

**ELIANA LEAL FERREIRA**

**A ECONOMIA DA SAÚDE E A DENGUE NO PARANÁ (2000-2007)**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial à conclusão do curso de Ciências Econômicas, Setor de Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Luiz Alberto Esteves

**CURITIBA  
2010**

## TERMO DE APROVAÇÃO

**ELIANA LEAL FERREIRA**

### **A ECONOMIA DA SAÚDE E A DENGUE NO PARANÁ (2000-2007)**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Econômicas, pela Universidade Federal do Paraná, Departamento de Ciências Sociais Aplicadas.

Banca examinadora:



---

Orientador: Luiz Alberto Esteves



---

Professor: Demian Castro



---

Professor: Fabio Scatolin

**CURITIBA**

**2010**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	05
<b>2. DEMANDA POR LEITOS DE UTI TIPO III NO ESTADO DO PARANÁ</b> .....	08
2.1. OBSERVAÇÕES LEGAIS SOBRE AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA TIPO III .....	08
2.2. QUADRO SINTÉTICO DAS DOENÇAS NO ESTADO DO PARANÁ .....	10
2.3. A DENGUE NO PARANÁ .....	11
<b>3. OFERTA DE LEITOS DE UTI TIPO III NO ESTADO DO PARANÁ</b> .....	16
3.1. UTI TIPO III QUANTITATIVAMENTE .....	16
3.2. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ .....	18
3.3. MAPEAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ .....	21
<b>4. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE</b> .....	24
4.1. APRESENTAÇÃO DO PNS .....	24
<b>5. GASTOS COM PUBLICIDADE</b> .....	28
5.1. EPIDEMIA DE DENGUE .....	28
5.2. RECURSOS FINANCEIROS DO GOVERNO FEDERAL: Gestão 2008-2010 .	30
5.3. TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA 2009 .....	30
<b>6. ANÁLISE DOS MAPAS</b> .....	32
6.1. ANÁLISE DO MAPEAMENTO DA DENGUE NO PARANÁ .....	32
6.1.1. Divisão do Estado do Paraná por mesorregiões .....	32
6.1.2. Divisão do Estado do Paraná por microrregiões .....	33
6.1.3. Divisão do Estado do Paraná por regionais de saúde .....	34
6.1.4. Mapa da Dengue 2000 .....	35
6.1.5. Mapa da Dengue 2005 .....	36
6.1.6. Mapa da Dengue 2007 .....	37
6.2. ANÁLISE DO MAPEAMENTO DA UTI TIPO III NO PARANÁ .....	38
6.2.1. Mapa de UTI tipo II no Paraná .....	38
6.2.2. Mapa de UTI tipo III no Paraná .....	39
6.3 O PNS E A DENGUE NO PARANÁ .....	39
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>ANEXO</b> .....	48

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos ocorreram profundas transformações no sistema de saúde pública no Brasil. Uma das mais visíveis foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, a qual propiciou o atendimento gratuito disseminado a todos os cidadãos.

A saúde não é habitualmente analisada, pelos profissionais do setor, como uma atividade econômica, no entanto, esse tipo de análise é fundamental para a compreensão da dinâmica e das tendências dos sistemas de saúde. A análise de agregados econômicos é importante para subsidiar a formulação, implementação, implantação e acompanhamento de políticas setoriais. Ela fornece informações para gestores, pesquisadores e empresários do setor, tais como empregos gerados, tamanho das indústrias de medicamentos, fármacos, materiais e equipamentos médicos e número de estabelecimentos cuja atividade principal é a assistência à saúde.

Dentro desse contexto, analisamos um tema relevante, a Economia da Saúde, verificam-se trabalhos nessa direção, alguns autores como FOLLAND (2008), MARINHO E FAÇANHA (2000, 2002, 2004), e um periódico chamado Economia da Saúde, tratam desse tema.

Observam-se aumentos crescentes dos gastos na saúde, uma vez que temos presente o fator de produção de serviços na saúde, o fator tecnológico evolutivo e a nova geração de medicamentos para tratamento de doenças de alta complexidade e alto custo, é importante ressaltar o papel significativo da economia nesse processo, pois tratam-se de teorias microeconômicas utilizadas como embasamento para desenvolvimento desta análise.

