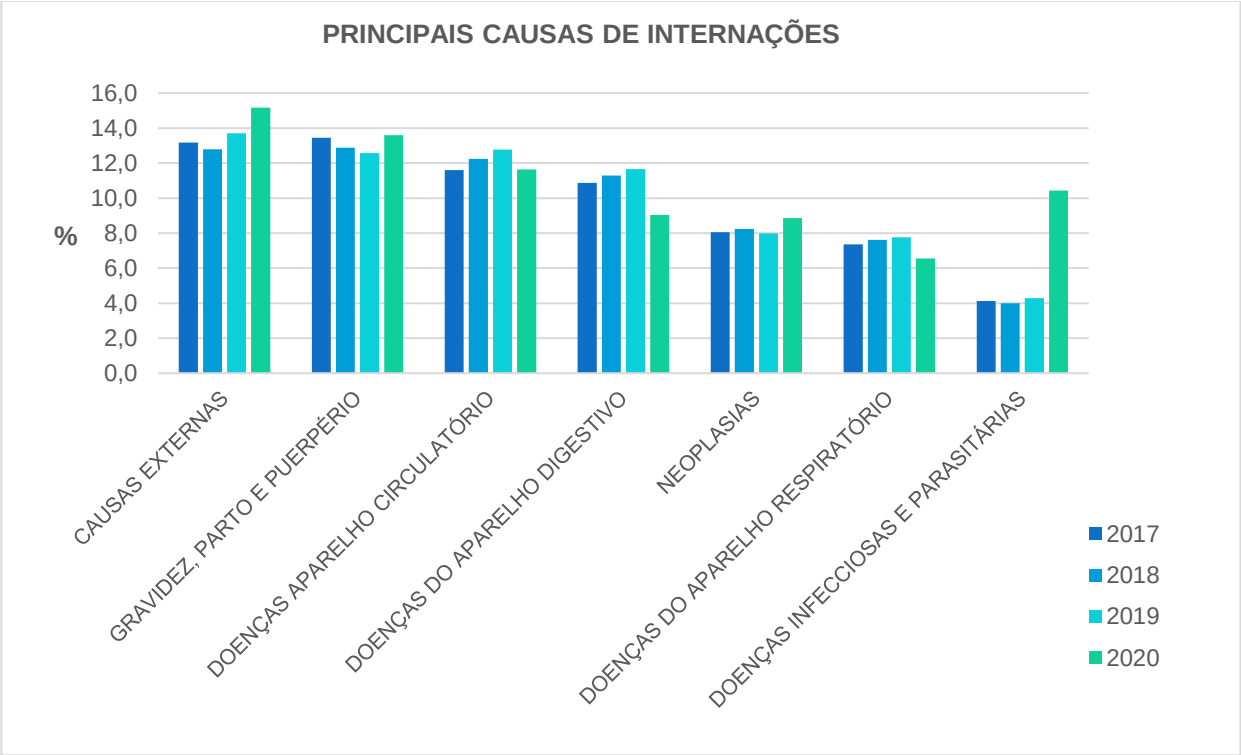
A vigilância em saúde trabalha com os dados de internações por local de residência do paciente, de modo a possibilitar o trabalho de identificação de riscos relacionados ao território de moradia dos indivíduos, bem como de apontar as necessidades de desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Gráfico 52 ilustra comparativos nos anos de 2017 a 2020, de percentuais de internações faturadas pelo SUS-Curitiba em hospitais credenciados, por grupos diagnósticos principais da CID-10.

Observa-se discreto aumento entre os grupos das doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório de 2017 para 2019, seguida de redução para 2020. As causas externas configuram a primeira causa de internações nos

referidos anos, apresentando redução de 2017 para 2018, seguida de aumento gradual nos anos seguintes. A gravidez, parto e puerpério, segunda causa de internações SUS, tiveram redução gradual de internações nos três primeiros anos avaliados, seguida de um aumento para 2020. Os percentuais de internamentos pelas neoplasias variaram ao longo desses anos, com aumento discreto em 2020. Destaque se dá aos internamentos pelas doenças infecciosas e parasitárias que tiveram um aumento significativo de 2019 para 2020, devido à Covid-19. O município de Curitiba ampliou em 2020, o quantitativo de 374 leitos de UTI e 532 leitos de Enfermaria exclusivos para garantir a assistência aos usuários do SUS acometidos pela COVID 19. Neste período da pandemia, as internações ocorreram em maior volume nas situações de urgência e emergência, sendo priorizados os internamentos eletivos somente em Linhas de Cuidado como a Cardiologia, Oftalmologia, Oncologia, Pós Trauma, Transplantes e Urologia.

Gráfico 52. Principais grupos de internação do CID 10 no SUS Curitiba, 2017 – 2020.



FONTE: SIH/DATASUS

Quanto às principais causas de internação, observa-se que a primeira causa de internamentos no município, na série histórica analisada foi lesões/envenenamento e outras consequências de causa externa (capítulo XIX da CID 10), com percentual de cerca de 13,7%. A segunda causa mais frequente foi gravidez, parto e puerpério (capítulo XV da CID

10), representando 13,1% dos internamentos e as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX da CID 10), com 12,1% foi a terceira causa.

Dentre as causas de internações do Capítulo XIX incluem-se o grupo de acidentes (de transporte, quedas, entre outros) e violências (lesão autoprovocada e interpessoal) com aumento de 1,7% dos casos no período de 2017 a 2020. Os dados preliminares de 2020 apontam uma redução de 10,4% comparada ao ano de 2019 (Tabela 22).

Tabela 22. Série histórica das principais causas de internações por capítulo do CID10 de residentes em Curitiba, 2016 a 2020**.**

Diagnóstico CID10	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.777	4.903	5.419	10.668
II. Neoplasias (tumores)	9.344	10.132	10.089	9.070
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	708	770	802	766
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.684	1.824	1.822	1.114
V. Transtornos mentais e comportamentais	5.170	4.910	1.419	1.314
VI. Doenças do sistema nervoso	2.720	3.131	3.291	2.159
VII. Doenças do olho e anexos	1.605	1.940	2.109	1.413
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	249	247	324	88
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.444	15.045	16.157	11.918
X. Doenças do aparelho respiratório	8.530	9.358	9.814	6.716
XI. Doenças do aparelho digestivo	12.597	13.879	14.750	9.251
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.465	3.247	3.932	2.174
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3.102	3.614	3.522	1.715
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7.483	8.154	9.078	6.106
XV. Gravidez parto e puerpério	15.578	15.838	15.886	13.915
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.781	2.937	3.119	3.258
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.094	1.156	1.177	561
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.203	2.836	3.266	2.883
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.5261	15.727	17.326	15.522
XXI. Contatos com serviços de saúde	4.094	3.228	3.158	1.731
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	1	0	0
Total	**115.889**	**122.877**	**126.460**	**102.342**

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS)
Dados extraídos em 31/08/2021.
*Os dados seguem preliminares, com banco até junho de 2021.

Em relação aos internamentos por doenças circulatórias percebeu-se uma redução no percentual, de 2017 a 2020, o equivalente a 11,4%. Nesse grupo estão incluídos internamentos ocasionados por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e Acidente Vascular Cerebral – AVC.

Para o enfrentamento das doenças circulatórios, em 2018 a SMS implantou o Programa “Escute seu Coração” que engloba os eixos da promoção, prevenção, atenção à saúde, vigilância, urgência e emergência. A implantação dos protocolos de urgência e emergência para dor torácica e AVC ampliou, qualificou o acesso aos serviços hospitalares. Dentre as ações, a captação precoce e priorização de encaminhamento hospitalar são importantes estratégias adotadas.

Especial atenção se deve ao aumento de 96,9% dos internamentos por doenças infecciosas e parasitárias, de 2019 para 2020, justificado que neste capítulo estão inclusas as infecções pelo novo Coronavírus.

Observa-se que a grande maioria das causas de internamentos teve redução no seu percentual, quando no comparativo de 2017 com 2020, sendo que na totalidade das causas a redução dos internamentos foi de 11,7%. Também, de 2019 para 2020, a redução dos internamentos em geral ficou em torno de 19%.

Os dados referentes a 2020, foram extraídos do sistema SIH/SUS em 31/08/2021, com registro de 102.342 internações ocorridas de janeiro a dezembro do referido ano, além de que são preliminares e passiveis de alterações.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

As Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAB) constituem um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção básica reduz a necessidade de internações. É um indicador que serve para acompanhamento da qualidade da atenção básica, pois a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, bem como o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem resultar no controle dessas doenças sem necessidade de hospitalização dos seus portadores.

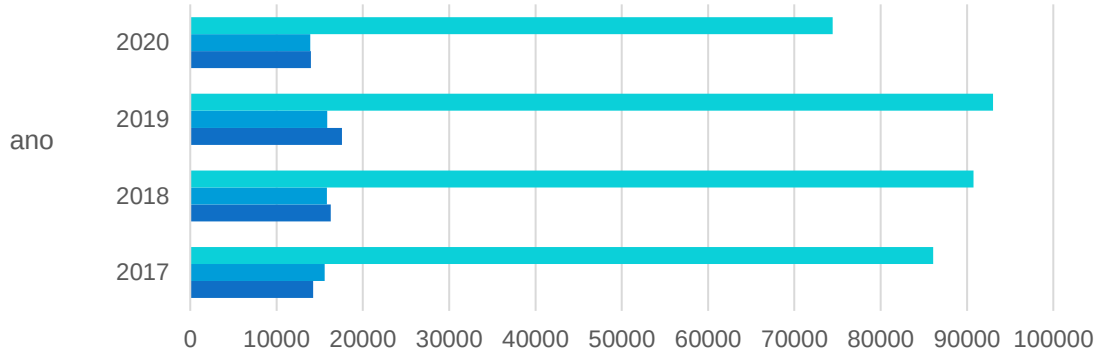
A Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17/04/2008, define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Básica, com 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, e a torna instrumento de avaliação da atenção básica e/ou da utilização da atenção hospitalar. No período de 2017 a 2020, ocorreram em média 116.892 internações por ano de pessoas residentes em Curitiba. Entre 2017 e 2018, observa-se um aumento de 6% do número de internamentos, de 2,9% de 2018 para 2019 e, uma posterior redução de 19,1% até o ano de 2020. (Gráfico 53)

Comparando os internamentos por CSAB, os motivados por gravidez, parto e puerpério e os demais diagnósticos de internamento, verifica-se que o número de

internações por CSAB apresentou aumento de 2017 a 2018 de 14,2%, de 2018 para 2019 de 8%, e significativo declínio de 20,4% para 2020.

As hospitalizações do período gestacional e perinatal, bem como as demais causas de internações também apresentaram a mesma tendência de aumento e posterior declínio, nos respectivos anos avaliados.

Gráfico 53. Número de internações por CSAB, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos – Curitiba 2017 a 2020.

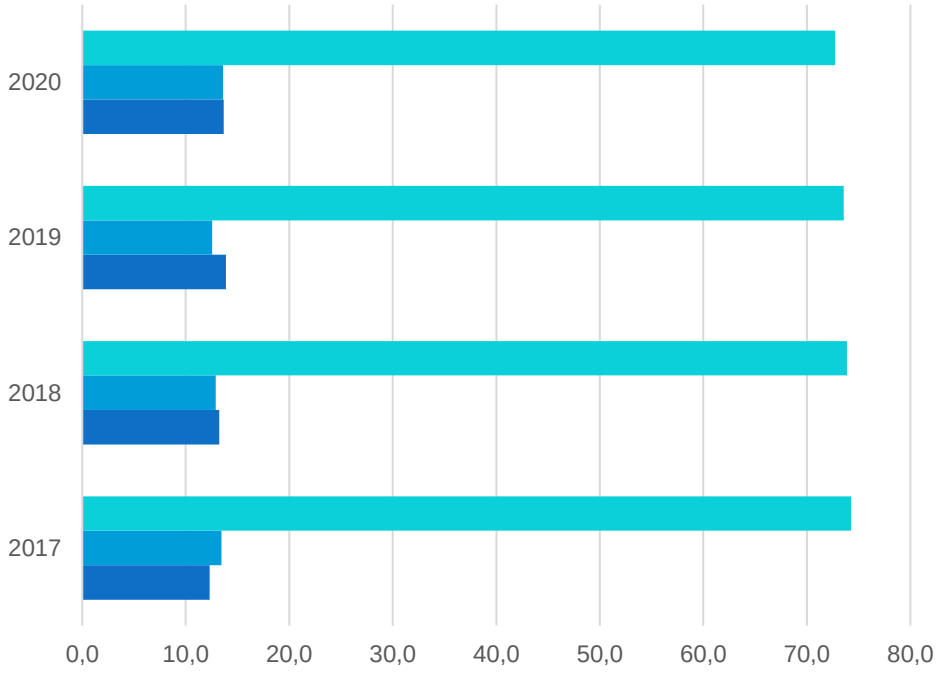


	2017	2018	2019	2020
Demais internações	86065	90772	93009	74444
Gravidez, Parto e Puerpério	15578	15838	15886	13915
CSAB	14246	16267	17565	13983

FONTE: SIH/DATASUS

A análise de morbidade proporcional mostra que no ano de 2017 as internações por CSAB representavam 12,3% do total de internações e que a participação deste componente apresentou aumento até o ano de 2019 e, em 2020 apresentou leve declínio, atingindo o valor de 13,7% (Gráfico 54).

Gráfico 54. Percentual de internação por CSAB, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos – Curitiba, 2017 a 2020.

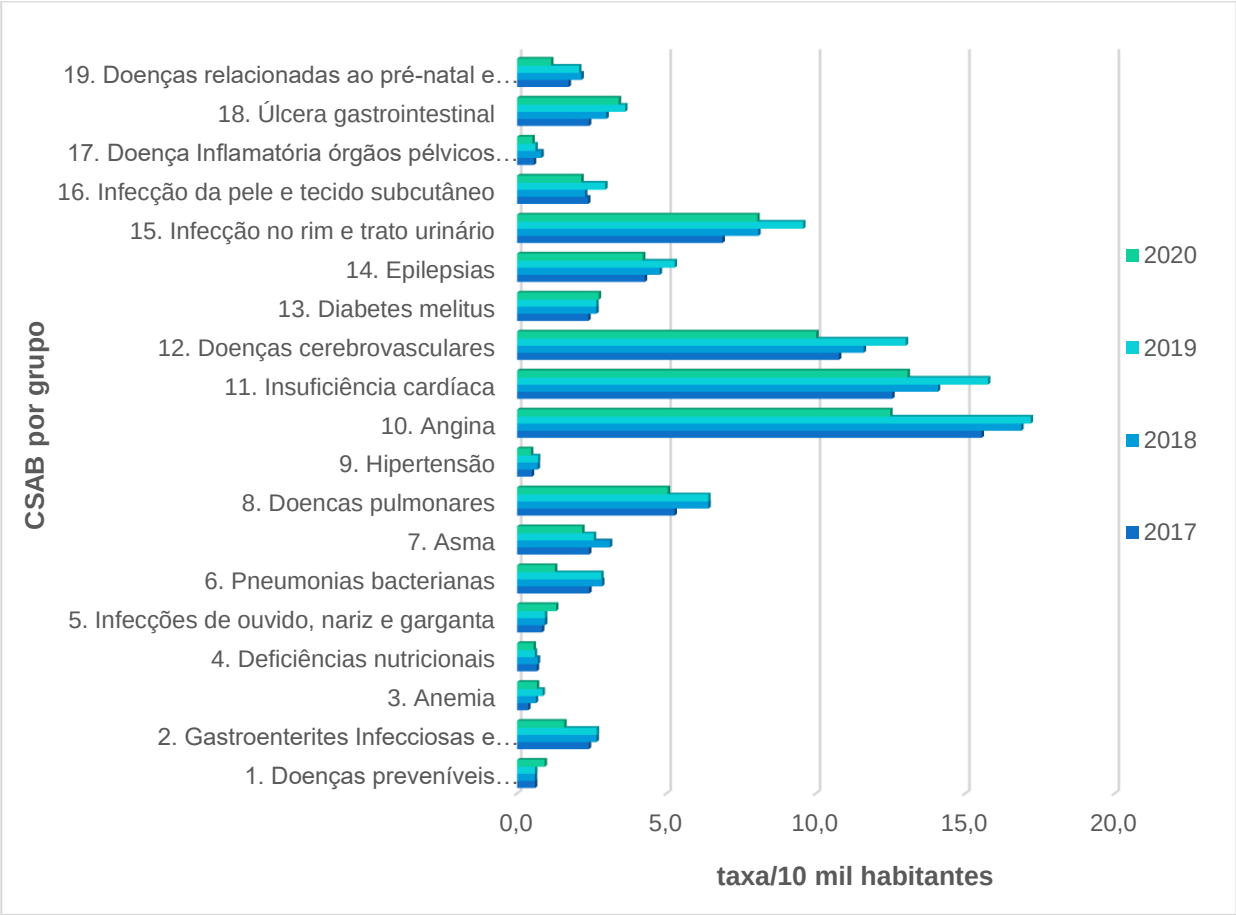


	2017	2018	2019	2020
Demais internações	74,3	73,9	73,5	72,7
Gravidez, Parto e Puerpério	13,4	12,9	12,6	13,6
CSAB	12,3	13,2	13,9	13,7

FONTE: SIH/DATASUS

O Gráfico 55 traz as taxas de internações por 10 mil habitantes segundo os 19 grupos de causas de Condições Sensíveis à Atenção Básica, no período entre 2017 e 2020. Observa-se que as taxas de internação da grande maioria dos agravos apresentaram declínio para o ano de 2020, com exceção para as doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis e Infecções de ouvido, nariz e garganta.

Gráfico 55. Taxa de internação por 10 mil hab. por CSAB, segundo principais diagnósticos – Curitiba 2017 a 2020.



FONTE: SIH/DATASUS

9. SAÚDE AMBIENTAL

As ações de saúde ambiental na Secretaria Municipal da Saúde são coordenadas pelo Centro de Saúde Ambiental – CSA, que atua por competência e responsabilidade legal, no controle de riscos que de alguma forma possam afetar a saúde humana. O CSA é a instância responsável pelo planejamento e gerenciamento das macro diretrizes que norteiam as ações de Saúde Ambiental no município, além de normatizar, acompanhar e apoiar as ações técnico-operacionais, visando resultados e o impacto epidemiológico advindo do controle dos riscos ambientais urbanos, da produção, distribuição e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde e da saúde do trabalhador, no âmbito municipal.

As ações estão voltadas à avaliação e intervenções nos fatores sócio – ambientais e do trabalho humano, bem como nos processos de produção e transformação que direta ou indiretamente possam oferecer qualquer risco à saúde. Num contexto mais amplo, não envolvem somente as fiscalizações e intervenções de vigilância sanitária de produtos e serviços de interesse à saúde, englobam ações em Saúde Ambiental, incorporando a visão de proteção do meio ambiente e trabalhador e são baseadas em legislação sanitária federal, estadual ou municipal. O processo educativo deve permear todas as intervenções, numa busca contínua da incorporação da responsabilidade no que tange à qualidade e segurança em quaisquer processos de produção e consumo.

Compõem ainda o CSA, de forma descentralizada, as Coordenações Distritais de Vigilância em Saúde, estruturadas nos 10 Distritos Sanitários e respondem pelas ações de Vigilância Epidemiológica e Saúde Ambiental nos respectivos territórios de responsabilidade.

Nas inspeções sanitárias verifica-se o cumprimento das legislações sanitárias observando-se os critérios de estrutura e instalações físicas, recursos humanos, fluxos e rotinas técnico-operacionais que envolvam: pessoas, materiais, artigos, utensílios, máquinas, equipamentos, insumos e resíduos, bem como as condições de higiene e limpeza, que tragam segurança aos produtos e serviços prestados.

9.1. INSPEÇÕES REALIZADAS POR TIPO DE SERVIÇO

Face ao amplo e diversificado universo de estabelecimentos que compõem a cadeia de produção, transporte, armazenamento e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde, as ações de vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador são organizadas de modo a manter um acompanhamento sistematizado, priorizado através de critérios técnicos e legais, utilizados para a definição dos estabelecimentos e de serviços de maior risco para a ocorrência de agravos. O CSA organiza-se em seis serviços básicos:

- **Alimentos e Serviço de Inspeção Municipal (SIM)**: indústrias, cozinhas industriais, restaurantes, lanchonetes, panificadoras, açougues, comércio varejista e atacadista de produtos alimentícios e estabelecimentos que comercializam produtos de origem animal, sujeitos ao SIM- Curitiba.

- **Produtos de Interesse à Saúde**: medicamentos e insumos farmacêuticos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes, saneantes domissanitários e produtos para a saúde (correlatos).
- **Serviços de interesse à saúde**: escolas, creches, ILPIS (instituições de longa permanência para idosos), comunidades terapêuticas e Serviços de assistência à saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico: hospitais, clínicas, laboratórios
- **Saúde do Trabalhador**: Fiscalização de ambientes e processos de trabalho.
- **Vigilância Ambiental**: Ações referentes ao meio ambiente.
- **Zoonoses e Vetores**: Ações referentes ao controle de zoonoses e vetores.

9.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são pautadas na promoção e prevenção da saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Baseado nisso, a Vigilância Sanitária atua principalmente junto aos estabelecimentos, realizando inspeções sanitárias seja por solicitação da própria empresa ou pelo recebimento de denúncias.

Considerando o risco sanitário dos diferentes ramos de atividade a Vigilância Sanitária de Curitiba possui uma Programação das Ações Prioritárias em Vigilância Sanitária – PAVS, a qual monitora as inspeções sanitárias de atividades de maior risco sanitário nos dez distritos sanitários do município, considerando as pactuações realizadas com a Secretaria de Saúde Estadual, assim como a classificação de risco estabelecida em legislações sanitárias.

Os estabelecimentos que exercerão atividades de interesse à saúde, devem obrigatoriamente possuir Licença Sanitária, conforme prevê o artigo 39 do Código de Saúde de Curitiba (Lei 9000/1996).

Em relação aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde no município, a Vigilância Sanitária dispõe de um programa específico chamado PASES - Programa de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde, o qual foi instituído pela Portaria Municipal nº13/1998 – determina a classificação dos estabelecimentos hospitalares, conforme o número de leitos das instituições, sendo os Hospitais PASES 1A aqueles que possuem mais de 150 leitos, os PASES1B aqueles que possuem de 50 a 149 leitos (podendo

dispor ou não de Unidades de Terapia Intensiva – UTI), PASES1C, aqueles com número de leitos inferior a 50 leitos e PASES 1 d, as instituições psiquiátricas.

As avaliações são feitas anualmente em 100% das instituições hospitalares, para fins de liberação de Licença Sanitária aos estabelecimentos. No entanto, estas ocorrem sistematicamente durante este período, por diversas outras razões, como: avaliações para fins de credenciamento, habilitações, atendimento a denúncias, investigações e demais situações pertinentes.

Outra ação importante desenvolvida pela Vigilância Sanitária são as inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). Tratam-se de estabelecimentos destinados às pessoas na faixa etária acima de 59 anos, e em virtude dos riscos relacionados à esta modalidade de assistência, são serviços inspecionados regularmente pelas equipes de Vigilância Sanitária e da Fundação de Ação Social, de forma conjunta.

No âmbito da Vigilância Sanitária de Alimentos, além das inspeções sanitárias, participamos também do Programa Estadual de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA-PR) o qual foi instituído, conforme Resolução SESA nº217/11 cujo objetivo é avaliar continuamente os níveis de resíduos químicos de agrotóxicos nos alimentos, fortalecendo a capacidade do Governo em atender a segurança alimentar e contribuir para a proteção e promoção da saúde da população. O programa é realizado, pelas equipes de Vigilância Sanitária Distritais, através de um Cronograma de Coletas, onde são definidas as datas, os alimentos e a quantidade de amostra, que são feitas preferencialmente em produtos comercializados nos sacolões popular, feiras orgânicas e não orgânicas e eventualmente no CEASA.

São inúmeras as parcerias que a VISA tem com outros órgãos e secretarias, e um exemplo disso é o convênio firmado no ano de 2002 entre o Governo do Estado do Paraná (Polícia Militar, Polícia Civil, Corpo de Bombeiros e Ministério Público – Meio Ambiente e Defesa do Consumidor) e a Prefeitura Municipal de Curitiba (Secretarias Municipais da Saúde-Vigilância Sanitária, Meio Ambiente, Urbanismo, Defesa Social e Fundação de Ação Social) denominada AIFU- Ação Integrada de Fiscalização Urbana, para a realização de fiscalizações de atividades de lazer e de finais de semana visando atender a demanda de denúncias relativas à perturbação do sossego, falta de alvará e outras autorizações oficiais, precárias condições de higiene, crianças em situações de risco, dentre outras reclamações, denúncias e solicitações.

9.3. SETOR DE ENGENHARIA

No que tange a verificação da estrutura física dos estabelecimentos de interesse à saúde que pretendem se instalar no município, a VISA de Curitiba também realiza análise de projetos arquitetônicos das empresas que pretendem desenvolver as atividades previstas na Resolução Municipal nº 01/2018, tais como Fabricantes de Medicamentos, Fabricação de Alimentos, Instituições de Longa Permanência de Idosos, Hospitais, enfim diversos ramos de atividade. Para tal, o setor conta com quatro engenheiras que realizam análise conjunta com os técnicos dos distritos sanitários, avaliando o cumprimento das legislações sanitárias no âmbito dos requisitos de estrutura física.

9.4. PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO AEDES

O quadro epidemiológico atual da dengue no país caracteriza-se pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, provocando a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

O Programa Municipal de Controle do Aedes de Curitiba, no intuito de manter a infestação do município menor que 1% e reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito, realiza as seguintes ações preconizadas nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (Ministério da Saúde – Brasília, 2009):

1. Dois Levantamentos Rápidos de Índices para *Aedes aegypti* - LIRAa ao ano, com repasse dos dados ao Ministério da Saúde.

2. Pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente.

3. Pesquisa entomológica com larvitrampas, em ciclos semanais, em locais estratégicos de possível entrada do vetor no Município.

4. Delimitação de focos, quando for detectada a presença do vetor com a vistoria e remoção de criadouros em todos os imóveis do entorno respeitando um raio de 300 metros.

5. Bloqueio de Transmissão de casos suspeitos e confirmados de dengue, zika ou chikungunya, com vistoria e remoção de criadouros em todos os imóveis do entorno respeitando um raio de 300 metros**.**

6. Tratamento focal e/ou residual em imóveis com foco positivo conforme indicação técnica.

7. Visitas com orientação e remoção de criadouros em todos os imóveis urbanos (residências, comércios, indústrias, órgãos públicos, terrenos baldios, entre outros) e infraestruturas públicas (praças, parques, jardins, bueiros, etc) do território municipal.

8. Mutirões de Recolhimento de Resíduos em parceira com a SMMA com o intuito de reduzir os depósitos e possíveis criadouros para o mosquito acumulados nas residências e outros imóveis do município.

9. Atividades de comunicação, mobilização e educativas realizadas em todo o município a fim de propiciar a adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento da proliferação do *Aedes aegypti* e consequentemente redução da ocorrência dos agravos transmitidos por este vetor (dengue, zika e chikungunya).

O resultado do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRA) realizado em outubro de 2021 foi de 0%. O Programa Nacional de Controle da Dengue define que os municípios que apresentam índices de infestação predial inferiores a 1% estão em condições satisfatórias.

9.5. AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOONOSES E VETORES

As ações realizadas por esta Unidade são voltadas para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para saúde pública, sendo:

- Vigilância da Leptospirose
- Vigilância da Raiva
- Vigilância e Controle da Fauna Sinantrópica
- Vigilância de outras Zoonoses

10. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se de um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas. “São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a sociedade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento” (ALMA-ATA, 1978). Construir uma APS de qualidade é fundamental quando se quer garantir a saúde como direito de cidadania.

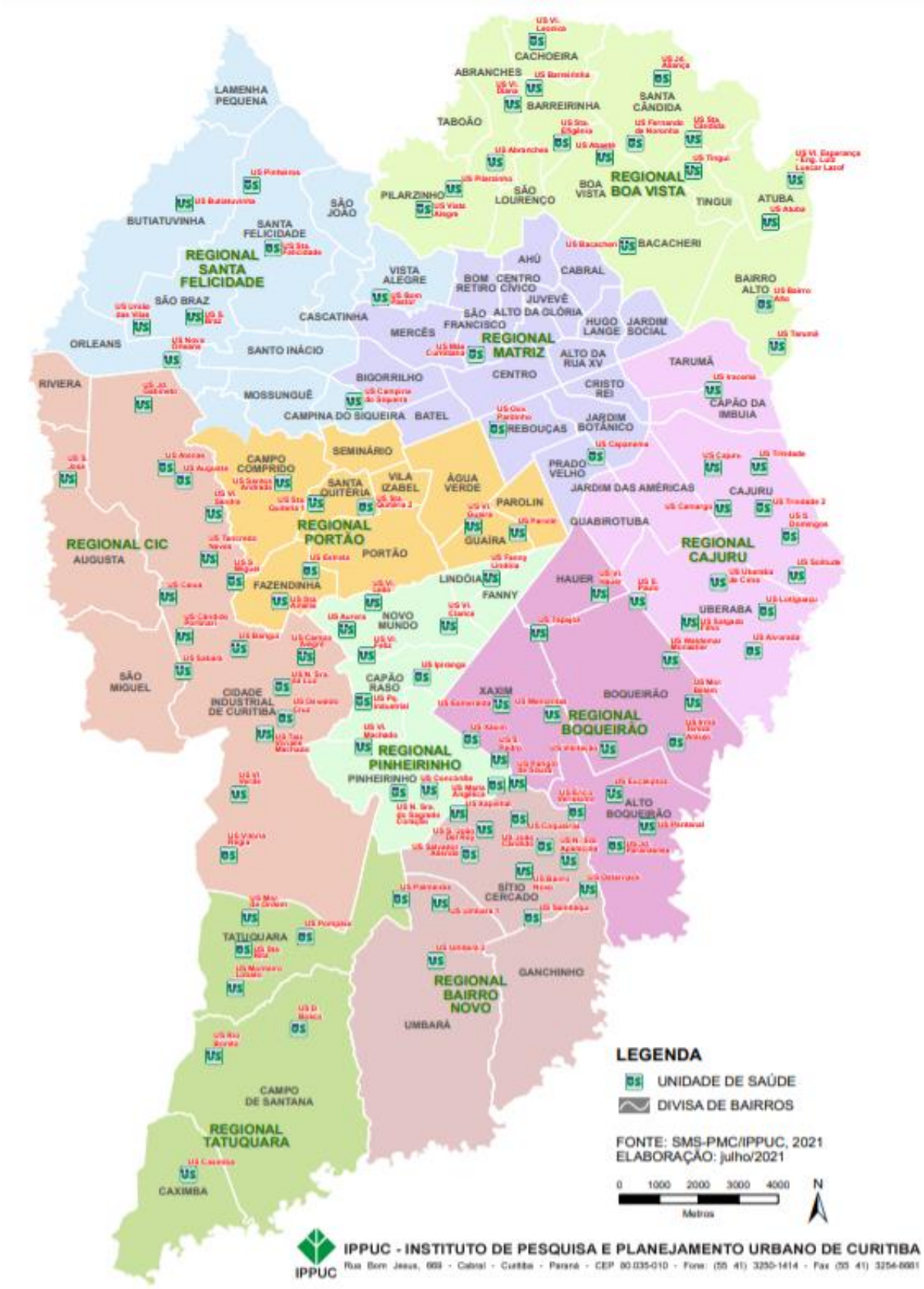
A APS tem como diretriz o atendimento da população em todos os ciclos de vida, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde com cuidado adequado, no tempo, lugar e na qualidade necessária a cada situação.

Estima-se que entre 50% e 70% da população utiliza a rede de atenção assistencial do SUS e que 55% da população curitibana encontra-se vinculada de alguma forma à rede suplementar de saúde, com planos diferenciados quanto ao tipo de cobertura assistencial.

Ao longo dos anos, Curitiba construiu uma rede ampliada de serviços, tendo a APS como porta preferencial de entrada ao sistema de saúde, organizada para o trabalho com base populacional em territórios determinados (áreas de abrangência). As pessoas moradoras de uma área têm nas equipes de saúde sua referência, que devem responder as diversas demandas da população.

A Atenção Primária em Saúde em Curitiba conta com 108 Unidades de Saúde (US), destas 53 com Estratégia de Saúde da Família. (Figura 17).

Figura 17. Unidades de Saúde e área de abrangência, Curitiba, 2021.



FONTE: IPPUC, 2021

Para as ações desenvolvidas, as Unidades de Saúde contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões–dentistas, técnicos de saúde bucal, auxiliares de saúde bucal, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde, sendo o trabalho coordenado pela Autoridade Sanitária Local.

Em dezembro de 2020, a cobertura da atenção básica era de 61,50%, e a cobertura de equipes básicas de saúde bucal era de 42,26%. As equipes da atenção primária à saúde (APS) foram redefinidas conforme Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, sendo: 185 equipes de Saúde da Família (eSF), 176 equipes de Atenção Primária (eAP), 317 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 4 equipes Consultório na Rua.

A construção do modelo de atenção à saúde focado na Atenção Primária e no enfrentamento às doenças/condições crônicas foi fator determinante para a consolidação de um sistema de saúde robusto, que busca continuamente a implantação de novas metodologias voltadas à melhoria do acesso e qualidade para os usuários do Sistema Único de Saúde no município. Nesta perspectiva, está em elaboração o Plano Diretor da Atenção Primária que tem como objetivo adequar a APS para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), apresentando uma visão de futuro para os próximos anos, com foco na ampliação do acesso, qualificado pela agilidade, eficiência e resolubilidade.

O Plano Diretor engloba três diretrizes: processo de trabalho/ modelo assistencial, equipe e estrutura. Além das diretrizes, pauta-se em estratégias para enfrentamento de iniquidades, por meio do Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde (IVAB). Este índice, instituído pelo Decreto n. 638 de 21 de junho de 2018 da PMC, é uma estratégia para promoção da equidade SUS em Curitiba, sendo utilizado para definir a distribuição dos recursos e nortear as ações de saúde no Município. O índice é estabelecido a partir da população censitária da área de abrangência das US e do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Paraná (IVF-PR), do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

As demandas dos pacientes com condições agudas e/ou emergências fazem parte do escopo de ações que devem ser atendidas pelas Unidade de Saúde conforme os fluxos institucionais estabelecidos e sua priorização se dará conforme o risco apresentado.

10.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

Curitiba apresenta um novo perfil que se configura por uma tripla carga de doenças (aumento das condições crônicas, a persistência das condições agudas, e os eventos agudos causados pela violência interpessoal e os acidentes, principalmente de trânsito). Diante desta nova realidade, diversas ações estão sendo desencadeadas, voltadas para a população de adultos e idosos do município, as quais têm por objetivo a promoção, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde. Com ações integrais, baseadas em protocolos clínicos e estratificação de risco, desenvolvidas de maneira contextualizada e multiprofissional, busca-se a oferta de serviços de maneira oportuna, dando aos nossos munícipes a possibilidade de uma vida mais saudável, para que possam desempenhar seus papéis na sociedade.

Com o aumento crescente da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as Doenças Cardiovasculares (DCV), Curitiba lançou o Programa Escute o seu Coração, em 3 de maio de 2018, com o objetivo de:

a) Direcionar a Atenção à Saúde do Coração em Curitiba, a fim de interferir nos fatores comuns de risco para a DCV;

b) Qualificar as ações em toda a Linha de Cuidado da Saúde do Coração;

c) Estimular estilos de vida saudáveis, especialmente pelo incentivo à prática de atividade física, adoção de alimentação saudável, prevenção do consumo nocivo de álcool, cessação do tabagismo, alcance ou manutenção do peso saudável entre outros;

d) Reduzir a morte cardiovascular precoce no município.

10.2. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO NUTRICIONAL

A SMS desenvolve uma série de ações individuais ou coletivas, voltadas à promoção da alimentação saudável nas Unidades de Saúde. Em relação à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, destaca-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais da Educação e de Segurança Alimentar e Nutricional, entre outras. A atenção nutricional tem como principais ações:

- **Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação:** destinado a crianças menores de 2 anos com alergia à proteína do leite de vaca ou intolerância à lactose e pessoas com doenças que comprometam o funcionamento normal do trato gastrointestinal e/ou em terapia nutricional enteral via sonda.

- **Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO):** tem como objetivo estruturar a atenção à população com excesso de peso usuária das Unidade de Saúde, por meio de pactos assistenciais entre os diversos pontos de atenção da Rede. Reforça o papel da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, com ações de promoção à saúde e autocuidado, além da reorganização do cuidado clínico longitudinal entre diversos níveis de atenção. A ação intersetorial é fundamental para atingir os objetivos propostos.

10.3. PROFISSIONAIS DE APOIO ESTRATÉGICO NA APS

Compreende os profissionais de saúde que se agregam às equipes de APS, a fim de promover uma atenção multiprofissional colaborativa, aumentando a resolutividade nesse nível de atenção. São ele: farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos.