Ao sistematizar essas informações, esse trabalho permite verificar como está estruturado o setor de saúde no Paraná. Para isso o objetivo central desse estudo, foi dividido da seguinte forma:

No primeiro capítulo, no quesito demanda por leito de UTI tipo III no Estado do Paraná, descrevo sobre as normativas legais e o que é uma UTI tipo III, também descrevo sobre a atenção à saúde no Estado do Paraná, bem como a sua organização quanto a Secretaria Estadual de Saúde e Assistência (SESA) e a sua formação, além de, correlacioná-las com a dengue no Paraná.

No segundo capítulo, estruturalmente será colocado sobre a oferta de leitos de UTI tipo III no Estado do Paraná, sua localização e sua estrutura física e financeira.

No quarto e quinto capítulo, são descritas a Política Nacional de Saúde (PNS), seus objetivos, sua orientação, sua estrutura, o seu alcance em relação a cobertura no combate a dengue e os gastos com a publicidade.

Por fim, no capítulo seis, foram realizados mapeamentos da dengue e das UTI's tipo III no Estado do Paraná, e sua avaliação.

A avaliação ocorreu focando os casos de dengue no estado do Paraná em 2002, 2005, e 2007, fazendo a ligação entre o aumento da demanda por leitos de UTI tipo III, associado com a relação da oferta dos leitos de UTI tipo III no Estado.

A seguir ainda, neste estudo foi realizado um levantamento regional e um mapeamento das UTI's tipo III no estado.

E, em relação a Política Nacional de Saúde (PNS), foi avaliado seu desempenho a partir da sua implantação no ano de 2002, objetivando um aporte de recursos maior destinado a saúde, em especial aos momentos críticos como no ano de 2007, onde tivemos um surto de dengue constando mais de 25 mil casos da doença, se o PNS cumpriu com o seu propósito, se foi eficiente, se a relação oferta x demanda de leitos de UTI tipo III alterou, melhorou, enfim, esse estudo permitiu fazer um raio X do Estado do Paraná e nortear para o planejamento das políticas públicas.

Os dados sobre a economia da saúde no Brasil são apresentados na análise dos resultados, sob diferentes perspectivas, sendo aqui abordada a problemática do crescente número de casos de dengue no Paraná, correlacionando isso a oferta x demanda de leitos de UTI tipo III.

O objeto a ser analisado é a problemática da demanda e oferta de leitos de UTI's tipo III no estado do Paraná em relação aos surtos da dengue, se é suficiente ou não, se é eficiente ou não, se as políticas públicas como o PNS (Política Nacional de Saúde), são eficazes, eficientes e em linhas gerais se cumprem as metas.

O desenho das políticas públicas deve orientar-se pelas suas conseqüências sobre a vida das pessoas e da coletividade. A simples lógica macro-econômica de valorização do capital, através do financiamento do

orçamento público, desvinculação de receitas das contribuições sociais e crescente superávit fiscal, sem consideração de seu impacto sobre as condições sociais, culturais e ambientais, não permitirá que construamos uma nação justa, equânime e saudável.

As Considerações finais resumem algumas das principais informações em relação ao número de casos de dengue no Paraná em 2002, 2005, 2007, e a correlação entre a Política Nacional de Saúde e a oferta x demanda de leitos de UTI tipo III no Paraná.

O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública direcionando e gerenciando melhor os recursos, a inclusão social e a redução das desigualdades, por isso a grande relevância de desenvolvimento de estudos econômicos, como a Economia da Saúde, cujo o mesmo ainda se encontra na incubadora.

## **2. DEMANDA POR LEITOS DE UTI TIPO III NO ESTADO DO PARANÁ**

É importante colocarmos de forma simplificada o conceito de demanda, que para a microeconomia, é uma quantidade que deseja adquirir em um bem ou um serviço. Pode ser interpretada também como PROCURA (PINDYCK, 2006).

Exposto essa informação, nessa seção 2.1, será tratado do assunto referente às unidades de terapia intensiva, e explicações técnicas sobre a Dengue no Paraná, traremos as observações, normas e exigências legais do Ministério da Saúde e da Assistência Médica Sanitária do Brasil, em especial, as UTI's tipo III, objeto de estudo desse trabalho, logo trata-se de informações técnicas que não alteram o conteúdo resultante do trabalho, apenas servem de informação ao leitor.