Dentre as ações que os profissionais de apoio estratégico desenvolvem estão: atendimento individual ou em grupo, apoio clínico, telerregulação, educação permanente e atividades educativas.

Com o processo de trabalho focado nas pessoas e nas suas principais necessidades, esses profissionais contribuem para o aumento da capacidade do cuidado das equipes de APS sob sua responsabilidade, agregando novas ofertas de cuidado.

10.4. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Esta estratégia visa desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população residente na área de abrangência das UNIDADE DE SAÚDE, considerando suas características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos, suas famílias, grupos sociais e/ou a coletividade.

Atualmente Curitiba conta com 526 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados no sistema de Cadastramento Nacional de Saúde (CNES) e atuando nas Unidades de Saúde dos 10 Distritos Sanitários.

10.5. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

Possui três eixos principais: a transferência de renda, que promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades, que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares, que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Em relação ao setor saúde, o foco principal é o acompanhamento das crianças menores de sete anos e das gestantes.

Cabe destacar que a Prefeitura Municipal de Curitiba possui uma Comissão Intersetorial para Acompanhamento do Programa Bolsa Família, formada pela Fundação de Ação Social, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Educação e Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

10.6. PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO

Tem como objetivo realizar e monitorar ações de prevenção do início ao uso de tabaco, estimular e promover a criação de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco e ações de apoio à cessação do tabagismo. Articula intersetorialmente ações para o controle do Tabagismo com outras secretarias, instituições e entidades governamentais ou não governamentais.

10.7. ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

- Consultório na Rua

Instituído pela Política Nacional de Atenção Básica visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional.

Curitiba conta com quatro equipes de Consultório na Rua que realizam as atividades de forma itinerante e quando necessário, utilizam as instalações das Unidades de Saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários.

- Pessoas privadas de liberdade no sistema prisional

As ações com esta população são realizadas na perspectiva da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e seguimento, permitindo que as pessoas privadas de liberdade tenham acesso a rede municipal de saúde, sempre que houver necessidade de atenção.

- Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade

As ações possuem embasamento em diretrizes do Ministério da Saúde, e são executadas em conformidade com o Plano Operativo (elaborado a cada 4 anos) e o Plano de Ação Anual, sendo este organizado em 7 linhas de ação: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; Saúde sexual e saúde reprodutiva; Saúde bucal; Saúde mental; Prevenção e controle de agravos; Educação em saúde e Direitos humanos e promoção da cultura da paz. Desta maneira, os adolescentes em conflito com a lei estão referenciados às Unidades de Saúde do território, onde tem acesso a consultas com profissionais de diversas áreas, exames, medicamentos, imunização, orientações, encaminhamentos, dentre outras ações. Além disto, a SMS desenvolve cronograma de ações de prevenção em saúde intramuros.

11. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

A Secretaria Municipal da Saúde vem empreendendo medidas com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços ambulatoriais especializados aos usuários do SUS-Curitiba,

de acordo com suas necessidades de saúde. Neste sentido, tem ocorrido uma forte articulação com a Atenção Primária, considerando que a otimização da utilização dos serviços especializados está intimamente relacionada à garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados nas Unidades de Saúde. As ofertas e demandas oriundas da Atenção Primária implicaram na construção de linhas guias elaboradas em conjunto com as equipes da atenção especializada, bem como de protocolos de referências para direcionar e qualificar os encaminhamentos.

Outras importantes ações foram desencadeadas a fim de diminuir o tempo de espera nas filas por exames, consultas e cirurgias na capital, a exemplo a Telerregulação e Teleconsultoria (TR/TC). Com o objetivo de reduzir o absenteísmo nas consultas agendadas foram adotadas as seguintes estratégias: aprimorar a comunicação entre a Unidade de Saúde e o usuário na informação do agendamento; conscientizar a população quanto à necessidade do cadastro atualizado e da confirmação de presença nas consultas agendadas e exigir dos prestadores o registro correto do comparecimento ou falta do usuário nas consultas e exames.

Em 2019, o aplicativo Saúde Já Curitiba além de realizar o agendamento da população para o primeiro atendimento com enfermagem e com a odontologia nas Unidades de Saúde de Curitiba, passou a realizar a confirmação de consultas especializadas e exames, com emissão e compartilhamento do comprovante.

Com início em 2017, a implantação do processo de regulação e consultoria à distância, a Telerregulação e Teleconsultoria, padronizou os encaminhamentos e realizou educação continuada aos profissionais das equipes da APS.

O acesso ao cuidado especializado, sobretudo nos ambulatórios, historicamente constitui-se como um gargalo do SUS. A TR/TC contribuiu para aprimorar a regulação, pois, promoveu suporte assistencial para profissionais da APS pelos especialistas, que se basearam nas mais atualizadas evidências clínicas e científicas disponíveis.

A TR/TC fundamenta-se em 3 elementos: telerreguladores consultores, protocolos de encaminhamento da APS para atenção especializada e prontuário eletrônico (CHMITZ et. all,2017). Quando detectada a necessidade de encaminhamento para especialidades, de acordo com os critérios estabelecidos pelos protocolos, os casos clínicos são encaminhados para os médicos reguladores especialistas nas respectivas especialidades. O médico regulador analisa cada caso criteriosamente, utilizando as informações registradas no prontuário eletrônico. O desfecho poderá ser: i) o encaminhamento do paciente para

atendimento na especialidade e ambulatório mais adequados, ii) a solicitação de exames complementares ou iii) a teleconsultoria ao profissional da APS, indicando-se o manejo específico para cada condição clínica. Toda a troca de informações fica registrada no histórico clínico no prontuário eletrônico do usuário, assim o médico da APS tem ciência da resposta da TC/TR de todos os pacientes por ele assistidos.

A Rede de Atenção Hospitalar constitui-se, principalmente, de estabelecimentos que realizam os procedimentos de saúde que exigem maior agregação tecnológica, assim como os de maior custo para o Sistema. Esta rede está organizada levando em consideração a complexidade do hospital e suas habilitações junto ao Ministério da Saúde.

A assistência hospitalar em Curitiba no ano de 2019 era composta por 6.516 leitos hospitalares sendo 2.972 vinculados ao SUS, conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES[9]. Ressalta-se que o CNES é um sistema dinâmico de cadastramento para a totalidade de serviços de saúde, não sendo restrito aos serviços vinculados ao SUS.

Os leitos hospitalares de Curitiba estão distribuídos em 42 Hospitais Gerais, 18 especializados, 18 Hospitais-Dia isolados**.** Os leitos ativos do SUS estão alocados em 18 hospitais gerais, sete hospitais especializados. Dos hospitais do SUS Curitiba dois são de natureza pública federal, dois de natureza pública estadual e um de natureza pública municipal.

Os leitos hospitalares são cadastrados segundo o tipo de assistência médica desenvolvida, podendo ser cirúrgicos, clínicos, complementares (abrangem Unidades de terapia intensiva - UTI, cuidados intermediários - UCI e cuidados intermediário neonatal e isolamento), obstétricos, pediátricos, especializados (abrangem leitos de psiquiatria, leitos Dia, crônicos, tisiologia, AIDS e outros). O número de leitos hospitalares em Curitiba, estão distribuídos conforme Tabela 23.

Tabela 23. Total de Leitos Hospitalares em Curitiba, dezembro 2019.

Tipos de Leitos	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	2.022	904	1.118
Clínicos	1.608	915	623
Complementares	825	395	430
Obstétricos	401	223	178

[9] Consulta em dezembro 2019.

Pediátricos	376	276	100
Outras Especialidades	647	233	414
Hospital Dia	637	26	611
Total Geral	6.516	2.972	3.474

FONTE: CNES acesso em 04/11/2021 e CNES competência dezembro/2019

O sistema hospitalar atual enfrenta, algumas vezes, gargalos assistenciais, que podem ser atribuídos a alguns fatores entre os quais a distribuição geográfica não uniforme de leitos na Macrorregião, a menor disponibilidade de serviços e programação das cidades vizinhas, e a inserção de Curitiba no Plano Diretor de Regionalização do Paraná – PDR, como polo estadual e referência na área hospitalar, em especial para os municípios da 2ª Regional de Saúde - Metropolitana, 1ª Regional de Saúde - Litoral e a 6ª Regional de Saúde - União da Vitória.

Os serviços hospitalares encontram-se inseridos no SUS Curitiba com papéis e fluxos definidos. Em relação aos papéis, os serviços universitários caracterizam-se por representarem pilares da assistência e comporem as Redes de Alta Complexidade como urgência e emergência, UTI, obstetrícia de risco, atenção cardiovascular de alta complexidade, neurocirurgia, oncologia, transplantes, ortopedia e traumatologia, cirurgia bariátrica e outros. Estes hospitais possuem contratos de gestão com metas assistenciais, de humanização, de gestão, de ensino e pesquisa. São acompanhados pela Comissão Interinstitucional de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino formada por representantes do gestor, dos estabelecimentos hospitalares, do corpo docente e discente e do Conselho Municipal da Saúde – segmento usuários.

Os fluxos de acesso para atendimento eletivo e de urgência estão definidos. As Unidades de Saúde são porta de entrada preferencial para o atendimento especializado e consequente internações eletivas. O código de transação da consulta especializada é pré-requisito para a inserção, via *web,* do Laudo Médico para Emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e posterior autorização da mesma. A porta de entrada para as internações de Urgência e Emergência são as Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, os Pronto Socorros habilitados na Rede Estadual de U/E, as Unidades de Dor Torácica habilitadas na Rede Estadual de Atenção Cardiovascular e as maternidades.

Os internamentos eletivos para a realização de procedimentos de alta complexidade em Curitiba, para pacientes residentes em outros Estados são intermediados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC. Este sistema permite o acesso aos

residentes em outros Estados de acordo com a disponibilidade de serviços e sem onerar o teto financeiro do município, uma vez que, estas internações são custeadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC.

Os internamentos de urgência/emergência são regulados pela Central Metropolitana de Leitos Hospitalares, pelas UPAS, SAMU e SIATE.

As ações de controle, avaliação e auditoria das internações hospitalares pelo SUS em Curitiba são realizadas com apoio do sistema informatizado e-Saúde, interligado à Central de Regulação de leitos hospitalares. Esse sistema, implantado em fevereiro de 2005, possibilita ao gestor o controle das internações hospitalares, o controle do teto financeiro e suas respectivas pactuações, a auditoria dos Laudos para Emissão das AIHs, a manutenção do histórico de internações e AIHs de todos os internamentos hospitalares pelo SUS em Curitiba. O processamento das AIHs apresentadas e pagas é realizado pelo Sistema de Informações Hospitalares – SIH do Ministério da Saúde. Por meio deste sistema são obtidos os espelhos das AIHs, possibilitando análise sistemática pela auditoria.

Assim, as internações hospitalares são auditadas com análise administrativa, técnica e financeira. Todas as internações são avaliadas pelos auditores previamente à emissão das AIHs (por meio da análise dos laudos de emissão de AIH) e revistas por amostragem após o faturamento (por meio da análise dos espelhos das AIH).

12. ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Desde a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU em 2003, Curitiba tem avançado continuamente na atenção às urgências, sendo palco de importantes inovações para o setor no âmbito do SUS, como a implantação dos Centro Municipais de Urgências Médicas – CMUM´s em 2006, que serviram de base para a política federal das Unidades de Pronto Atendimentos – UPA´s em 2011, mesmo ano em que foi oficialmente instituída a Rede de Urgência e Emergência – RUE no SUS.

A RUE é o arranjo organizativo dos diferentes serviços de saúde que prestam atendimento às urgências, de forma complementar e interdependente, com o objetivo de atingir a integralidade no cuidado aos pacientes acometidos por estas condições. Logo, para uma RUE eficiente, não basta apenas a existência dos serviços de saúde em si, mas também de uma lógica de funcionamento capaz de articulá-los adequadamente. Por se tratar de uma

Rede de Atenção à Saúde – RAS prioritária do SUS, a RUE deve ter caráter regional, sendo que Curitiba participa como município sede da RUE Metropolitana, que engloba os 29 municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Os últimos anos foram marcados pela reestruturação de três dos principais pilares da RUE em Curitiba: I) O Complexo Regulador de Urgências – CRU, com expansão da capacidade operacional, melhorias nos processos de trabalho e com a inovadora introdução do profissional Enfermeiro Regulador; II) o SAMU, com renovação de 100% da frota operacional de ambulâncias, novo convênio para a operação aérea e recomposição das equipes operacionais; III) as UPAs, com grandes avanços nos processos de trabalho, incluindo o inédito modelo de Circuito Direcionado de Atendimento – CDA que, baseado na metodologia LEAN, resultou em grande melhora na gestão do tempo nos atendimentos.

O planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba propõe mais avanços na atenção às urgências para os próximos anos, com foco na melhoria dos protocolos assistenciais na rede municipal como um todo, de modo a envolver não somente os equipamentos originalmente destinados ao atendimento das urgências, mas também os demais serviços como as Unidades de Saúde – US e os Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. A implantação de outros canais para a orientação e atendimento aos casos de baixa complexidade, como a central de telemedicina, também irá promover comodidade e segurança para esta parcela que representa grande parte dos atendimentos nos serviços de urgência, melhorando ainda mais a performance da RUE, especialmente por desafogar as UPAs.

13. REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Desde a implantação do Programa Mãe Curitibana em 8 de março de 1999, Curitiba avança na melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização.

Tem por objeto a assistência à mulher curitibana desde a saúde reprodutiva, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança e qualidade.

O Programa, que a partir de 2017 torna-se a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, contribui para a redução da morbimortalidade materno-infantil, mediante a garantia da vinculação da gestante na maternidade de acordo com a situação de risco, a organização do fluxo de atenção à gestante e recém-nascido, implantação de protocolo clínico de

atendimento, com a garantia das consultas, exames e medicamentos. Durante o pré-natal as gestantes e os pais são orientados sobre os cuidados com o pré-natal e o bebê. Por meio do Aplicativo Saúde Já, é possível realizar visita virtual à maternidade de referência.

No momento da alta hospitalar é agendada pela Maternidade via *online* a consulta puerperal na Unidade de Saúde onde a gestante fez o pré-natal. O Programa Mãe Curitibana, desde sua implantação contribuiu consistentemente para a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil no município.

A mortalidade materna em 1998 era 70,9 /100.000 NV e em 2019, chegou a 9,4/100.000 NV. A mortalidade infantil de 16,6/1000 NV em 1998 reduziu para 6,5/1000NV em 2019. No dia 01 de dezembro de 2017 Curitiba recebeu certificação como a primeira cidade brasileira a eliminar a transmissão do vírus HIV de mãe para filho. O índice de gravidez na adolescência vem apresentando também importante redução, atingindo a proporção de 6,9% de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, no ano de 2020.

As equipes das Unidades de Saúde estão capacitadas em acolher e atender o adolescente, utilizando estratégias de cuidado como prevenção da gravidez não planejada, com informação e oferta de anticoncepção efetiva e de longa duração, principalmente nos casos de alta vulnerabilidade ou risco social. O munícipio de Curitiba, aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, que desenvolve ações com estudantes da educação básica, entre elas o direito sexual e reprodutivo, incluindo prevenção de IST/AIDS.

A Atenção à Saúde da Criança tem como objetivo promover o crescimento e desenvolvimento saudável, prevenir os principais agravos à saúde da criança, especialmente as mais vulneráveis. A captação precoce para o acompanhamento das crianças inicia pelo Sistema Integração Maternidade/ Unidade de Saúde, que permite no momento da alta da maternidade, o agendamento online de consulta com o enfermeiro para o binômio mãe-bebê, na Unidade de Saúde mais próxima à sua residência.

A promoção à saúde da criança ocorre na puericultura, com as orientações às imunizações, no estímulo, apoio e proteção ao aleitamento materno. O Programa Mama Nenê, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, incentiva e promove a continuidade do aleitamento materno, primando pela saúde, qualidade de vida e bem estar dos bebês dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) e Centros de Educação Infantil Contratados (CEIs).

A fim de alertar as equipes para a necessidade de busca ativa e priorização no atendimento e vigilância cuidadosa das crianças com maior risco à saúde foi instituído fluxo de notificação às equipes de saúde das Declarações de Nascido Vivo de Risco, das altas hospitalares de egressos de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Neonatal e das crianças menores de um ano que passam em consulta nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A implementação do atendimento ao bebê de alto risco para o desenvolvimento neuropsicomotor e os fluxos para assistência às triagens neonatais positivas permitem a detecção e intervenção precoce nas crianças de risco para deficiência e doença cardíaca.

14. SAÚDE BUCAL

A Política de Saúde Bucal da SMS proporciona atenção odontológica integral à população curitibana garantindo a realização de atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção da saúde bucal, com ênfase aos grupos prioritários.

Possui uma rede de assistência na Atenção Primária e Secundária à saúde – Unidade de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, respectivamente, dispondo também de atendimento de urgência nas Unidades de Pronto Atendimento - UPA.

Na Unidade de Saúde há uma reestruturação do processo de trabalho, onde os atendimentos odontológicos passam a ser realizados em boxes individualizados, a partir de readequação da estrutura física das clínicas odontológicas, visando atender normas de biossegurança. Orientações para as equipes de saúde bucal quanto às atividades clínicas, às ações coletivas e a organização da prática nos diferentes pontos de atenção da rede estão descritas nos Protocolos de Saúde Bucal e de atividade extraclínicas. Os protocolos têm o propósito de melhoria da qualidade da assistência odontológica, padronização de condutas, melhoria na segurança do paciente e monitoramento do cuidado. Dentre as ações, são ofertados procedimentos preventivos, curativos e exodontias (extrações dentárias), com destaque para a intensificação do pré-natal odontológico. Em algumas Unidades de Saúde é feita a reabilitação protética (prótese total). As equipes da atenção primária desenvolvem programas preventivos e educativos (US, atenção domiciliar e escolas), visando proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e redução da incidência das patologias bucais.

Nos CEOs são realizados atendimentos especializados nas áreas de endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamento da gengiva e tecidos de sustentação do

dente), cirurgia oral menor (remoção de dente incluso), estomatologia com ênfase em diagnóstico precoce de câncer bucal, atendimento odontológico às pessoas com deficiências, odontopediatria e reabilitação protética (prótese total).

Na atenção terciária (hospitalar) o atendimento é realizado por equipe própria e em prestadores credenciados ao SUS.

- **Prevenção e Detecção do Câncer Bucal**

São desenvolvidas estratégias com objetivo de melhorar o acesso e qualidade das ações preventivas de promoção da saúde e de assistência ao câncer bucal no município, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade da doença.