### **2.1 OBSERVAÇÕES LEGAIS SOBRE AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA TIPO III**

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) devem atender as disposições da portaria do Ministério da Saúde/ nº 1.884, de 11 de novembro de 1994, publicado no Diário Oficial nº 237, de 15 de dezembro de 1994, onde as unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutico.

Estas unidades atendem grupos etários específicos: neonatal (0 a 28 dias), pediátrico (28 dias a 14 anos), adultos (a partir de 14 anos), especializada (voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupos específicos de doença). Outro ponto relevante é que todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais.

A saber, as unidades de tratamento intensivo do tipo III devem contar com a equipe básica composta por: 1 médico responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva, 1 médico rotinista com o título de especialista de medicina intensiva para cada dez leitos, 1 médico plantonista para cada 10 pacientes, 1 enfermeiro coordenador da unidade exclusivo, 1 enfermeiro para cada 10 leitos por turno de trabalho, 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno manhã e tarde, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 2 leitos por turno de trabalho, 1 funcionário exclusivo na unidade para limpeza, acesso a cirurgia geral.

Ainda, o hospital deve contar com: laboratório de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia, agência transfusional disponível nas 24 horas do dia, hemogasômetro, ultrassonógrafo, eco-doppler-cardiógrafo, laboratório de microbiologia, terapia renal substitutiva, aparelho de raio-x móvel, serviço de nutrição parenteral e enteral, serviço social, serviço de psicologia e, o hospital deve ter acesso à: estudo hemodinâmico, angiografia seletiva, endoscopia digestiva, fibrobroncoscopia, eletroencefalografia, tomografia axial computadorizada, anatomia patológica, avaliação através do APACHE II<sup>1</sup>.

Os materiais e equipamentos necessários para que uma unidade de terapia intensiva tipo III funcione conforme legislação em vigor: cama de fauler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente, 1 monitor para cada leito com visoscópio, carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraquel, ventilador pulmonar com misturador tipo blender (1 para 2 leitos), devendo metade dos mesmos ser do tipo microprocessado, oxímetro de pulso, bomba de infusão (2 por leito), conjunto de nebulização (1 para cada leito), conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, esfignomanometro, estetoscópio, ambu com máscara, bandeja para procedimentos, monitor de pressão invasiva, marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, eletrocardiógrafo portátil exclusivo na UTI, máscara de Venturi, aspirador portátil, negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio,

---

<sup>1</sup> O índice APACHE II (*Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*) foi revisado e elaborado em 1985 por William A. Knaus, utilizado com frequência nas primeiras 24 horas de internações em unidades de terapia intensiva para avaliar o risco de óbito e prognóstico dos pacientes.

pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito, conjunto CPAP nasal.

Quando relatamos sobre a UTI tipo III é importante também falar sobre a humanização da mesma, que trata de: climatização, iluminação natural, divisória entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos, garantia de visitas diárias dos familiares.

## 2.2. QUADRO SINTÉTICO DAS DOENÇAS NO ESTADO DO PARANÁ

Nessa seção 2.2 e 2.3 é interessante ao leitor para informação no sentido de entendimento das principais doenças do estado, em números totais de incidência, a sua gravidade e em relação à economia da saúde e o que isso representa para o orçamento.