Para tal estão organizados fluxos de referência e contrarreferência na Rede SUS-Curitiba, da atenção primária para a secundária (CEOs) e destes para atenção terciária, com monitoramento dos casos pela atenção primária. São desenvolvidas ações de educação permanente para a prevenção e detecção precoce do câncer bucal aos profissionais da Rede SUS-Curitiba.

15. SAÚDE MENTAL

Curitiba iniciou as primeiras sistematizações do cuidado em Saúde Mental no final da década de 80 com a formação de um grupo de apoio em Saúde Mental no nível central da Secretaria Municipal da Saúde - SMS.

Em 2001, com a promulgação da Lei 10216/2001, se inicia um processo de reformulação da rede de atenção, sendo que neste ano ocorre a contratação de 29 psicólogos que passam a compor equipes distritais com o objetivo de potencializar as ações da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde – APS.

A partir de 2004 tem início o processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, obedecendo as diretrizes da Portaria 336/02. Neste contexto, foi sendo estruturada uma rede de serviços de saúde mental, composta ainda por equipamentos da atenção ambulatorial, hospital dia e hospital integral.

A Portaria Ministerial 3.088/11 (atualizada pela Portaria 3588/2017) institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, cujos objetivos gerais são: a ampliação do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e suas famílias aos pontos de atenção em saúde, bem como garantir a

articulação e integração dos mesmos, qualificando o cuidado, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além disso, são objetivos específicos da RAPS: a promoção do cuidado em saúde às populações vulneráveis; a prevenção do consumo e a dependência do crack, álcool e outras drogas em ações intersetoriais; a redução dos danos provocados por estas substâncias psicoativas; a promoção da reabilitação psicossocial e a reinserção de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, entre outros.

Na Tabela 24, apresenta-se a Rede de Atenção Psicossocial RAPS de Curitiba:

Tabela 24. Rede de Atenção Psicossocial RAPS de Curitiba, 2021.

Pontos de Atenção	Componentes
Atenção Primária à Saúde	US / ESF / NASF e Consultório na Rua
Ambulatório Especializado	Serviços próprios e credenciados
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial – CAPS INFANTIL II, III, AD, TM e TERRITORIAL.)
Urgência e Emergência	SAMU UPA 24 horas UEP – Unidade de Estabilização Psiquiátrica
Atenção Hospitalar	Hospital Psiquiátrico Enfermaria Especializada em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico
Intersetorialidade	Câmara Técnica Intersetorial da Saúde Mental SIMASE

FONTE: SMS- DAS- Saúde Mental, 2021.

a. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, incluindo aquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Em Curitiba, os

profissionais de Psicologia e Psiquiatria desempenham atividades de apoio matricial às equipes de referência da Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo disponibilidade para tirar dúvidas com a equipe por meio de telefone, e-mail e/ou outros meios digitais durante a jornada de trabalho.

Tem atribuições específicas como:

- Conhecer e atuar com território definido, apoiando as US na identificação de parceiros, recursos comunitários e desenvolver ações intersetoriais.
- Avaliação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção e apoio às equipes/profissionais na identificação da melhor oferta de serviços (papel regulador).
- Realizar atendimentos no formato de “Ambulatório de Intervenção Breve” individual e coletivo aos usuários referenciados pela equipe da APS, previamente pactuados.
- Realizar na área de psicologia grupo de acolhida para favorecer acesso mais rápido aos casos leves, estratificando risco e dando direcionamento ao ponto de atenção mais adequado.
- Realizar grupos operativos e grupos focais em saúde mental para pacientes e familiares, qualificando a equipe para a realização dos mesmos e aumentando a resolutividade da APS.
- Compartilhar o cuidado e corresponsabilizar-se pelo monitoramento dos casos de maior risco e/ou complexidade nas questões psicossociais ou de doença mental, selecionados pelas equipes da APS.

b. Atendimento ambulatorial especializado

Este ponto de atenção é indicado nas situações de sofrimento psíquico, em que haja necessidade de avaliação e acompanhamento especializado e que não demandem reabilitação psicossocial ou atenção hospitalar. O atendimento ambulatorial constitui-se como retaguarda para os psicólogos e psiquiatras dos NASF, que são os únicos reguladores dos encaminhamentos (sistema de telerregulação):

- **Atendimento ambulatorial regionalizado**

Tratamento ambulatorial de psicologia e/ou psiquiatria para usuários adultos encaminhados pelas equipes de Saúde Mental do NASF, no formato de intervenção breve.

- **Encantar**

O Ambulatório Encantar, exclusivo para atendimento a crianças e adolescentes, com equipe específica para autismo e transtornos mentais. Compõe as equipes para atendimento

aos autistas os profissionais fonoaudiólogos, psicólogos, terapeuta ocupacional e assistente social.

- **Ambulatório Hospital de Clínicas (HC)**

O Hospital de Clinicas oferta retaguarda ambulatorial nas consultas de Psiquiatria e Psicologia para todos os Distritos Sanitários.

c. Atenção Psicossocial Especializada

Dispositivos de tratamento extra-hospitalares que tem o objetivo de atender portadores de transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em um território específico, oferecendo cuidados clínicos e sociais, favorecendo, assim, o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

O CAPS territorial consiste no equipamento que realiza o tratamento de pessoas com transtorno mental severo e persistente e/ou usuários de álcool e outras drogas a partir de 18 anos, de determinado Distrito Sanitário, ou seja, é referência para o tratamento da população adulta que apresente grave prejuízo funcional decorrente de transtornos mentais e/ou uso de substâncias do território assistido. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos. Esse modelo visa promover a melhoria do acesso, apropriação pelas equipes do território adscrito com o estreitamento da relação com as equipes dos equipamentos que compõe a rede de saúde, bem como dos recursos comunitários do território; integração e articulação das equipes CAPS com as equipes de território de referência (APS, NASF, Ambulatório, RT e UPA), propiciando que o cuidado ao usuário seja realizado na lógica de Equipe Ampliada. A prática deve ser pautada no cuidado com foco na integralidade do sujeito e obedecendo aos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade.

Atualmente a rede municipal de saúde mental dispõe de 13 CAPS, sendo:

- 08 CAPS Territoriais para população adulta (atendem transtornos mentais e/ou álcool e drogas), dos quais 05 são do tipo III e 03 do tipo II
- 01 CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) tipo II
- 01 CAPS Transtornos Mentais (CAPS TM) tipo III
- 02 CAPS Infantojuvenil (CAPSi) tipo II

- 01 CAPS Infantojuvenil (CAPSi) tipo III

Os CAPS com horário de funcionamento das 07h às 19 horas de segunda a sexta-feira são chamados de CAPS II, e aqueles com leito de hospitalidade noturna e funcionamento 24 horas todos os dias da semana são os CAPS III.

d. Urgência e Emergência

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba por entender que os pacientes psiquiátricos em crise necessitam de avaliação médica especializada, para uma condução mais adequada, criou o equipamento de saúde mental - Unidade de Estabilização Psiquiátrica Casa Irmã Dulce - (UEP), que destina-se ao atendimento de emergência psiquiátrica de pessoas, a partir de 12 anos de idade, em agudização do sofrimento psíquico e/ou abuso e dependência de substâncias psicoativas.

A UEP situa-se no distrito Tatuquara, e conta com 26 leitos de estabilização (permanência de até 72 horas), sendo 2 leitos de emergência e 2 leitos de isolamento. O encaminhamento à Unidade é regulado pela Central de Retaguarda em Saúde Mental.

Tem por missão a estabilização de usuários com quadros psiquiátricos agudos decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas – SPAs, objetivando estabelecer hipótese diagnóstica, reconhecer patologias e alterações orgânicas, prover auxilio e suporte até a hospitalização, prestar retaguarda e apoio em períodos de serviços indisponíveis e referenciar para equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS mais adequado, após a estabilização do quadro e controle dos riscos visando instituir tratamento longitudinal, evitando recidivas e maiores prejuízos a saúde psíquica, física e social do paciente e riscos a sua vida e de outros.

A UEP dispõe de uma equipe especializada composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos clínicos, psiquiatras, farmacêutico, psicólogos e assistentes sociais.

e. Atenção hospitalar

Central de Retaguarda em Saúde Mental (CRSM) é composta por equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogos e enfermeiros), responsável pela regulação de leitos psiquiátricos para internamento em Hospital Psiquiátrico Integral; de leitos de hospitalidade nos 07 CAPS III e de leitos na Unidade de Estabilização Psiquiátrica – UEP a partir de discussão dos casos para articulação do cuidado no ponto de atenção mais adequado. O SUS Curitiba conta atualmente com 116 leitos integrais em hospital especializado

credenciados para internação; 69 leitos de hospitalidade noturna e 26 leitos de estabilização psiquiátrica.

f. Estratégias de desinstitucionalização

As Residências Terapêuticas (RT) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização. São moradias inseridas na comunidade para acolher egressos de internações psiquiátricas prolongadas, que não possuem vínculos familiares e que necessitam de cuidados permanentes. Objetivam garantir o convívio social, o resgate da cidadania e a reabilitação psicossocial de seus moradores.

O município possui atualmente 35 moradores, inseridos nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

g. Intersetorialidade

O avanço no cuidado aos usuários da saúde mental depende fundamentalmente da capacidade de articulação intersetorial entre as diversas políticas públicas em face da complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades nesse campo.

Dessa forma, no ano de 2020, foi instituída por Decreto Municipal, a Câmara Técnica Intersetorial da Saúde Mental, vinculada à Secretaria de Saúde Municipal, tendo como missão atuar intersetorialmente com a finalidade de propor e promover planejamento estratégico de ações e políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental, prevenção ao uso de álcool e outras drogas, tratamento e reinserção social das pessoas com transtornos mentais, incluindo os decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Presidida pela Coordenação de Saúde Mental da SMS, a CTISM é composta por representantes da Secretaria Municipal da Saúde – SMS; Secretaria Municipal da Educação - SME; Secretaria Municipal de Defesa Social e Trânsito - SMDT; Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude - SMELJ; Fundação de Ação Social - FAS; Fundação Cultural de Curitiba - FCC; Secretaria de Governo Municipal - Departamento dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

O Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo - (SIMASE) é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político e pedagógico, que envolve desde o processo de apuração do ato infracional do adolescente até a execução das medidas socioeducativas, considerando a natureza do ato infracional, conforme a gravidade, a reincidência, ou o não cumprimento de medida mais branda. Estas medidas podem ser

desde uma advertência até a privação de Liberdade ou Internação. Uma vez sentenciado, o adolescente será encaminhado ao Programa Socioeducativo Estadual, caso a medida socioeducativa estabelecida seja de meio fechado, ou ao Programa Socioeducativo Municipal, se a medida imposta for de meio aberto.

O Programa Municipal tem por objetivo executar intersetorialmente o atendimento aos adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e/ou Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) no Município de Curitiba promovendo articulação das diferentes políticas públicas, fortalecendo a Intersetorialidade (FAS, SMS e SME) e possibilitando ofertar atendimentos aos adolescentes a partir dos princípios da atenção integral, em todas as ações devendo abranger a promoção e proteção à saúde, acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial, saúde sexual e reprodutiva, imunização, saúde mental, saúde bucal, assistência para situações de violência.

Os adolescentes entrevistados e avaliados inicialmente pela equipe intersetorial nos CREAS, podem ser encaminhados para as US e/ou CAPS, conforme suas necessidades em saúde e passam a ser atendidos e monitorados de acordo com o Plano Terapêutico proposto para a sua necessidade específica.

A SMS tem profissionais designados, em todos os Distritos Sanitários, como referências técnicas junto ao Programa SIMASE para atuarem de forma interdisciplinar e nas questões envolvendo a saúde. Esses técnicos participam das entrevistas iniciais e na elaboração dos Planos Individuais de Atendimento, além de serem articuladores dos encaminhamentos pertinentes junto aos serviços de saúde, realizando monitoramento dos mesmos.

16. SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em Curitiba, o cuidado da saúde da Pessoa com Deficiência (PcD), tem as ações ordenadas e reguladas pela atenção básica, equipe de saúde do território (de residência), observando as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários. Dentre as ações ofertadas, tem-se os atendimentos clínicos e o apoio estratégico multidisciplinar, bem como as atividades individuais e coletivas que suprem necessidades da população.

Além disso, a PcD pode ser encaminhada a outros pontos da rede, organizados como um conjunto de ações e serviços especializados, cujos componentes incorporam-se às linhas

de cuidado das demais redes de atenção à saúde. São eles: atenção ambulatorial geral, atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências habilitadas como modalidade única (em apenas um serviço de reabilitação), os Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados em duas ou mais modalidades de reabilitação, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a atenção hospitalar, a urgência e emergência, bem como outros pontos de atenção das demais redes de atenção à saúde do município, conforme necessidade identificada e singularidades.

17. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A SMS Curitiba realiza e gerencia ações voltadas ao desenvolvimento do conhecimento técnico e científico de seus servidores e trabalhadores.

Para tal, promove ações voltadas ao desenvolvimento de pessoas, alinhadas aos princípios da Educação Permanente e Continuada, organizando e gerenciando a realização de cursos e capacitações, oportunizando ao servidor municipal a participação em atividades de formação (graduação e pós-graduação), cursos, congressos e eventos internos e externos à SMS Curitiba, dentre outras ações; sempre respeitando os preceitos e regulamentações propostas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETS) do Ministério da Saúde do Brasil.

Desenvolve ações que promovem a integração ensino-serviço, realizando o gerenciamento de estágios e possibilitando acesso aos diferentes cenários para atividades práticas curriculares das Instituições de Ensino conveniadas à PMC, com vistas a possibilitar que tais Instituições de Ensino utilizem os diferentes setores da SMS Curitiba para promoção de adequada formação acadêmica, voltada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, mantém Programa de Residência Médica e Multiprofissional em parceria com a FEAS e as Faculdades Pequeno Príncipe; analisa solicitações de práticas de voluntariado na SMS Curitiba; e a partir do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SMS Curitiba) analisa e viabiliza o encaminhamento das solicitações de pesquisas cuja campo seja na rede de serviços da SMS Curitiba.

18. LABORATÓRIO MUNICIPAL

O sistema de apoio diagnóstico da Secretaria Municipal da Saúde percorreu um longo caminho até despontar como um dos mais inovadores do país em processos e equipamentos.

O Laboratório Municipal de Curitiba é hoje um dos maiores entre os públicos de capitais brasileiras, operando 24 horas por dia todos os dias da semana atendendo as Unidades de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospital do Idoso Zilda Arns e Maternidade Bairro Novo.

Em 2020, foram realizados 4.025.990 exames atendendo a mais de 500 mil pacientes.

São oferecidos 115 diferentes tipos de exames, nos setores de Bioquímica, Parasitologia, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Urinálise, Biologia Molecular. Para Curitiba e demais cidades da região metropolitana, realiza os exames de Carga Viral para HIV-1, Hepatite B e C, Contagem de CD4/CD8 e Teste Rápido Molecular para Tuberculose.

Para atender ao princípio da facilidade de acesso do usuário, a coleta da grande maioria dos exames é descentralizada, sendo feita diariamente nas 108 Unidades de Saúde, sendo o processamento centralizado no Laboratório Municipal. Os resultados são enviados através do sistema informatizado ficando o laudo disponível *online.*

O Laboratório Municipal disponibiliza relatórios epidemiológicos, estatísticos e de gestão fundamentais para as ações da Secretaria Municipal de Saúde.

Desenvolve parcerias com o Ministério da Saúde para a validação de novas metodologias e com diversas instituições de ensino ofertando estágios curriculares, apoiando a formação de novos profissionais.

19. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos". (Política Nacional de Medicamentos, 1998).

De modo geral a Assistência farmacêutica no município de Curitiba está organizada em 2 eixos:

- **Gestão dos Medicamentos** (Abastecimento em todas as suas etapas)
- **Atenção Farmacêutica** (Cuidados farmacêuticos)

O objetivo da Assistência Farmacêutica (AF) no município é apoiar as ações de saúde promovendo o acesso da população aos medicamentos padronizados e seu uso racional.

19.1. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GESTÃO DOS MEDICAMENTOS

a. Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo que as demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco selecionado.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (Art. 25 do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011). O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (Art. 26 do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011).

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 1993, criou a Farmácia Curitibana composta por medicamentos para distribuição aos usuários e para uso interno nas Unidades de Saúde.

A partir da implantação desta lista, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba criou novos programas e ampliou outros já existentes. Com essa nova política houve a necessidade da padronização de novos medicamentos os quais foram selecionados a partir dos critérios estabelecidos pelas áreas técnicas na definição dos referidos programas.

Atualmente a relação de medicamentos da Farmácia Curitibana está composta por 229 medicamentos, sendo 131 de distribuição ao usuário e 98 de uso interno para atendimento dos usuários.

Além dos 229 medicamentos da Farmácia Curitibana, a Secretaria Municipal da Saúde distribui também 95 medicamentos do Componente Estratégico da Assistência

Farmacêutica, que conforme explicado anteriormente, são itens adquiridos pelo Ministério da Saúde e encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde que por sua vez, repassa para o Município, para o tratamento de doenças específicas como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, etc.

b. Programação de medicamentos

A programação tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades da população considerando-se um determinado período de tempo.

Desde o ano 2000, a SMS de Curitiba utiliza o sistema informatizado, denominado Sistema de Gestão Pública. Dentre as diversas funcionalidades deste sistema, a Coordenação de Recursos Materiais utiliza para programar a quantidade de medicamentos a ser adquirida, a opção RELATÓRIOS – REPOSIÇÃO DE ESTOQUE. Este relatório sugere a quantidade a ser adquirida considerando a média de consumo (distribuição), podendo-se optar pela periodicidade de 01 a 12 meses, o estoque atual, as pendências de entrada e saída. Possibilita optar em incluir ou não na média de consumo, os meses com o consumo zero e o consumo do mês atual. Além do relatório fornecido, é feita também a avaliação pelos farmacêuticos considerando-se os consumos sazonais e especificidade de cada medicamento.

c. Aquisição de medicamentos

A aquisição de medicamentos consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as Unidades de Saúde em quantidade, qualidade e menor custo, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema.

A aquisição dos medicamentos pela Secretaria Municipal da Saúde é feita através da Comissão Permanente de Licitação. As aquisições se dão em concordância com a Lei 8666/93. Os pregões eletrônicos realizados para aquisições de medicamentos podem ser acompanhados através do endereço eletrônico **http://www.e-compras.curitiba.pr.gov.br**

d. Armazenamento de medicamentos

O armazenamento e a distribuição são as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que visam manter a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de

armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todas as Unidades de Saúde.

e. Central de Abastecimento Farmacêutico

A Central de Abastecimento Farmacêutico da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba localiza-se no Almoxarifado Central, onde os medicamentos são armazenados em área específica e aqueles controlados pela Portaria 344/98 são armazenados em área restrita sob a supervisão direta de um profissional farmacêutico.