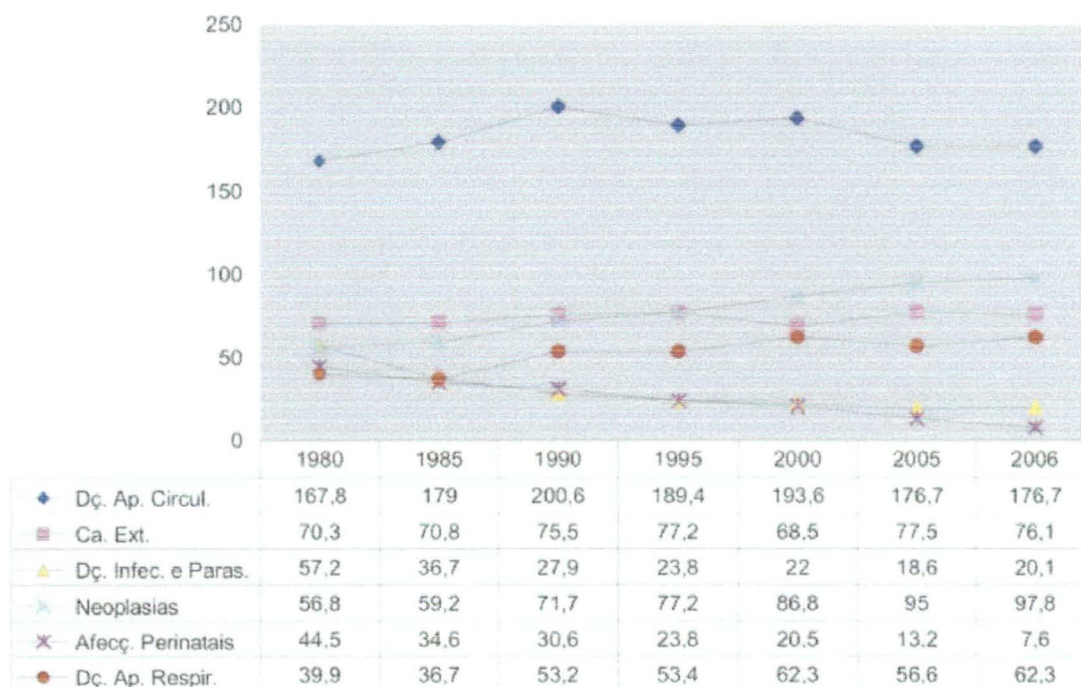
A atenção à saúde no Paraná tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, uma vez que a SESA (Secretaria Estadual de Saúde do Paraná), embora tenha sido criada em 1947, ocorreu em 2007 com uma reestruturação e reorganização do seu sistema gerencial, tornando-se integradora, objetivando uma realocação e reorganização gerencial dos recursos humanos, recursos físicos e recursos financeiros, assim como também coletar e reunir em um banco de dados através de relatórios, sobre as situações epidemiológicas do Estado e olhando a série histórica no período de 2000 – 2010, podemos observar no gráfico 1, as doenças de maior incidência no Estado.

Dentre as doenças constantes no gráfico 1, podemos ordenar por causas de óbitos: primeiro as doenças do aparelho circulatório, segundo as causas externas (acidentes e traumas) e terceiro as doenças infectocontagiosas e parasitológicas e, serão justamente estas as quais serão avaliadas devido aos grandes surtos ocorridos no Estado do Paraná no período de 2000-2010, os mesmos demandaram um acréscimo significativo no número de leitos de UTI tipo III.

A partir dos dados epidemiológicos do Instituto de Epidemiologia do Paraná, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Paraná (SESA), de acordo

com o boletim 2010, analisaremos aqui o surto da dengue nos Estado, o qual demanda de um tratamento de alta complexidade, para evitar a mortalidade.

**GRÁFICO 1 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS – PARANÁ 1980 – 2006**



FONTE: SESA-PR, 2006.

Como é possível avaliar no gráfico 1, classificamos em primeiro lugar, como maior coeficiente de mortalidade de 1980 a 2006 no Paraná as doenças do aparelho circulatório. Em segundo lugar, as neoplasias. Em terceiro lugar as causas externas, e em quarto lugar as doenças do aparelho respiratório. Dentro desse quadro verifica-se então que as doenças infectocontagiosas e parasitológicas, segundo a SESA, em 2006, seguiam na berlinda.

### 2.3 A DENGUE NO PARANÁ

A dengue é uma enfermidade causada pelo vírus da dengue, um arbovírus da família Flaviviridae, gênero Flavivírus, que inclui quatro tipos imunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A infecção por um deles dá proteção

permanente para o mesmo sorotipo e imunidade parcial e temporária contra os outros três.

A dengue tem, como hospedeiro vertebrado, o homem e outros primatas, mas somente o primeiro apresenta manifestação clínica da infecção e período de viremia de aproximadamente sete dias. Nos demais primatas, a viremia é baixa e de curta duração.

Atualmente, a dengue é a arbovirose mais comum que atinge o homem, transmitida pela picada do mosquito, sendo responsável por cerca de 100 milhões de casos/ano em população de risco de 2,5 a 3 bilhões de seres humanos. A febre hemorrágica da dengue (FHD) e síndrome de choque da dengue (SCD) atingem pelo menos 500 mil pessoas/ano, apresentando taxa de mortalidade de até 10% para pacientes hospitalizados e 30% para pacientes não tratados.