Os medicamentos adquiridos pela SMS de Curitiba são recebidos do fornecedor no almoxarifado onde ocorre uma análise quantitativa dos mesmos (contagem e conferência de lotes) das respectivas notas fiscais e empenhos e por uma análise qualitativa, no que diz respeito à análise de rótulo (lote, fabricação, validade, concentração, etc) e aspecto, realizada pelo farmacêutico responsável.

f. Distribuição de Medicamentos para Unidades de Saúde

Os pedidos de medicamentos das Unidades Básica de Saúde ao almoxarifado são feitos através de sistema informatizado. Este sistema possibilita a reposição de estoques nas unidades considerando a distribuição aos usuários.

Toda a movimentação de medicamentos no almoxarifado da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Curitiba é realizada através de Sistema de Gestão Pública. Através deste sistema há controle da entrada de medicamentos no almoxarifado (NF, empresa, empenho, lote, validade, quantidade), armazenamento (inventário) e da distribuição (número do recibo de entrega, local de entrega, data, lote e validade do medicamento, quantidade de saída).

g. Distribuição de medicamentos a usuários

O município de Curitiba está dividido em 10 Distritos Sanitários sendo que cada um deles conta com profissionais farmacêuticos que supervisionam a distribuição de medicamentos nas Unidades de Saúde.

A distribuição de medicamentos nas Unidades de Saúde obedece a critérios com vistas a garantir o uso racional de medicamentos. Para tanto, são levados em conta os protocolos de tratamento estabelecidos pela Instituição. A distribuição de medicamentos a usuários na SMS de Curitiba é controlada através de sistema informatizado (e-Saude - Prontuário Eletrônico), somente mediante prescrição.

19.2. ATENÇÃO FARMACÊUTICA (Cuidados farmacêuticos)

Podemos compreender a Atenção Farmacêutica (Cuidado Farmacêutico) na abrangência:

- Educação em Saúde –ações de educação permanente para as equipes de saúde e usuários
- Promoção da Saúde – atividades de promoção da saúde de caráter geral

Uso racional de medicamentos – atividades técnico-pedagógicas vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde) e atividades clínico-assistenciais que correspondem às funções do farmacêutico diretamente vinculadas ao usuário. (OPAS, 2013).

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos.

Operacionaliza-se por meio da clínica farmacêutica, com a finalidade de se obter resultados concretos de segurança e efetividade do tratamento. (BRASIL, 2015)

O serviço de Atenção Farmacêutica é disponibilizado no município de Curitiba através de consultas clínicas individuais ou coletivas, realizadas pelos farmacêuticos dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde assim como o matriciamento das equipes da Atenção Básica.

19.3. FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

a. Componente Básico da Assistência Farmacêutica

A Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, (28/09/2017), o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - União: R$ 5,58 (cinco reais e cinquenta e oito centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

b. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

A Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Art. 3º desta portaria, os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- **Grupo 1:** medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no

âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013).

- **Grupo 2:** medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- **Grupo 3:** medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

c. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Este componente disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

Os medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS), sendo distribuídos aos estados e Distrito Federal. Cabem a esses o recebimento, armazenamento e a distribuição aos municípios.

20. CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

O serviço de teleatendimento integra a rede municipal de saúde e possui interface com a atenção primária, atenção especializada, serviços de urgência e emergência e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A Central de Teleatendimento foi estruturada na Secretaria Municipal da Saúde no início da pandemia, em 2020, para dar resposta à grande demanda por atendimento nos serviços de saúde. A central passou a recepcionar queixas de residentes em Curitiba que apresentavam sintomas respiratórios, esclarecendo suas dúvidas, monitorando e realizando encaminhamentos, se necessário, em tempo oportuno. A implantação deste serviço melhorou a resolutividade da assistência e contribuiu para o controle da pandemia.

A equipe da Central de Teleatendimento é composta por profissionais da saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Novas funcionalidades foram incorporadas como: atendimento médico por videoconsulta, orientações gerais sobre serviços de saúde, agendamento de exames, atualização de cadastro no sistema e-saúde, entre outras.

21. APLICATIVO SAÚDE JÁ

Em março de 2017 foi lançada a primeira versão do aplicativo “Saúde Já Curitiba”, disponibilizado a todos os curitibanos por meio de uma plataforma WEB e de download nas lojas de aplicativos dos sistemas Android e iOS. A partir da integração existente entre o aplicativo e o E-saúde as informações de cadastros de usuários e agendas são geradas.

A implantação da primeira versão do aplicativo permitiu aos curitibanos realizar o agendamento do primeiro atendimento de enfermagem e odontológico nas US do município sem a necessidade de comparecimento presencial, de forma simples, rápida e de qualquer lugar. Facilitando o acesso, proporcionando comodidade e segurança aos cidadãos.

Com o passar do tempo, novas funcionalidades foram incorporadas, consolidando o aplicativo como ferramenta integradora entre o cidadão e o Sistema Único de Saúde. Como exemplo:

- Função “Meu Pré-Natal” que fornece às gestantes informações sobre todas as fases de desenvolvimento do feto, galeria de imagens, respostas a dúvidas frequentes e calculadora de contrações, que avisa qual é o momento correto de ir para a maternidade na hora do parto;
- Orientações de Urgências, trata de como proceder em caso de acidente de trânsito com vítimas e diante de urgências clínicas e odontológicas, violência sexual e contato com HIV;
- Possibilidade de confirmação de consultas reservadas especializadas e exames onde após a confirmação o sistema emite a guia com o código de transação e mantém salvo no aplicativo, para que no dia da consulta seja apresentada no local da consulta.
- Avaliação do atendimento realizado na Unidade de Saúde ou na rede de prestadores de serviço

- Envio de mensagens informativas, a respeito dos Programas de Saúde e das ações disponíveis nas Unidades de Saúde.
- Carteira de vacinação virtual que conta com todo histórico de vacinas realizadas na Rede Municipal de Saúde.

A utilização do Aplicativo não é obrigatória, porém existe uma boa adesão do cidadão curitibano a esta nova ferramenta.

22. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar n° 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem mediante transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação

dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Curitiba vem cumprindo o disposto conforme Tabela 25.

Tabela 25. Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde Curitiba, 2010 – 2020.

ANO	Percentual Aplicado em Saúde
2010	16,43%
2011	17,12%
2012	17,98%
2013	20,48%
2014	20,46%
2015	21,20%
2016	21,17%
2017	20,40%
2018	21,89%
2019	21,84%
2020	20,11%

FONTE: PMC/ SMF - Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO

Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados, de acordo com a Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020, nos seguintes Blocos de Financiamento: Bloco de Estruturação e Bloco de Manutenção.

A realização de uma gestão orçamentário-financeira do SUS é necessária para a integração das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual de Saúde.

23. FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (FEAS)

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS) é um órgão de administração indireta, de personalidade jurídica de direito privado, que executa e desenvolve ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seu marco legal encontra-se na Lei 13.663/2010, que dispõe sobre sua criação e amplia seu escopo de atuação pela Lei municipal 15.507/2019. É uma entidade com

autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio (das entidades privadas sem fins lucrativos de beneficência social).

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS) foi criada na perspectiva da inovação e evolução nos processos de gestão do SUS Curitiba. As atividades são executadas conforme estabelece um contrato de gestão com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo definidas pelo Conselho Curador e fiscalizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. O contrato de gestão possibilita o monitoramento constante de indicadores que avaliam as metas, os custos, a aplicação dos recursos e o nível de satisfação dos usuários.

A FEAS gerencia integralmente o Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns (HIZA), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Centro Médico Comunitário Bairro Novo (CMCBN), 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Tatuquara, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), 140 leitos do Hospital Vitória e a Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP) Irmã Dulce. Também atua mediante gestão compartilhada na Rede de Urgência e Emergência (RUE), 07 UPA, Complexo Regulador, SAMU (192) e Laboratório Municipal, bem como no fornecimento de recursos humanos da área médica na Atenção Primária à Saúde (APS).

24. CONTROLE INTERNO

O Controle Interno tem função no âmbito da Administração direta e indireta de assessoramento, com finalidade de implementar, manter, monitorar, avaliar e revisar os atos internos da gestão.

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

A Secretaria Municipal da Saúde conta com uma equipe de servidores, designados por Portaria, para atuarem nesta função.

25. CONTROLE SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS) foi criado a partir da lei municipal nº 7631, de 25 de abril de 1991 (alterada pela lei 10.179/01 e 11.464/05). É um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo.

O decreto municipal 582/2021 efetiva a composição do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba Gestão 2020/2023 composta por 36 membros titulares e 46 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde.

A descentralização da gestão em Curitiba é uma realidade através dos 10 Distritos Sanitários com perfil epidemiológico próprio, com planejamento dos serviços adaptados às suas comunidades. O Controle Social acompanha esta descentralização através dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde, que são regulamentados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Ordinariamente estes conselhos têm reuniões mensais ou bimensais, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento dos problemas de saúde das comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde. A partir da 13ª Conferência, em 2015, ficou definido que as conferências de Saúde serão realizadas a cada quatro anos.

As conferências Municipais de Saúde demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS.

Do ano de 1991 a 2019 foram realizadas 14 Conferências Municipais de Saúde descritas na Tabela 26.

Tabela 26. Série histórica de Conferências de Saúde em Curitiba – 1991 a 2019.

Conferência	Data	Tema
1ª Conferência Municipal de Saúde	*6 a 8 de setembro de 1991*	Diretrizes da Política Municipal da Saúde de Curitiba
2ª Conferência Municipal de Saúde	8 a 10 de outubro de 1993	Em defesa do Sistema Único de Saúde
3ª Conferência Municipal de Saúde	25 a 27 de agosto de 1995	Qualidade de Vida e Saúde
4ª Conferência Municipal de Saúde	22 a 24 de agosto de 1997	Sistema Único de Saúde (SUS) – Saúde Pública com Qualidade
5ª Conferência Municipal de Saúde	24 a 26 de setembro de 1999	SUS no III Milênio – Em Defesa da Vida
6ª Conferência Municipal de Saúde	21 a 23 de setembro de 2001	Implantação do Sistema Integrado de Saúde em Curitiba

7ª Conferência Municipal de Saúde	12 a 14 de setembro de 2003	15 anos do SUS Curitiba: Conquistas, Avanços e Desafios
8ª Conferência Municipal de Saúde	26 a 28 de agosto de 2005	A participação popular na construção de um Viver Saudável
9ª Conferência Municipal de Saúde	31 de agosto a 2 de setembro de 2007	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento
10ª Conferência Municipal de Saúde	25 a 27 de setembro de 2009	Rede de Cuidados: 20 anos do SUS Curitiba
11ª Conferência Municipal de Saúde	22 a 24 de julho de 2011	SUS - Patrimônio do povo brasileiro. Controle Social em Curitiba - 20 anos de construção
12ª Conferência Municipal de Saúde	22 a 24 de novembro de 2013	A construção da gestão compartilhada no SUS de Curitiba
13ª Conferência Municipal de Saúde	10 a 12 de julho de 2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas
14ª Conferência Municipal de Saúde	05 a 06 de outubro de 2019	Atenção à Saúde em Curitiba e os desafios para o futuro

FONTE: CMS

A 14ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2019, com o tema “Atenção à Saúde em Curitiba e os desafios para o futuro”, resultou em 169 propostas aprovadas, que nortearam a composição deste Plano Municipal de Saúde (ANEXO II).

Atualmente o CMS possui 07 Comissões Temáticas que têm por finalidade propor e acompanhar medidas que permitam implementar a Política de Saúde no município. São responsáveis por emitir pareceres e sugerir encaminhamentos respaldados em estudos específicos, atendendo as demandas.

A Secretaria Executiva foi estruturada em abril de 1995, composta por uma equipe formada por técnicos e apoio administrativo, organiza demandas administrativas do CMS e de suas respectivas comissões (documentos, jornal do CMS, agenda e divulgação das ações, entre outras).

26. **PLANO DE GOVERNO** (GESTÃO 2021-2024)

PROGRAMA: VIVA CURITIBA SAUDÁVEL

O Programa Viva Curitiba Saudável tem como objetivo aperfeiçoar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde curitibano integrando tecnologia e humanização na atenção à saúde, permitindo melhoria no cuidado e nos indicadores de saúde da população.

Impactada pelas recentes adaptações necessárias para fazer frente à disseminação pandêmica da Covid-19, a busca pela ampliação, qualificação e modernização dos serviços públicos de saúde está desdobrada em produtos e serviços direcionados a integrar a tecnologia ao atendimento humanizado na Saúde de Curitiba: conectividade, inteligência e base de dados aplicados para o benefício da população.

Prontuários eletrônicos, vídeo consultas e tele atendimento enfileiram-se junto a novas iniciativas para Atendimento Especializado e Vigilância em Saúde marcando a evolução dos serviços em toda a sua amplitude.

O indicador de monitoramento do Programa é a Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas) /100.000 habitantes, que possibilita o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção, no controle e nos fatores de risco na população adulta e idosa do município. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam alta carga de mortalidade no mundo e no Brasil.

A meta anual estabelecida é manter a taxa abaixo de 300 óbitos, por 100.000 habitantes na população de 30 a 69 anos. O acumulado do período até novembro apresentou taxa de 224,3/100.000 habitantes, os dados são preliminares sujeitos a atualizações no sistema.

- PROJETO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Elaborar o Plano de ampliação do acesso dos usuários na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando as áreas vulneráveis e o crescimento populacional e com projeção das necessidades de novas estruturas e/ou ampliação das existentes.

  Produto 1: Plano de ampliação ao acesso à APS elaborado.

  Produto 2: Programa remédio em casa.

- PROJETO 2 - CENTRAL 4.1: Ampliar as modalidades da prestação de serviços de saúde com a integração de tecnologias a serviço da vida: conectividade, inteligência artificial e base de dados aplicados para o benefício da saúde da população curitibana.

  Produto 1: Prontuário eletrônico e-saúde e aplicativo saúde já com novas funcionalidades.

  Produto 2: Videoconsulta e teleatendimento.

- PROJETO 3 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR: Aprimorar a atenção à saúde especializada ambulatorial e hospitalar.
  Produto 1: Centro de atenção ao paciente com condição crônica.
  Produto 2: Sistema de hospital dia para pequenos procedimentos cirúrgicos eletivos.

- PROJETO 4 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Aprimorar as ações de vigilância em saúde com suporte da tecnologia voltado à atenção no risco sanitário e educação sanitária.
  Produto 1: Ações de vigilância com foco no risco
  Produto 2: Novas tecnologias incorporadas nos processos de vigilância em saúde

27. DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - 2022 A 2025

Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde
Diretriz 2. Atenção Especializada, Hospitalar e Urgência e Emergência.
Diretriz 3. Redes de Atenção Prioritária (Atenção Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência, Saúde do Idoso).
Diretriz 4. Vigilância em Saúde - vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, zoonoses e saúde do trabalhador.
Diretriz 5. Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde.
Diretriz 6. Participação da Sociedade e Controle Social.
Diretriz 7. Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde.
Diretriz 8. Enfrentamento à situação de emergência em saúde pública em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus.

Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde.
Objetivo: Atender a população em todos os ciclos de vida, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde com cuidado adequado, no tempo, lugar e na qualidade necessária a cada situação.

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
1.1.1 Elaborar o Plano Diretor da Atenção	Plano elaborado.	Plano elaborado.	0 (2020)	-	01	-	-

Primária à Saúde, considerando as áreas vulneráveis e o crescimento populacional, com projeção das necessidades de novas estruturas e/ou ampliação das existentes.							
1.1.2 Implantar a *Central 4.1* ampliando as modalidades da prestação de serviços de saúde com a integração de tecnologias a serviço da vida: conectividade, inteligência artificial e base de dados aplicados para o benefício da saúde da população curitibana, promovendo a eficiência dos serviços de saúde e sustentabilidade financeira.	Número de novas modalidades de prestação de serviços implantadas na Central Saúde 4.1.	Implantar 12* novas modalidades de prestação de serviços de saúde.	0 (2020)	01	03	04	O4
1.1.3 Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família.	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de	75% dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família	79,83 (2º sem 2020)	75%	75%	75%	75%

	saúde de inscritos no Programa Bolsa Família.	acompanhados.					
1.1.4 Ampliar o percentual de Unidades Básicas de Saúde com o Programa de controle do Tabagismo.	Percentual de Unidade de Saúde com o Programa de controle do Tabagismo /ano.	80% das Unidades Básicas de Saúde com o Programa implantado.	63% (2020)	63%	63%	75%	80%
1.1.5 Ampliar o percentual de Unidades Básicas de Saúde com práticas integrativas e complementares.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde que realizam atividades de práticas integrativas e complemen- tares/ano.	80% das Unidades Básicas de Saúde com práticas integrativas e complementa-res.	71% (2020)	71%	71%	80%	80%
1.1.6 Manter equipes multiprofissionais em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com	Equipes multiprofissionais em todas as Unidades de Saúde	Equipes multiprofissio-nais da APS mantidas.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

indicadores de saúde da APS.	da APS mantidas.						

(*)

1. Implantação da funcionalidade de resultado de exames no Aplicativo Saúde Já.
2. Integração do agendamento via e-saúde entre Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade de Saúde (US).
3. Integração da Central de Teleatendimento 3350-9000 com 192 e Telepsico.
4. Adequações no sistema e-saúde para emissão de atestados, prescrições e registro de atendimento não presencial.
5. Implantação da funcionalidade de direcionamento do atendimento Aplicativo Saúde Já.
6. Implantação da funcionalidade de receituário online no Aplicativo Saúde Já.
7. Implantação de protocolo de queixas e condutas para o teleatendimento.
8. Incorporação de novas tecnologias para atendimento de Urgência e Emergência incluindo videoconsulta e/ou teleatendimento.
9. Emissão de atestados, prescrições integradas ao sistema de prontuário, demandas administrativas de forma não presencial.
10. Incorporação de novas tecnologias para atendimento a grupos com problemas de saúde mental incluindo videoconsulta e/ou teleatendimento.
11. Incorporação de novas tecnologias para acompanhamento de portadores de condições crônicas (hipertensão, diabetes, outras condições de saúde), incluindo videoconsulta e/ou teleatendimento.
12. Implantação de telemedicina nos ambulatórios de especialidades.

Diretriz 2. Atenção Especializada, Hospitalar e Urgência e Emergência.