O período de incubação é de três a quinze dias após a picada. Dissemina-se pelo sangue (viremia). Os sintomas iniciais são inespecíficos como febre alta (normalmente entre 38° e 40 °C) de início abrupto, mal-estar, anorexia (pouco apetite), cefaleias, dores musculares e nos olhos. No caso da hemorrágica, após a febre baixar pode provocar gengivorragias e epistáxis (sangramento do nariz), hemorragias internas e coagulação intravascular disseminada, com danos e enfartes em vários órgãos, que são potencialmente mortais. Ocorre frequentemente também hepatite e por vezes choque mortal devido às hemorragias abundantes para cavidades internas do corpo. Há ainda petéquias (manchas vermelhas na pele), e dores agudas das costas (origem do nome, doença “quebra-ossos”).

A síndrome de choque hemorrágico da dengue ocorre quando pessoas imunes a um sorotipo devido a infecção passada já resolvida são infectadas por outro sorotipo. Os anticorpos produzidos não são específicos suficientemente para neutralizar o novo sorotipo, mas ligam-se aos virions formando complexos que causam danos endoteliais, produzindo hemorragias mais perigosas que as da infecção inicial. A febre é o principal sintoma.

No Paraná, conforme o relatório epidemiológico de 2008, da Secretaria Estadual de Saúde, a doença re-emergente de maior importância é a *dengue*. Até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967, a dengue foi considerada

erradicada. A doença vem apresentando variações cíclicas no Estado, com períodos irregulares e incidências importantes em anos epidêmicos.

De janeiro a dezembro de 2007, foram notificados 48.649 casos suspeitos, dos quais 26.448 já confirmados, por exame laboratorial ou critério clínico-epidemiológico. Destes casos, 25.530 eram autóctones (a infecção ocorreu no Estado), os quais todos foram encaminhados para as UTI's tipo III, ocorrendo dessa forma um grande aumento da demanda por leitos no Estado. Logo, como medida emergencial, de urgência, esses pacientes tiveram que ser alocados nas demais unidades, mesmo sem a estrutura necessária para o atendimento.

Das 22 Regionais de Saúde do Paraná, 17 (77,27 %) apresentaram casos autóctones, com incidência variando de 0,03/100.000 habitantes na 2ª Regional de Saúde, que abrange a Capital e Região Metropolitana, até 1.514,2/100.000 habitantes, na Regional de Maringá. A taxa de incidência de dengue no Estado foi em média de 242,9 casos/100.000 habitantes (IBGE, 2008).

Dos 399 municípios, 147 (36,8%) apresentaram transmissão ativa da doença em 2007, com maior incidência em Doutor Camargo (8.320,03 /100.000 habitantes. – 469 de casos), seguido de Ubatuba (7.588,2 – 1441 casos), São Jorge do Ivaí (7.235,4 – 374 casos) e Altônia (5.336,3 – 783 casos). Entre todos os municípios com ocorrência de casos, 82 têm incidência maior que 100 casos por 100.000 habitantes e 65 abaixo deste índice (IBGE, 2008). A população total exposta nos 147 municípios com circulação viral é de 4.499.997 habitantes, 42,8% do total de 10.511.862 habitantes. do Estado. Entre os municípios, vários apresentaram apenas 01 caso e Maringá registrou o maior número absoluto de casos – 6.313.

**GRÁFICO 2 - NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/ 100 MIL HABS. POR DENGUE, PARANÁ, 2000 – 2007.**

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

FONTE: SESA-PR

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

Conforme o gráfico 2, podemos avaliar que no período de 2000 a 2007, verificamos um aumento na taxa média de mais de 200% da incidências dos casos de dengue no Estado, o que nos leva a avaliar a necessidade ocorrida do acréscimo de número de leitos da UTI tipo III no Paraná.

Para ter como parâmetro para análise do aumento percentual médio dos casos de dengue no Paraná, é interessante observarmos o gráfico 3, o qual apresenta os casos de dengue no país, no período de 1990 – 2007.

E, a seguir no capítulo 3, trata de uma análise sobre a oferta de leitos tipo III, no Paraná, onde o principal foco do ponto de vista da economia da saúde relaciona-se com a realocação dos recursos para essas unidades, uma vez que não foram criadas UTI's repentinamente, tampouco foram construídas novas unidades.

## QUADRO 3 – TAXA DE INCIDÊNCIA DA DENGUE. BRASIL E GRANDES REGIÕES

Taxa de incidência da dengue, Brasil e Grandes Regiões, 1990-2007

	1990	98	1992	95	1994	99	00	01	02	03	04	05	06	07
<b>Brasil</b>	0,0	21,0	0,0	0,0	21,1	99,1	22,0	13,6	39,3	21,4	39,5	20,9	34,9	22,2
<b>Região Norte</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Acre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amapá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Paraná	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Região Nordeste</b>	8,2	19,1	0,0	1,3	19,2	29,1	4,0	49,1	4,5	29,1	18,0	14,1	20,3	29,1
Alagoas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bahia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ceará	39,1	115,3	0,0	0,0	7,9	25,8	3,0	8,2	19,3	29,2	39,2	39,2	59,2	47,2
Rio Grande do Norte	0,0	0,0	0,0	0,0	19,8	204,5	299,3	98,0	69,1	79,1	69,3	104,5	112,7	247,5
Pernambuco	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	35,1	138,8	147,7	40,2	6,1	2,2	55,3	30,6	7,1
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio de Janeiro	11,9	52,4	0,0	0,0	13,2	32,4	38,6	29,9	33,7	4,0	5,1	7,3	41,0	12,7
Sergipe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santa Catarina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Região Sudeste</b>	8,0	14,2	2,5	8,0	7,3	8,1	5,1	3,0	38,1	9,5	10,1	15,9	4,9	19,1
Mato Grosso do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mato Grosso do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Espírito Santo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio de Janeiro	155,5	67,6	2,9	4,8	2,2	294,5	12,2	17,0	29,7	65,0	2,7	99,7	172,2	62,1
São Paulo	6,7	11,6	0,0	0,0	1,7	18,0	20,8	5,9	39,7	13,6	4,1	30,1	112,4	32,6
<b>Região Sul</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Paraná	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santa Catarina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio Grande do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Região Centro-Oeste</b>	0,5	4,1	0,0	14,3	59,3	29,2	54,1	120,9	19,1	13,0	19,2	30,0	39,9	45,0
Mato Grosso do Sul	9,3	24,1	0,0	5,8	9,3	25,9	174,5	25,7	13,1	45,0	3,2	25,1	36,2	54,1
Mato Grosso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrito Federal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Brasil</b>	37,2	71,1	1,5	4,9	31,8	161,1	177,0	196,1	331,9	144,1	284,1	167,9	249,1	357,1

Fonte: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), 2008, p. 103-122.

Fonte: SESA-PR, 2008

Verificando o quadro 3, justifica-se nos capítulos anteriores a descrição técnica comparativa em que os dados da SESA não são compatíveis com os

dados do IBGE, uma vez que a SESA divulga um percentual menor em relação ao IBGE dos números de casos de dengue. O IBGE divulga que em 2007 foram registrados no Estado do Paraná aumentaram em 242%, enquanto para a SESA aumenta em 468%. O que nos leva ao questionamento do processo de registro dos casos, coleta dos dados, diagnóstico da doença e tratamento.

### 3. OFERTA DE LEITOS DE UTI TIPO III NO ESTADO DO PARANÁ

#### 3.1 UTI TIPO III QUANTITATIVAMENTE

Essa seção, objetiva colocar a disposição do leitor dados como o surgimento da SESA, suas ações principais, descrever sobre o bem público relacionado à economia da saúde e como esse processo se dá no Paraná, assim como mostrar a importância do mapeamento do Estado e a sua divisão e microrregiões para que o leitor possa localizar as UTI's do Estado.

Segundo GUENA (2006), um bem público é aquele para o qual o consumo por parte de uma pessoa não reduz a disponibilidade do mesmo para a outra pessoa e desde 2009, a Secretaria de Saúde do Paraná vem reorganizando o processo de elaboração dos instrumentos de gestão do SUS, um exemplo é a própria reestruturação e reorganização da SESA, que antes era formada por outras instituições, como o Instituto de Epidemiologia do Paraná e o Instituto de Infectologia do Paraná, as centrais de leito, as centrais de transplantes, cuja cada uma delas faziam um papel diferente e não integrado, o que promoveu um maior dispêndio e descontrole dos gastos em organização gerencial do sistema.

Em linhas gerais, a grande confusão era: Para onde o ministério da saúde envia os recursos do SUS, uma vez que, ao se fazer o repasse previsto em lei<sup>2</sup>, de 12% da arrecadação dos impostos para a saúde ao governo do estado, é necessário que se tenha um órgão responsável pelo recebimento e que mediante um plano estratégico e um planejamento prévio saiba o que será realizado com os recursos arrecadados.