Objetivo: Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência com a participação dos pontos de Atenção à Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências vigentes;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
2.1.1. Realizar ações de educação em saúde para a população usuária do sistema de saúde, do sistema municipal de ensino, bem como a população em geral, sobre	Divulgar e/ou realizar eventos em mídias digitais, equipamentos de saúde,	Divulgação de materiais de comunicação.	0 (2020)	01	01	01	01

o adequado uso da Rede de Urgência e Emergência do município.	espaços do controle social, escolas municipais (PSE) ou ainda em locais público, informações sobre o correto uso da Rede de Urgência e Emergência.						
2.1.2. Elaborar estudo para implantação de um Centro de Apoio à Decisão Clínica, incluindo avaliação de óbitos, como forma de induzir políticas públicas preventivas.	Estudo elaborado.	Estudo elaborado.	0 (2020)	01	0	0	0
2.1.3. Elaborar e implementar Protocolos de atendimentos às urgências nas US.	Protocolos de atendimentos implantados.	5 Protocolos implantados.	0 (2020)	01	01	02	01
2.1.4. Auditar e avaliar o tempo de decisão clínica dos atendimentos de Urgência e Emergência nas Portas de Entradas Hospitalares, nas linhas de cuidados prioritárias.	Auditar por amostragem os atendimentos de urgência do IAM e do AVC e outras linhas de cuidado conforme a	Auditoria e avaliação do tempo de decisão clínica dos atendimentos de Urgência e Emergência nas Portas de Entradas	01 (2020)	03	03	03	03

	necessidade do gestor, nos hospitais da Rede SUS que integram a Rede de Urgência e Emergência – RUE.	Hospitalares, nas linhas de cuidados prioritárias.					
2.1.5. Realizar a instrução e o acompanhamento dos processos de habilitação de serviços no SUS.	Percentual de processos instruídos.	100% dos processos demandados instruídos e encaminhados.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
2.1.6. Monitorar a ocupação dos leitos de UTI habilitados no SUS Curitiba.	Percentual de Hospitais monitorados que disponibilizaram leitos de UTI para o SUS/Curitiba.	100% dos hospitais monitorados.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
2.1.7. Implantar o sistema de hospital dia para agilizar pequenas cirurgias, procedimentos cirúrgicos eletivos e procedimentos terapêuticos.	Sistema de hospital dia implantado.	Sistema implantado.	0	-	01	-	-
2.1.8. Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para realização de referência e contra-referência e transferência do cuidado, através da	Percentual de serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência	100% dos serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e	73% (2020)	80%	80%	90%	100%

implantação de fluxo de comunicação entre a atenção primária e especializada.	e contra-referência implantado/ ano.	contra-referência implantado.					

Diretriz 3. Redes de Atenção Prioritárias (Atenção Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência, Saúde do Idoso).

Objetivo: Aprimorar as Redes de Atenção Prioritárias visando cuidado integrado em rede, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
3.1.1. Manter a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida garantindo o cuidado no pré-natal, parto e puerpério e a todas as crianças nos primeiros 2 anos de vida.	Rede Mãe Curitibana Vale a Vida mantida.	Rede Mãe Curitibana Vale a Vida mantida.	01 (2020)	01	01	01	01
3.1.2. Intensificar a coleta de preventivo de Câncer de colo uterino nas mulheres curitibanas cadastradas nas Unidades de Saúde, de 25 anos a 64 anos.	Razão entre exames citopatológicos de colo de útero realizados em mulheres de 25 anos a 64 anos e população feminina da mesma faixa etária.	Atingir a razão de exame citopatológicos em 0,17 ao ano da população alvo.	0,17 (2020)	0,17	0,17	0,17	0,17
3.1.3. Intensificar a realização de mamografia	Razão entre exames de	Atingir a razão de	0,15 (2020)	0,15	0,15	0,15	0,15

de rastreamento bienal nas mulheres curitibanas de 50 anos a 69 anos cadastradas nas Unidades de Saúde.	mamografias realizados nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária.	mamografias realizadas em 0,15 ao ano da população alvo.					
3.1.4. Manter a Rede de Saúde Mental.	Rede de Saúde Mental mantida.	Rede de Saúde Mental mantida.	01 (2020)	01	01	01	01
3.1.5. Ampliar e manter a quantidade de CAPS operando na modalidade tipo III.	Nº de CAPS operando na modalidade tipo III.	10 CAPS operando na modalidade tipo III.	07 (2020)	08	09	10	10
3.1.6. Estruturar atendimento de acolhimento infanto-juvenil vinculada a um CAPSi.	Atendimento de acolhimento infanto-juvenil estruturado.	Atendimento de acolhimento infanto-juvenil estruturado.	0 (2020)	0	01	01	01
3.1.7. Implantar e manter o modelo territorial em 100% dos CAPS adultos.	Nº CAPS adultos redimensionados no modelo territorial.	10 CAPS adultos territoriais.	08 (2020)	09	10	10	10
3.1.8. Manter nas Unidades de Saúde a detecção precoce de riscos para	Percentual de Unidades de Saúde	100% Unidades de Saúde com detecção	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

desenvolvimento infantil, incluindo os Transtornos do Espectro Autista.	que realizam detecção precoce de riscos para desenvolvimento infantil, incluindo os Transtornos do Espectro Autista.	precoce realizada.					
3.1.9. Manter a atenção à Pessoa com Deficiência nas diversas redes de atenção.	Manter a atenção à Pessoa com Deficiência nas diversas redes de atenção.	100% das redes implantadas abordando a atenção à Pessoa com Deficiência.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
3.1.10. Elaborar documentos orientativos para o cuidado às condições crônicas (cadernetas, protocolos, fluxogramas, outros).	Número de documentos orientativos para o cuidado às condições crônicas elaborados.	3 documentos elaborados.	0 (2020)	0	01	01	01
3.1.11. Manter a Rede de Atenção à pessoa idosa.	Rede de Atenção da pessoa idosa mantida.	Rede de Atenção da pessoa idosa mantida.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

3.1.12. Manter a Rede de Atenção à Saúde Bucal com ênfase aos grupos prioritários.	Rede de Atenção à Saúde Bucal mantida.	Rede de Atenção à Saúde Bucal mantida.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
3.1.13. Intensificar a realização do pré-natal odontológico.	Percentual de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60% das gestantes com ao menos 1 consulta odontológica durante a gestação.	40% (2020)	60%	60%	60%	60%
3.1.14. Manutenção da oferta das especialidades odontológicas, incluindo a prótese total	Número de especialidades odontológicas ofertadas, incluindo a prótese total.	10 especialidades odontológicas ofertadas, incluindo a prótese total.	10 (2020)	10	10	10	10

Diretriz 4. Vigilância em Saúde: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental (Curitiba sem Mosquito), zoonoses e saúde do trabalhador.

Objetivo: Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
4.1.1. Realizar dois LIRAa (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*) ao ano.	Número de LIRAa (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*) realizados ao ano.	8 LIRAa (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*) realizados.	02 (2019)	02	02	02	02

4.1.2. Realizar ações de controle do vetor *Aedes aegypti* para manter a infestação menor que 1%.	Percentual de infestação do *Aedes aegypti* no município.	Infestação menor que 1%.	< 1% (2020)	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%
4.1.3. Implantar e manter a avaliação de projetos arquitetônicos on-line.	Avaliação de projetos arquitetônicos on-line implantado.	Avaliação de projetos arquitetônicos on-line implantado.	0 (2020)	0	0	01	01
4.1.4. Realizar as inspeções conforme pactuado na Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVS).	Percentual de inspeções realizadas.	100% de inspeções realizadas conforme meta pactuada na PAVS.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.5. Encaminhar ao Laboratório Central do Estado (LACEN) as amostras biológicas dos animais que apresentem sintomatologia suspeita para a raiva animal no município.	Percentual de amostras encaminhadas.	100% das amostras encaminhadas.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.6. Realizar atividades da vigilância ambiental nas áreas consideradas de risco para a transmissão de leptospirose.	Número de atividades realizadas/ ano.	8 atividades realizadas.	02 (2020)	02	02	02	02
4.1.7. Realizar ações de vigilância de roedores nas áreas de maior risco à leptospirose.	Percentual de ações realizadas de acordo com a demanda.	100% da demanda.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

4.1.8. Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano conforme a Diretriz Nacional do Programa de Vigilância da Água de Consumo Humano - VIGIAGUA.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	90% das amostras preconizadas no plano amostral mínimo da Diretriz Nacional.	90% (2020)	90%	90%	90%	90%
4.1.9. Realizar inspeções sanitárias anuais nas Estações de Tratamento de Água (ETA).	Percentual de inspeções realizadas.	Inspeções em 100% das Estações de Tratamento de Água.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.10. Investigar os agravos notificados referentes à saúde do trabalhador.	Percentual de agravos notificados e investigados.	100% dos acidentes graves investigados.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.11. Classificar recém-nascidos com fatores de risco de morbimortalidade, através da análise das Declarações de Nascidos Vivos.	Percentual de recém nascidos com risco classificados.	100% dos nascidos vivos classificados de acordo com fatores de risco.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.12. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Percentual de registro de óbitos com causa básica definida.	95% dos registros dos óbitos com causa básica definida.	95% (2020)	95%	95%	95%	95%

4.1.13. Realizar vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil.	Percentual dos óbitos investigados e analisados.	90% dos óbitos Investigados e analisados.	90% (2020)	90%	90%	90%	90%
4.1.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	90 % de contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase investigados.	96,3% (2019)	90%	90%	90%	90%
4.1.15. Analisar os casos de violência, suspeitos e ou confirmados de pessoas atendidas nos serviços de saúde, nas escolas municipais e estaduais e centros de educação infantil, nos serviços da Fundação de Ação Social (FAS) e hospitais de referência.	Percentual de casos analisados.	100% dos casos de violência analisados.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
4.1.16. Cobertura vacinal preconizada conforme Calendário Nacional de Saúde para crianças menores de 2 anos, pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3º dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal	Proporção de vacinas selecionadas do calendário Nacional de Vacinas para crianças menores que 2 anos – pentavalente (3ª dose),	% de cobertura das doses preconizadas para crianças menores de 2 anos, conforme pactuado pelo	75% (2019)	75%	75%	75%	75%

preconizada conforme pactuado pelo Ministério da Saúde.	pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3º dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.	Ministério da Saúde.					
4.1.17. Realizar o monitoramento do estado nutricional dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde.	Número de relatórios elaborados/ ano.	8 relatórios elaborados.	02 (2020)	02	02	02	02
4.1.18. Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito.	Percentual de análise dos acidentes de trânsito com óbito.	90% dos acidentes de trânsito com óbito analisados.	93,9% (2020)	90%	90%	90%	90%
4.1.19. Manter ações contínuas de prevenção as DST/HIV/AIDS principalmente junto a jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, HSH, travestis e transexuais, utilizando novas estratégias de comunicação.	Ações de prevenção as DST/HIV/AIDS mantidas.	Ações de prevenção as DST/HIV/AIDS mantidas.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

Diretriz 5. Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde.

Objetivo: Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde visando preparar o profissional para atuação qualificada e humanizada na assistência em saúde aos cidadãos, em consonância com a missão, visão e valores da Secretaria Municipal da Saúde;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
5.1.1. Estruturar na SMS equipe de suporte para acolhimento e ações de promoção do cuidado aos profissionais da rede municipal de saúde.	Equipe estruturada.	Equipe estruturada.	0 (2020)	01	01	01	01
5.1.2. Manter processo de Avaliação Funcional dos Profissionais da Rede Municipal de Saúde.	Processo de Avaliação Funcional mantido.	1 Processo de Avaliação Funcional mantido.	01 (2020)	01	01	01	01
5.1.3. Manter ações de Educação Permanente em todos os Distritos Sanitários.	Ações de Educação Permanente realizada em todos os Distritos Sanitários.	1 ação de educação permanente realizada em cada DS no ano.	0 (2020)	10	10	10	10
5.1.4. Realizar concurso público para diversas categorias profissionais da SMS, para reposição dos déficits.	Concurso público realizado.	Concurso público realizado.	0 (2020)	0	01	0	0

Diretriz 6. Participação da Sociedade e Controle Social.

Objetivo: Ampliar e qualificar a participação da sociedade na construção da política de saúde;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025

6.1.1. Manter a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), através da sua Secretaria Executiva (01 Secretária executiva, 01 jornalista, 01 administrativo, 02 profissionais para acompanhar as comissões temáticas e 02 estagiários).	Manter a estrutura do CMS.	Manter a estrutura do CMS.	01 (2020)	01	01	01	01
6.1.2. Acompanhar e facilitar a execução da rubrica orçamentária específica para o Conselho Municipal de Saúde - CMS dentro do orçamento geral da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	Execução orçamentária da rubrica específica do CMS acompanhada e facilitada.	Acompanhar anualmente a execução orçamentária da rubrica específica do CMS.	01 (2020)	01	01	01	01
6.1.3. Investir na formação dos conselheiros de saúde (Local, Distrital e Municipal) com a construção e implementação de cronograma de educação permanente voltado a este público.	Cronograma anual de formação dos conselheiros de saúde construído e implementado sendo apreciado no relatório quadrimestral.	Cronograma anual de formação dos conselheiros de saúde construído e implementado	0 (2020)	01	01	01	01
6.1.4. Garantir e apoiar a participação dos Conselheiros de Saúde em atividades que	Apoio realizado	100% de Apoio realizado de acordo com	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

estejam relacionadas ao Controle Social promovidas por Conselhos de Saúde (Local, Distrital, Municipal, Estadual e Nacional) e outras entidades que contribuam para formação e exercício das funções de conselheiro.		disponibilidade financeira,					
6.1.5. Apoiar a realização das Conferências de Saúde.	% de realização das Conferências de Saúde.	100% das Conferências de Saúde realizadas.	100% (2019)	-	100%	-	-
6.1.6. Publicar material de comunicação do Conselho Municipal de Saúde utilizando novos recursos de mídias sociais e internet.	Materiais de comunicação publicados (6 edições de jornal por ano, Boletim Informativo, outros).	10 materiais publicados por ano. (6 edições de jornal por ano + 4 outras publicações)	9 (2020)	10	10	10	10
6.1.7. Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todos os equipamentos municipais de saúde do SUS-Curitiba.	Percentual de Equipamentos Municipais de Saúde com caixas de sugestões mantidas.	Manter caixas de sugestões, críticas e elogios em 100% dos equipamentos municipais de saúde do SUS-Curitiba.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
6.1.8. Manutenção do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho	Apoio ao funcionamento dos conselhos mantidos	Apoio realizado.	01 (2020)	01	01	01	01

Local de Saúde (CLS) e Conselho Distrital, apoiando as comissões para conseguirem criar um CLS onde ainda não existe.							

Diretriz 7 Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde.

Objetivo - Estabelecer ações para que os projetos assistenciais desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde sejam viáveis e estejam em consonância à realidade orçamentária e financeira, objetivando que os resultados destas ações sejam eficiente, efetivo e oportuno;

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025
7.1.1. Monitorar os custos de cada ponto de atenção apresentando os resultados ao Conselho Municipal de Saúde.	Percentual de equipamentos com os custos monitorados/ ano.	100% dos equipamentos com monitoramento dos custos.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
7.1.2. Adequar o Portal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS melhorando o acesso as informações atualizadas e vigentes de fluxos e processos, de interesse do cidadão, conselheiro, prestador e servidores.	Portal da SMS atualizado conforme demanda.	Portal da SMS atualizado conforme demanda.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%
7.1.3. Manter atualizada a Farmácia Curitibana no que diz respeito a medicamentos, prescrição, fluxos e distribuição com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência	Manter a Farmácia Curitibana atualizada.	Farmácia Curitibana atualizada.	100% (2020)	100%	100%	100%	100%

e otimização dos recursos.							
7.1.4. Monitorar o contrato de gestão da Fundação Estatal de Atenção à Saúde – FEAS.	Número de relatórios de prestação de contas apresentado.	12 relatórios de prestação de contas da FEAS apresentada ao Conselho Municipal de Saúde.	12 (2020)	03	03	03	03
7.1.5. Implantar o programa Remédio em Casa.	Programa implantado.	Programa Implantado.	0 (2020)	0	0	01	0
7.1.6. Elaborar estudo sobre diferentes estratégias de gestão: Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba – FEAS, Organização Social de Saúde, Parceria Público Privada, com a finalidade de aperfeiçoar a prestação de serviços com conhecimento do CMS.	Estudo elaborado.	Estudo elaborado.	0 (2020)	0	01	0	0

Diretriz 8 Enfrentamento à situação de emergência em saúde pública em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus.

Objetivo: Estabelecer respostas coordenadas no âmbito do Município de Curitiba, mantendo consonância com as definições dos níveis de gestão estadual e federal, adotando medidas para reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do novo Coronavírus (COVID-19);

Ações	Indicador	Meta 2022 - 2025	V0	Meta Anual			
				2022	2023	2024	2025

8.1.1. Operacionalizar o Plano de Contingência para resposta às emergências em saúde pública do município contra COVID-19.	Plano de Contingência para resposta às emergências em saúde pública do município contra COVID-19 mantido.	1 Plano de Contingência para resposta às emergências em saúde pública do município contra COVID-19 mantido.	01 (2020)	01	01	-	-
8.1.2. Operacionalizar o plano de vacinação contra a COVID-19.	Plano de Vacinação contra a COVID-19 operacionalizado.	Plano de Vacinação contra a COVID-19 operacionalizado.	01 (2020)	01	01	-	-
8.1.3. Manter atualizado no sítio eletrônico da SMS conjunto de informações e materiais técnicos relativos à COVID-19.	Informações e materiais técnicos relativos à COVID-19 desenvolvidos e disponibilizados.	Informações e materiais técnicos relativos à COVID-19 desenvolvidos e disponibilizados.	01 (2020)	01	01	01	01

28. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas. Estas ações visam o seu acompanhamento para tomada de decisões e busca do alcance pleno das metas acordadas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) será operacionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e acompanhada através de relatórios apresentados

quadrimestralmente junto a Câmara Municipal de Curitiba em Audiência Pública e ao Conselho Municipal de Saúde e conforme o artigo 36, da Lei Complementar nº 141/12.

Será também sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme previsto no Art. 4º, da Portaria 2.135/2013 que é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) no ano.

No início de cada ano, será apresentada para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) para o exercício com as alterações que a Gestão considerar pertinentes.

29. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. IBGE. **Censo Demográfico 2010. Cidades** Disponível em URL: < https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em 15 de agosto 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 28 de dezembro 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Federal 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, 2011.

_____. Ministério da saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** – CNES. Acesso setembro 2021.

_____. Planalto**. Lei Complementar 141 03 de janeiro 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a

saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021** Curitiba, 2014. In URL: < http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/planos/plano_001.pdf. Acesso em 15 agosto 2021.

LIMA, C. A. **Região Metropolitana de Curitiba - desafios socioambientais e de gestão rumo do desenvolvimento sustentável**· Disponível em www.cau.ufpr.br/laurb/arquivos/artigos, Acesso em agosto 2021.

PARANÁ.IPARDES. **Cadernos Municipais, 2017.** Disponível em URL: http://www.ipardes.gov.br/. Acesso em setembro 2021

CONSOLIDAÇÃO DE DADOS DE OFERTA, DEMANDA, SISTEMA VIÁRIO E ZONEAMENTO RELATÓRIO 2014- IPPUC INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA 2017. Acesso em setembro 2021.

INVESTCURITIBA - projeção/ IPPUC - InfoCuritiba/ IBGE - Censo DemoGráfico 2010. Acesso em setembro 2021.

30. ANEXOS

- ANEXO I - Resolução Nº 21, de abril 2021.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE CURITIBA
Rua Francisco Torres, nº 830 – Edifício Laucas – Mezanino
Centro – CEP 80.060-130 – Curitiba/PR
Fone: (41) 3350-9349 – (41) 3350-9365

Resolução nº 21, de abril de 2021.

Aprova o Plano Municipal de Saúde – Gestão 2022/2025, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba – Gestão 2020/2023, em sua 367ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de abril de 2021, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº 7.631 de 17 de abril de 1991, e suas alterações posteriores; e

Considerando as diretrizes e princípios para a consolidação do Sistema Único de Saúde, art. 196 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e controle social;

Considerando que o Plano Municipal de Saúde – Gestão 2022/2025 contempla as diretrizes aprovadas na 14ª Conferencia Municipal de Saúde, realizada em outubro de 2019;

Considerando perfunctória apresentação ao plenário, com enfoque no esclarecimento dos pontos dúbios;

Resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Municipal de Saúde – Gestão 2022/2025, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, conforme anexo I.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 16 de março de 2021.

Adilson Alves Tremura
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba

Homologo a Resolução nº 21/2021 – CMS – nos termos do Art. 1º, § 2º da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Márcia Cecília Huçulak
Secretária Municipal da Saúde de Curitiba

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

CONSELHO - AVISO DE PUBLICAÇÃO Nº 15

Torna pública a Resolução n.º 21, do Conselho Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde torna pública a Resolução do Conselho Municipal de Saúde. O Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, no uso de suas atribuições legais, especificamente o contido na Lei Municipal n.º 7.631 de 17 de abril de 1991, com suas alterações posteriormente, e na Resolução n.º 453 do Conselho Nacional de Saúde, neste ato representado pelo senhor Adilson Alves Tremura, eleito na 1ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde – Gestão 2020/2023, realizada em 11/12/2019,

RESOLVE:

Publicar a Resolução n.º 21/2021, do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, conforme anexo.

Secretaria Municipal da Saúde, 16 de abril de 2021.

Márcia Cecília Huçulak - Secretária Municipal da Saúde

- ANEXO II – Propostas aprovadas na 14ª Conferência Municipal de Saúde.

PROPOSTAS APROVADAS - 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As 169 propostas aprovadas durante a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba serão apresentadas por subtemas:

I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Propostas
1. Fortalecer, ampliar e garantir a sustentabilidade das ações e serviços na Atenção Primária à Saúde – APS, mediante as equipes de saúde, equipes de saúde bucal - eSB e equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.
2. Reforçar que as eSB, bem como as equipes de Consultório na Rua - eCR, são fundamentais para a garantia de todo o cuidado em saúde bucal, juntamente com a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família - ESF.
3. Manter e intensificar as ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias bucais mais prevalentes, em consonância com a epidemiologia.
4. Restabelecer o número de equipes de saúde da família, saúde bucal, NASF e consultório na Rua - CR, no Município de Curitiba/PR.
5. Fortalecer a APS do município de Curitiba com base na elaboração do Plano Diretor da APS, em parceria com Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC, com definição de diretrizes e critérios de investimentos, considerando Índice de Vulnerabilidade das áreas de abrangência da Atenção Básica - IVAB, parâmetros populacionais, crescimento urbano, parâmetro de composição de equipes de saúde, incluindo NASF.
6. Promover ações de educação permanente para as equipes da APS, incluindo NASF, para melhorar a qualidade, resolutividade e humanização do atendimento, garantindo no mínimo 40 horas/ano por servidor.
7. Implantar o elenco de ações e serviços da APS em todas as Unidades Básicas de Saúde - UNIDADE DE SAÚDE de modo a garantir uma padronização nas atividades desenvolvidas,

com a definição das atribuições dos profissionais na atenção à saúde dos usuários, com representantes das categorias profissionais na sua elaboração.
8. Fortalecer as ações da Rede Mãe Curitibana, qualificando a atenção ao pré-natal, parto e puerpério com vistas a humanização no atendimento e diminuição da morbimortalidade materno-infantil (com ênfase nas boas práticas de atenção ao parto, respeitando a autonomia das mães no acompanhamento nesse processo) promovendo as ações de aleitamento materno e alimentação saudável de acordo com as diretrizes da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil - EAAB do Ministério da Saúde - MS.
9. Fortalecer as equipes da APS revendo os processos de trabalho, redimensionando o Recursos Humanos - RH, capacitando os profissionais para garantir a coordenação do cuidado e autocuidado dos usuários nas Redes de Atenção (Mãe Curitibana, Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Condições Crônicas).
10. Implementar e qualificar a rede de saúde mental para maior capacidade de atendimento na APS e Atenção Especializada.
11. Sensibilizar e capacitar os profissionais da rede para as práticas contidas no Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e implantar grupos como forma de promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e enfrentamento de fatores prejudiciais à saúde como tabagismo, etilismo, ansiedade, obesidade e sedentarismo, nos equipamentos de saúde com ampla divulgação para toda comunidade.
12. Criar estratégias para o fortalecimento do autocuidado, resgatando e reafirmando a corresponsabilidade do usuário nos processos saúde-doença, respeitando os ciclos de vida.
13. Manter os programas de tratamento ao tabagismo e ampliar ações de prevenção e combate ao uso do tabaco e outras drogas com envolvimento de toda a sociedade, com ênfase na redução de danos.
14. Garantir e ampliar a utilização do implante contraceptivo subdérmico no planejamento familiar para mulheres em situação de vulnerabilidade, de acordo com critérios estabelecidos pela Mãe Curitibana.
15. Realizar parcerias institucionais (Fundação de Ação Social - FAS, instituições educacionais, Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Juventude - SMELJ) nos territórios para ações de divulgação na comunidade sobre a importância de manter o calendário vacinal em dia, reforçando os ciclos de vida, prevenção da gravidez na adolescência, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST e Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV.

16. Fortalecer as ações, de prevenção, promoção e atenção à saúde com adolescentes, observando as especificidades de cada população.
17. Capacitar as equipes da APS no cuidado dos usuários vítimas de violência doméstica, de gênero e lgbtfóbicas.
18. Planejar as ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento das patologias mais prevalentes em consonância com os dados epidemiológicos de cada território.
19. Capacitar profissionais da atenção primária no acolhimento e atendimento humanizado a todas as populações, em especial com a população LGBT.
20. Qualificar ações na atenção primária para atingir a meta 90/90/90 (testagem/tratamento/carga viral indetectável) na população conforme critérios preconizados pela Organização das Nações Unidas - ONU.

II – CONDIÇÕES CRÔNICAS

21. Intensificar ações em saúde relativas a cada uma das fases do ciclo de vida (gestantes, bebê, criança, adolescente, adulto, idoso).
22. Aprimorar as funcionalidades já existentes e implantar novas funcionalidades no Aplicativo Saúde Já proporcionando maiores possibilidades de apoio ao cuidado em saúde do cidadão curitibano.
23. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa com ações de promoção de saúde e rastreamento de vulnerabilidade para fragilidade, orientando os fluxos de atendimento nos vários pontos de atenção da rede e as atribuições de cada ponto de atenção objetivando o restabelecimento e/ou manutenção da capacidade funcional.
24. Fortalecer o atendimento especializado com equipe multiprofissional nos Ambulatórios de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e promover a interface deste ambulatório com os outros pontos de atenção.
25. Articular ações e capacitar equipes e famílias para as práticas de cuidados paliativos, que garantam a dignidade na finitude da vida.
26. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Mental com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação nos diferentes pontos de atenção.
27. Articular ações intersetoriais para o enfrentamento às situações de autolesão, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (cigarro, narguilé, álcool, drogas, etc.), envolvendo as famílias nas abordagens.

28. Fortalecer e qualificar o modelo de atenção psicossocial territorial nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.
29. Intensificar as ações da linha de cuidado de atenção aos acumuladores compulsivos
30. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.
31. Realizar campanhas educativas com foco na prevenção de cárie dental na infância.
32. Reduzir tempo de espera para especialidades com a qualificação dos encaminhamentos da APS, fortalecimento e ampliação da telerregulação e ampliação de oferta de especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e apoiando a APS para receber as contra referências.
33. Fortalecer estratégias de cuidados transversais para as pessoas em situação de rua envolvendo todas ações da SMS e articulando com as políticas afins.
34. Implementar a linha de cuidado do autismo, realizando rastreamento na APS, orientando fluxos de encaminhamentos para atenção especializada com equipes multiprofissionais para atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, bem como capacitar profissionais da APS para o atendimento a este público e seus familiares.
35. Fortalecer as ações voltadas à Pessoa com Deficiência - PcD, abordando promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na acessibilidade, qualificação dos profissionais e ampliação do fornecimento de Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção – OPMAL.
36. Capacitar 100% das equipes de saúde da Atenção Primária para adoção de técnicas para o autocuidado apoiado aos usuários com condições crônicas.
37. Mapear as pessoas com deficiência em condições crônicas (acamadas, restritas ao ambiente domiciliar), para que recebam acompanhamento sistemático pela atenção primária.
38. Intensificar/fortalecer ações intersetoriais, com programas de educação em saúde para pessoas idosas e seus familiares, bem como famílias em situação de vulnerabilidade com parcerias público/privadas.
39. Designar o Hospital do Idoso Zilda Arns - HIZA como referência para atendimento prioritário para idosos.
40. Fortalecer ações e programas que promovam a intersetorialidade a partir do diálogo dos diversos atores da sociedade, no cuidado da saúde mental e demais condições crônicas.

41. Criar grupos, com equipe multiprofissional, voltados ao tema obesidade, em horários, que possam ser abrangidos maior número de usuários e familiares.
42. Buscar parceria com as escolas, comunidades, SMELJ, para promoção do estilo de vida mais ativo e Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional - SMSAN para manutenção de hortas comunitárias, bem como para realização de oficinas de culinária, visando o reaproveitamento de alimentos e alimentação saudável.
43. Implantar e/ou ampliar a hortoterapia (incluindo plantas medicinais) em parceria com a SMSAN e outros parceiros da comunidade, na área de abrangência das Unidades de Saúde - US.
44. Criar mecanismos de responsabilização dos usuários faltosos às consultas de especialidades que não comunicarem no prazo suas ausências aos compromissos assumidos, sem ferir direitos adquiridos garantidos pelos princípios e diretrizes do SUS.
45. Aumento do número de profissionais de Educação Física e Nutricionistas na SMS para atendimento amplo na promoção e prevenção em saúde fortalecendo os programas da Linha do Cuidado do Sobrepeso e Obesidade e Escute Seu Coração, que impactam diretamente nas condições crônicas.
46. Implementar ações de conscientização junto à população com a coordenação dos Conselhos Locais de Saúde referente à importância de comparecerem às consultas ou avisar com antecedência caso falte para diminuir o absenteísmo e a consequente demora nas filas. Fortalecer e padronizar ações de promoção e prevenção às doenças crônicas nos grupos já existentes com disponibilidade de recursos materiais e insumos. 100%.
47. Implementar linhas de cuidado e capacitação das equipes voltado à população LGBTI+.

III – PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO

48. Manter e ampliar o fornecimento de prótese dental total aos cidadãos curitibanos.
49. Passar a fornecer prótese dental parcial removível aos cidadãos curitibanos.
50. Manter e melhorar os recursos materiais e infraestrutura das clínicas odontológicas nas US de Curitiba, respeitando a ergonomia, ética e ambiência, respeitando a legislação vigente, necessários às ações de saúde bucal na SMS.
51. Ampliar o acesso à radiologia periapical e panorâmica em consonância com a demanda.
52. Implantar o serviço de ortodontia preventiva nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.

53. Implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba, potencializando as ações do Comitê Intersetorial de Promoção da Saúde em consonância com a agenda 2030, que trata do Desenvolvimento Sustentável.
54. Implementar medidas que previnam a iniciação do consumo do tabaco, com ações intersetoriais envolvendo a educação, esporte e lazer, cultura, dentre outras.
55. Intensificar ações que promovam ambientes livres do tabaco e derivados.
56. Ampliar oferta de tratamento para as pessoas que querem parar de fumar com criação de grupos de abordagem intensiva, diversificação de horários.
57. Intensificar ações para a manutenção da capacidade funcional do cidadão pelo maior tempo possível, mediante ações que promovam o fortalecimento da capacidade física e mental.
58. Estimular a convivência intergeracional com ações intersetoriais de educação para o envelhecimento, com estudantes de nível básico, médio e superior e comunidade em geral.
59. Capacitar familiares e pessoas da comunidade para o cuidado da pessoa idosa.
60. Fortalecer ações educativas preventivas no âmbito das Unidades Municipais de Saúde - UMS, Centros Municipais de Educação Infantil - CMEI e escolas, com foco na saúde bucal, priorizando a escovação e alimentação saudável, em parceria intersetorial.
61. Ampliar o desenvolvimento de ações pelas equipes de APS para adoção de hábitos saudáveis com ênfase no controle do tabagismo (cigarro, cigarro eletrônico e narguilé), álcool e outras drogas, estímulo à prática de atividade física, alimentação saudável, controle de estresse, cultura da paz, educação para o trânsito, entre outros, fortalecendo o trabalho intersetorial. Não esquecendo do descarte adequado dos resíduos produzidos pelo tabaco e da divulgação dos grupos de apoio da UMS e comunidade.
62. Implementar ações de estímulo à Segurança Alimentar e Nutricional e de Controle do Sobrepeso e Obesidade, com implantação dos marcadores de consumo alimentar no prontuário eletrônico e com ênfase no trabalho intersetorial.
63. Implementar ações de estímulo à prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, resgatando a Rede de Apoio à Amamentação em parceria com Hospitais, Maternidade e UMS.
64. Fortalecer e ampliar as estratégias para implementação e desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares - PICS na APS.
65. Disponibilizar profissionais de saúde e materiais educativos para realização de ações educativas em saúde, nos grupos existentes nas comunidades.

66. Fortalecer e padronizar as ações de prevenção e promoção à saúde, nos grupos já existentes, com disponibilidade de recursos materiais e insumos, para realização das atividades coletivas, incentivando multiplicadores de educação em saúde na comunidade.
67. Buscar parcerias com igrejas, famílias, Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, Organizações Não Governamentais - ONG, SMELJ, Conselhos Tutelares para implementar ações conjuntas que previnam o consumo e abuso do álcool (narguilé, álcool e drogas) para todas as faixas etárias e com ampla divulgação dos grupos de atividade física. E ampliar número de mutirões, em horários alternados, com exames, palestras, atividades físicas, incentivo à criação de hortas orgânicas e oficinas de alimentação saudável.
68. Programar ações orientativas em saúde, para todas as fases dos ciclos de vida, em especial aos grupos de comportamentos de risco, por meio de campanhas publicitárias com os temas: prevenção de IST (HIV, Sífilis, HPV, etc.), doenças crônicas (diabetes, hipertensão, obesidade, etc.) e prevenção ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, garantindo ampla divulgação nos meios de comunicação (canais de TV, rádios, mídias sociais institucionais), em salas de espera das US, ônibus, escolas, clubes, comércios, associações, entidades, bares, etc., com vídeos apartidários e banners sem ônus ao setor público.
69. Incentivar o voluntariado e o trabalho intersetorial, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde.
70. Ampliar parcerias intersetoriais como a SMSAN, para trazer cursos para melhorar o conhecimento no preparo de hortas domiciliares e utilização do aproveitamento integral dos alimentos, e parceria com a Urbanização de Curitiba S/A - URBS para transportes, para os grupos de condições crônicas, como os de atividades físicas entre outros, em parques, praças ao ar livre e, assim, melhorar a qualidade de vida de todos.
71. Trabalhar junto às escolas e comunidade os riscos à saúde e sequelas provocadas pelo alto consumo de açúcar, sal e gordura, bem como divulgar as ações de prevenção realizadas pela SMS, também utilizando a tecnologia do aplicativo Saúde Já.
72. Fortalecer programas da SMS, conforme protocolo de linha de cuidados da obesidade, assegurando o atendimento multiprofissional na atenção primária, com foco na atenção nutricional, promoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física para melhoria da qualidade de vida.