Então, partir de 2007 foi reestruturado o sistema gerencial para que fosse possível a realização das políticas de governo na saúde, pois o sistema não era integrado, só para citar um exemplo éramos uns dos Estados com a menor taxa de transplante de órgãos porque não havia uma comunicação entre as regionais de saúde do Estado. Pois, a regionalização não estava bem estruturada, e não havia uma central de transplante e de leitos como existe atualmente.

---

<sup>2</sup> LOA, PPL, LDO ( Lei Orçamentária Anual, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentária).

Com o objetivo de se consolidar como efetivas ferramentas de planejamento, construídas de forma coletiva e qualificadas a apoiar o processo decisório em saúde, promovendo a convergência das propostas de Governo, com as necessidades de saúde indicadas pela realidade paranaense, em conjunto com as outras esferas de governabilidade, sendo elas: governo municipal e governo federal, ocorre a reorganização do sistema de saúde do estado.

Para analisarmos a oferta de leitos de UTI tipo III no Estado do Paraná, utilizamos o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento que apresenta a síntese dos relatórios alcançados e tendo como base um conjunto de indicadores realizados pelo Ministério da Saúde, DataSUS e, IPARDES. Estes relatórios incluem aspectos qualitativos e quantitativos, como também a análise do processo geral de desenvolvimento das ações e serviços de saúde, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultam o alcance das metas.

No quadro 4, verificamos as UTI's por especialidades, e dividimos elas em número total de leitos, sendo destes subdivididos em: SUS e não-SUS. A título de informação, neste trabalho só serão analisadas as UTI's tipo III adulto, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

#### QUADRO 4 – UTI'S POR ESPECIALIDADES NO PARANÁ

UTI POR ESPECIALIDADE	LEITOS	SUS	NÃO SUS	TOTAL UTI
ADULTO TIPO I	298	112	186	40
ADULTO TIPO II	834	622	212	68
ADULTO TIPO III	231	140	91	10
PEDIÁTRICA TIPO II	113	73	40	24
PEDIÁTRICA TIPO III	84	47	37	6
NEONATAL TIPO II	272	196	76	32
NEONATAL TIPO III	84	68	16	7
QUEIMADOS	10	10	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>1926</b>	<b>1268</b>	<b>658</b>	<b>189</b>

Fonte: Cnes, 2010

### 3.2 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

O Estado do Paraná apresenta de uma forma geral nos seus 399 municípios um total de 118 estabelecimentos de saúde, porém, destes apenas 10 possuem UTI tipo III, de acordo com os quadros 5, 6 e 7.

#### QUADRO 5 – UTI TIPO I ADULTO

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	LEITO	SUS
Bandeirantes	Santa Casa de Bandeirantes	3	0
Cambé	Hospital São Francisco	6	0
Cascavel	Hospital e Maternidade Dr Lima Ltda	10	0
Cascavel	Hospital Santa Catarina	6	4
Cascavel	Policlínica Cascavel	10	0
Cianorte	Hospital São Paulo	8	0
Cornélio Procópio	CEGEN	6	4
Curitiba	Hospital da Polícia Militar do Paraná	10	0
Curitiba	Hospital das Nações	10	0
Curitiba	Hospital das Clínicas	8	0
Curitiba	Hospital do Coração	7	0
Curitiba	Hospital e Maternidade N S do Carmo	10	0
Curitiba	Hospital Geral de Curitiba	3	0
Curitiba	Hospital Milton Muricy	11	0
Curitiba	Hospital Santa Cruz	12	0
Curitiba	Hospital São Lucas	7	1
Curitiba	Hospital Vita Batel	10	0
Curitiba	INC Instituto de Neurologia	17	0
Curitiba	Medclin Clínica da Mulher e da Criança	9	0
Francisco Beltrão	Hospital São Francisco	5	2
Guarapuava	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	4	4
Guarapuava	Hospital Santa Tereza	4	4
Jacarezinho	Santa Casa de Misericórdia de Jacarezinho	7	6
Londrina	HCL Hospital do Câncer de Londrina	6	0
Londrina	Hospital do Coração de Londrina	17	0
Londrina	Hospital Mater Dei	10	0
Marechal Cândido Rondon	Hospital Rondon	3	0
Maringá	Hospital e Maternidade São Marcos	7	0
Maringá	Hospital Maringá	6	0
Maringá	Hosp. Universitário Regional de Maringá HUM	8	0
Medianeira	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz	8	0
Medianeira	Hospital São Carlos	5	0
Palotina	Hospital e Maternidade Santa Cruz	2	0