73. Estabelecer parcerias com centros formadores (Universidades, Escolas, Instituições Religiosas, ONG, Secretarias, US, Conselhos da comunidade/família), para capacitar e instrumentalizar profissionais de saúde, assim como adolescentes e comunidade em geral, para serem multiplicadores de saúde.
74. Criar grupos de pais e filhos com parceria dos profissionais de saúde, em especial NASF, Conselho Tutelar**,** Secretaria Municipal da Educação - SME e dos equipamentos do território (igrejas, associações) para intensificar junto aos familiares todas as questões de saúde, desenvolvimento da criança e adolescentes, por meio da escuta qualificada, campanhas educativas referentes à sexualidade, drogadição, aliadas a valores básicos, respeitando as características das famílias e suas diversidades .
75. Estimular e capacitar família em todas áreas sociais (escolas, igrejas, grupos de jovens, equipamentos da saúde e da assistência social) para realização de atividades de promoção à saúde, focadas no tema gravidez na adolescência, prevenção do uso de drogas, autoestima, protagonismo juvenil, responsabilidades e preconceitos, através de grupos orientativos em horários alternativos junto à comunidade.
76. Fortalecer parcerias entre a SMS, SME, FAS, igrejas, comércio local, prestadores de serviço para trabalho direcionado aos pré-adolescentes e adolescentes, com ações intersetoriais para promoção da autoestima, prevenção da gravidez na adolescência, de prevenção de doenças e do uso de substâncias psicoativas, de maneira dinâmica através de oficinas, rodas de conversa, atividades em grupo e ações de educação em saúde e prevenção.
77. Promover palestras nos grupos de atividade física dos idosos da UMS com o tema prevenção de quedas e solicitar à SMS o incremento dos materiais utilizados nas aulas.
78. Realizar campanhas de conscientização junto à população, em relação aos cuidados com a pessoa idosa, tais como: prevenção de quedas no domicílio, em vias públicas e nos meios de transporte público. Cuidados com alimentação, uso correto e racional e supervisão da tomada de medicamentos pelos cuidadores.
79. Realização de consultas e oficinas de saúde voltadas aos idosos, familiares e cuidadores, realizando avaliações funcionais dos idosos, instrumentalizando o cuidado e fortalecendo o apoio familiar.
80. Sistematizar os grupos de promoção de qualidade de vida baseados na metodologia de autocuidado apoiado e trabalhar promoção e prevenção da saúde, com as diretrizes do Programa Saúde na Escola - PSE, nas escolas municipais e estaduais para estudantes,

seus familiares e profissionais da escola, formando parcerias para este crescimento, através de igrejas, associações e projetos existentes na comunidade.
81. Promover a realização e divulgação de ações intersetoriais, envolvendo setores governamentais e não governamentais, com foco na prevenção e promoção à saúde mental da população (Portal do Futuro, Centro de Valorização da Vida - CVV, Escolas, Creches, FAS, Igrejas, Entidades e espaços da comunidade).
82. Divulgar nos equipamentos da Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC (escolas, ônibus, armazém da família, etc.) como funcionam os serviços de saúde mental para tratamentos de transtornos mentais e uso de álcool e drogas; para ampliar o conhecimento da população e melhorar o acesso ao serviço.
83. Implantar e ou implementar programa de prevenção e tratamento do uso e abuso de substâncias psicoativas, capacitando o RH das UMS.
84. Implantar ações de prevenção ao suicídio com ênfase na população adolescente, sensibilizando aos profissionais da APS quanto a identificação de sinais e sintomas de risco à vida.
85. Promover ações de promoção da saúde aos cuidadores de idosos com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.
86. Promover ações de conscientização sobre a importância do autocuidado para entendimento do cidadão das suas responsabilidades nos cuidados com a saúde por meio da adoção de hábitos saudáveis de vida.

IV – TECNOLOGIAS PARA INOVAÇÃO NA GESTÃO

87. Adotar estratégias de gerenciamento de serviços de saúde, por meio de parcerias órgãos Governamentais e não Governamentais que proporcionem agilidade e eficiência na prestação de serviços.
88. Fortalecer mecanismos de fiscalização, monitoramento e avaliação dos contratos administrativos e de gestão com acompanhamento do Controle Social.
89. Garantir a utilização dos mecanismos que visam proporcionar transparência mediante disponibilização das informações em ambientes públicos.
90. Investir no aperfeiçoamento do Aplicativo Saúde Já Curitiba com a participação de comissões multiprofissionais, visando novas funcionalidades que beneficiem a população.

91. Utilizar recursos de Inteligência Artificial no Sistema e-Saúde para estabelecer alertas para o profissional de saúde em quesitos de segurança e qualidade dos atendimentos em todos os níveis de atenção da SMS.
92. Utilizar evidências científicas e protocolos validados para apoiar a implementação de Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC, como telessaúde.
93. Ampliar o uso de aplicativos da PMC (Curitiba APP, Saúde Já, 156) Portal da Internet e Redes Sociais do Município para reforçar atividades de educação ambiental (coleta seletiva, descarte de resíduos, abandono de animais etc.) educação em saúde, para a melhoria da saúde e qualidade de vida da comunidade.
94. Fazer campanhas permanentes para que os usuários atualizem os cadastros, acompanhem seus agendamentos, confirmando ou cancelando as consultas e exames com antecedência, para evitar desperdício de recursos, com divulgação em massa pelas mídias sociais (TV do ônibus, facebook e outros) incentivando a utilização do aplicativo Saúde Já.
95. Equipar todas as US do Município de Curitiba - com tecnologia adequada para divulgar as ações das UMS para os trabalhadores e o público em geral por meios digitais.
96. Trazer informações à comunidade quanto à rede de prevenção à violência através da divulgação em mídias sociais, site da SMS, nas UMS, Hospitais, nos ônibus e aplicativo Saúde Já.
97. Solicitar à SMS a ampliação da divulgação nas mídias sociais sobre medidas de prevenção de IST em todas as faixas etárias, com ênfase na terceira idade. Inserir materiais informativos sobre o assunto no Aplicativo Saúde Já Curitiba.
98. Ampliar a divulgação de materiais institucionais do aplicativo Saúde Já nas salas de espera das US e de todos os equipamentos da PMC e outras mídias.
99. Implantar no aplicativo Saúde Já a função de avisar o usuário com antecedência que sua medicação de uso contínuo está no final e deverá comparecer à sua unidade de referência.
100. Implantar as seguintes informações no aplicativo Saúde Já: (i) ofertas de dicas e orientações de saúde como os serviços oferecidos pelas US; (ii) prevenções sobre arboviroses; (iii) mensagens de alertas com temáticas voltadas aos cuidados com a saúde; (iv) informações e alertas sobre proliferação do Aedes Aegypti; (v) informações sobre o Programa de Cessação do Tabagismo, com datas de grupos e endereços das UMS que realizam os grupos para ampliar a divulgação e adesão ao tratamento; (vi) informações referentes aos cuidados de saúde e autocuidado; (vii) adicionar lembretes para que sejam

levados os resultados de exames para os atendimentos na US; (viii) alertas para situações de risco em saúde (enchentes, focos da dengue, vetores); (ix) informações sobre prevenção de suicídio e feminicídio; (x) incluir a lista de medicamentos disponíveis na farmácia curitibana e (xi) alerta informando o quantitativo do absenteísmo mensal nas consultas e exames, sensibilizando o usuário.
101. Possibilitar a visualização do Cartão Nacional do SUS pelo aplicativo Saúde Já e atualização dos dados do usuário, principalmente os telefones, dos cadastros definitivos e oportunizar as consultas agendadas pelo aplicativo Saúde Já somente para usuários com cadastro definitivo na US.
102. Incluir no aplicativo Saúde Já informações específicas e direcionadas aos adolescentes com uso de linguagem lúdica e própria à faixa etária, visando o autocuidado e facilitando o agendamento para um atendimento acolhedor.
103. Implantar o ponto eletrônico com biometria em equipamentos da SMS visando a otimização de RH.
104. Monitorar o quadro de funcionários(as) nos serviços, garantindo a reposição nos casos de aposentadoria conforme legislação vigente. Entendendo que este planejamento além de prerrogativa da gestão é fundamental para a excelência da prestação de serviço.
105. Criar mecanismo ou funcionalidade para divulgação de dados sobre a violência contra crianças, mulheres e idosos, no âmbito do atendimento primário, para melhoria e confiabilidade dos dados sobre violência doméstica, integrado aos demais órgãos de interesse no ambiente municipal, estadual e federal como uma nova política pública em saúde. Para tentar conscientizar e diminuir os índices de violência doméstica e encorajar as denúncias.

V – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

106. Desenvolver ações de capacitação e integração entre as equipes de APS e de Vigilância em Saúde - VeS da SMS.
107. Investigar os casos de notificação de agravos à saúde de forma integrada entre as vigilâncias, atenção primária e demais serviços de saúde, de fatores que possam trazer riscos à saúde coletiva.
108. Manter e aprimorar a identificação e notificação das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, provenientes de atendimentos nos estabelecimentos de saúde.

109. Qualificar os profissionais dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHE para identificar os casos de agravos relacionados ao trabalho, garantindo assim os direitos à saúde do trabalhador.
110. Desenvolver ações para alcançar com mais eficiência a participação e adesão da população no combate ao Aedes aegypti, conscientizando o cidadão sobre o seu papel neste processo, identificando e instrumentalizando líderes locais, multiplicadores de ações preventivas para geração e descarte adequado do lixo, evitando vetores de doenças.
111. Manter a cooperação permanente entre universidades e serviços de saúde para o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao interesse à saúde da população, bem como outros parceiros com vistas a produzir informações qualificadas e monitorar fatores de risco para a saúde, tais como: acidentes de trânsito, violência interpessoal e auto provocada, poluição ambiental, entre outros.
112. Intensificar e fortalecer a capacidade da VeS em dar respostas rápidas a emergências epidemiológicas.
113. Intensificar as ações de abordagem para o enfrentamento das doenças transmissíveis, com ênfase na sífilis, hepatites virais e HIV/AIDS para grupos vulneráveis e para a população em geral, fortalecendo as parcerias com os movimentos sociais.
114. Intensificar as ações de mobilização da sociedade para a importância da imunização para proteção da população em geral.
115. Fortalecer as ações de fiscalização da Lei Anti-fumo que restringe o uso de tabaco em ambientes coletivos.
116. Fortalecer as ações de prevenção e redução do uso abusivo de álcool, derivados ou não do tabaco e outras substâncias psicoativas entre o público de jovens, adolescentes, adultos e idosos, visando a redução de doenças não transmissíveis (neoplasias, doenças cardiovasculares), acidentes, violências e doenças transmissíveis (HIV/AIDS, Sífilis e outras ISTs) incentivando também o uso de preservativos.
117. Incrementar ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, que inclui o monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade específica.
118. Intensificar a orientação à população em parceria com os CLS, SMS, SME, Secretaria Municipal de Meio Ambiente - SMMA, SMELJ, entre outras, para a conscientização em manter terrenos, imóveis e leito dos rios limpos, sem acúmulos de materiais que possam propiciar a proliferação de vetores (ratos, baratas, mosquito Aedes aegypti), divulgando

inclusive os serviços de coleta de resíduos da PMC, contribuindo para a sua correta destinação e melhorando a saúde do coletivo.
119. Reforçar a notificação e investigação dos acidentes graves e fatais relacionados ao trabalho e em crianças e adolescentes, conforme portaria 204/2016.
120. Recomendar à Secretaria Municipal de Recursos Humanos - SMRH quanto à necessidade de concurso público de profissionais de VeS dos distritos.
121. Fortalecer o monitoramento do esquema vacinal dos trabalhadores da saúde, visando diminuir a transmissão de doenças imunopreviníveis durante o atendimento aos usuários.
122. Disponibilizar os dados referente a sífilis, hepatites virais e HIV/Aids com mapeamento específico por povos, etnias, orientação sexual e identidade de gênero.
123. Intensificar o encaminhamento para a saúde ocupacional dos profissionais da PMC identificados com possíveis necessidades de diagnóstico e tratamento na área de saúde mental.
124. Efetivar a implementação da política nacional de saúde do trabalhador, fortalecendo as ações de atenção à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, promoção e proteção.
125. Desenvolver ações de VeS do trabalhador nos distritos considerando os ramos de atividade prioritários, de acordo com o perfil produtivo, para garantir as ações de saúde do trabalhador, tendo como apoio técnico o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Curitiba.
126. Intensificar o monitoramento das notificações compulsórias de agravos relacionados à saúde do trabalhador, conforme Portaria/GM nº 1271/2014 e Portaria/GM nº 1984/2014 e segundo nota técnica nº 001/2014 CEST/SVS/SESA/PR, nos hospitais contratualizados e unidades sentinelas e seus respectivos contratos, atendendo a necessidade de padronizar os procedimentos normativos e digitar as fichas de investigação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
127. Assegurar equipe técnica na VeS para priorizar as investigações dos acidentes de trabalho graves e fatais, atendendo a legislação vigente, após o recebimento da notificação do agravo.
128. Divulgar o perfil dos acidentes de trabalho e adoecimento pelo trabalho contendo as seguintes variáveis: ocupação dos trabalhadores, Classificação Internacional de Doenças - CID de causa, CID lesão, Ramo de Atividade, sexo, idade, evolução, bem como as fontes notificadoras.

129. Realizar anualmente o Seminário de Saúde do Trabalhador com o objetivo de discutir o adoecimento e mortes no trabalho e traçar estratégias de redução dos acidentes de trabalho.
130. Elaborar um plano de VeS do trabalhador a partir do perfil de adoecimentos e mortes decorrente do trabalho e realizar as inspeções nos ambientes de trabalho com os sindicatos dos trabalhadores, conforme orienta a instrução normativa de VeS do trabalhador do MS.
131. Implementar ações para prevenção de acidentes com materiais biológicos e orientações para evitar o descarte inadequado, reforçando o correto manejo de caixa de material perfuro-cortante.
132. Implantar sede do CEREST com equipe multidisciplinar, com garantia de referência e contra referência com APS, e garantir os repasses financeiros destinados ao CEREST, conforme estabelecido na Portaria.
133. Acompanhar o processo de reestruturação do sistema de informação e- Saúde, de forma interligada com os demais sistemas, para garantir e facilitar o registro das ações de saúde do trabalhador, fluxo de referência e contra referência.
134. Executar ações de sensibilização para as equipes de trabalhadores e gestão, em relação ao atendimento à população LGBTI no âmbito da Saúde Integral e Atenção Primária.

VI – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

135. Reafirmar e intensificar as ações e programas em promoção à saúde e de prevenção aos agravos, diminuindo assim a incidência de situações de urgências e emergências e com participação social.
136. Manter e ampliar as ações em educação permanente aos profissionais da rede municipal da saúde, incluindo ações intersetoriais**.**
137. Padronizar ações e processos de modo a qualificar o acesso e reordenar as relações entre as portas de entrada na Rede de Urgência e Emergência.
138. Reafirmar a política de regulação de acesso e intensificar suas ações.
139. Fortalecer e ampliar as Linhas de Cuidados existentes de modo a organizar o acesso nas situações de urgências / emergências.
140. Ampliar e implementar as ações de monitoramento da Rede de Urgência e Emergência, baseando-se em indicadores qualitativos.
141. Fortalecer as ações de integração da Rede de Urgência e Emergência com a maior participação dos demais atores regionais.

142. Adequar o atendimento odontológico de urgência nas Unidade de Pronto Atendimento - UPA conforme estudo da demanda.
143. Manter o horário de atendimento odontológico nas UPA, passando a cobrir os finais de semana por 24hs em duas UPAS, sendo uma na Zona Sul e outra na Zona Norte, conforme estudo de demanda populacional.
144. Divulgar nos equipamentos públicos de saúde a informação para os usuários sobre a existência de ofertas de serviços odontológicos de urgência existentes nas UPA de Curitiba.
145. Implementar e tornar público o monitoramento da frequência dos médicos terceirizados das UPA.
146. Promover ações de integração entre profissionais da UPA e da Rede Hospitalar referenciada.
147. Capacitar as equipes que realizam o acolhimento e acesso nas UPA respeitando a política de humanização do SUS já existente.
148. Repor a força de trabalho na rede municipal da saúde utilizando todos os modelos legais de contratação.
149. Cuidado a saúde mental dos trabalhadores que atuam nos espaços de urgência.
150. Sugerir a saúde ocupacional a implementação de um programa de humanização para o trabalhador da área da saúde.

VII – PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E FINANCIAMENTO

151. Manutenção do funcionamento do CMS, CLS, CDS, apoiando as Comissões para que consigam criar um CLS onde ainda não existe.
152. Estabelecer novas formas de comunicação para fomentar a participação da sociedade considerando novos recursos disponíveis de mídias sociais e internet.
153. Investir em ações que promovam a eficiência dos serviços de saúde e sua sustentabilidade financeira bem como atuar nas esferas estadual e federal com vistas a garantir o financiamento adequado às necessidades da manutenção e ampliação do SUS.
154. Aprimorar o modelo assistencial enfatizando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e no autocuidado.
155. Investir em diferentes estratégias de gestão, Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba - FEAS, Organização Social, Parceria Público Privada, com a finalidade de aperfeiçoar a prestação dos serviços, com avaliações sistemáticas proporcionando padrões de comparabilidade, com aprovação do CMS.

156. Fazer amplo uso de Protocolos Assistenciais e linhas de cuidado, fundamentados em evidências científicas, para padronização dos recursos e processos com ampla participação das respectivas áreas envolvidas.
157. Incentivar e fomentar os jovens para participar do controle social da saúde nas Escolas e Grêmios Estudantis.
158. Implementar, em parceria com as entidades públicas, privadas e associações da sociedade civil, melhorias na estrutura dos bairros para a utilização das academias ao ar livre, quadras de esporte, espaços viáveis, Parque Lago Azul com horário estendido, verificando a necessidade de novos espaços.
159. Implantar um ambulatório multidisciplinar em todas as regionais que tiverem necessidade.
160. Aumentar a oferta para prótese total ampliando na Atenção Primária o número de profissionais capacitados e realizar estudo de viabilidade de inclusão da oferta de prótese odontológica parcial removível.
161. Sugerir possibilidade de intensificar o monitoramento pela empresa de segurança nas US e instalação de câmeras de vigilância nas US.
162. Solicitar que seja feito um planejamento sobre a segurança nos equipamentos de saúde propondo estratégias para cada necessidade identificada e implementar ações intersetoriais, como parcerias com a Secretaria Municipal de Defesa Social (Guarda Municipal) visando a vigilância preventiva e ostensiva nas UMS.
163. Intensificar a conscientização do usuário por meio de material de comunicação social em: salas de espera na US, nas reuniões de Conselhos, nas Associações, nos Locais Regionais, nos estabelecimentos educacionais.
164. Ampliar o efetivo financiamento do SUS a partir do repasse de verbas federal e estadual a nível municipal, para suprir as necessidades locais, já que é o município que realiza as ações de atendimento à população e está arcando com a maior parcela orçamentária. No que diz respeito aos recursos federais inclusive os advindos ao município de Curitiba da cessão onerosa dos campos de petróleo do pré-sal destinado que seja aplicado 50% na infraestrutura da saúde pública.
165. Propor a revogação da Emenda Constitucional 95 as instâncias competentes.
166. Ampliar, redimensionar e/ou repor o quadro de RH de APS e demais serviços, conforme a necessidade de cada US, de acordo com indicadores (IVAB, usuários do SUS, perfil epidemiológico) para melhoria, controle e prevenção das doenças crônicas por meio de

programas, considerando o crescimento populacional da região e a necessidade de qualificação do quadro funcional por meio da educação permanente.
167. Dotar as US de insumos, mobiliários e equipamentos em quantidade adequada para o perfeito funcionamento.
168. Estabelecer diretrizes para a APS constituindo critérios para a ampliação da rede municipal de saúde, baseado em critérios sócio demoGráficos e perfil epidemiológico, de forma a construir um mapa de reformas, ampliação, reconstrução e construção de novas US.
169. Reivindicar para aplicação no mínimo 50% dos recursos financeiros provenientes da cessão onerosa do Pré-Sal destinado ao Município de Curitiba na melhoria da infraestrutura de Saúde Pública (SUS).