Palotina	Hospital Menino Deus	2	0
Paranaguá	Hospital Paranaguá	4	0
Paranaguá	Hospital Regional do Litoral	9	4
Pato Branco	Hospital Thereza Mussi	1	0
São José dos Pinhais	Hospital São José	12	9
São José dos Pinhais	Novaclínica Hospital e Maternidade	8	8
Toledo	Hospital Dr Campagnolo	7	0
<b>TOTAL</b>	<b>40 estabelecimentos de saúde</b>	<b>298</b>	<b>46</b>

Fonte: Cnes, 2010

### QUADRO 6 – UTI TIPO II ADULTO

MUNICÍPIO	ESTABELICIMENTO	LEITO	SUS
Apucarana	Hospital da Providência	16	14
Apucarana	Hospital da Providência Materno Infantil	2	2
Arapongas	Irmandade Santa Casa de Arapongas	7	5
Araucária	Hospital Municipal de Araucária	9	9
Cambé	Santa Casa de Cambé	10	0
Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron	44	44
Campo Largo	Hospital Maternidade Parolin	16	16
Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rocio	41	41
Campo Mourão	Central Hospitalar	10	10
Campo Mourão	Hospital Santa Casa de Misericórdia	13	10
Cascavel	CEONC	5	5
Cascavel	Hospital do Câncer UOPECCAN	8	5
Cascavel	Hospital Salete	11	9
Cascavel	Hospital São Lucas FAG	6	5
Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	14	14
Cascavel	Policlínica Cascavel	10	4
Castro	Hospital Anna Fiorillo Menarim	9	9
Chopinzinho	APSAUDE	10	0
Cianorte	Hospital São Paulo	8	8
Cianorte	Santa Casa Intermunicipal de Saúde	10	7
Cornélio Procópio	Santa Casa de Cornélio Procópio	10	10
Curitiba	HNSG	17	10
Curitiba	Hospital Cruz Vermelha	24	8
Curitiba	Hospital de Clínicas	35	35
Curitiba	Hospital do Trabalhador	20	20
Curitiba	Hospital Instituto de Medicina	5	0
Curitiba	Hospital Pilar	11	0
Curitiba	Hospital Santa Casa	37	28
Curitiba	Hospital São Vicente	11	8

Curitiba	Hospital Universitário Cajuru	22	22
Curitiba	Hospital Vita Batel	1	1
Curitiba	Hospital XV	7	1
Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	20	12
Foz do Iguaçu	Hospital Municipal de Foz do Iguaçu	11	11
Francisco Beltrão	Hospital Regional Walter Alberto Pecoits Fran. Beltrão	20	0
Francisco Beltrão	Hospital São Francisco	10	0
Francisco Beltrão	Policlínica São Vicente de Paula FB	10	10
Goioerê	Santa Casa de Misericórdia de Goioerê	5	5
Guarapuava	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	6	6
Guarapuava	Hospital Estrela de Belem	4	0
Guarapuava	Hospital Santa Tereza	9	9
Irati	Santa Casa de Irati	11	10
Ivaipora	Hospital Bom Jesus	12	8
Ivaipora	Hospital e Maternidade Ivaipora Ltda	9	7
Londrina	HC Hospital do Câncer de Londrina	7	7
Maringá	Hospital do Câncer de Maringá	4	4
Maringá	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	24	12
Maringá	Hospital e Maternidade Santa Rita	12	12
Maringá	Hospital Paraná	12	0
Maringá	Hospital Universitário Regional de Maringá HUM	8	8
Medianeira	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz	3	3
Palmas	Hospital São José	10	10
Paranavaí	Hospital Regional do Noroeste	10	10
Pato Branco	Hospital São Lucas de Pato Branco Ltda	10	10
Pato Branco	Policlínica Pato Branco	13	8
Ponta Grossa	Hospital Bom Jesus	13	12
Ponta Grossa	Hospital Municipal DR Amadeu Puppi	11	0
Ponta Grossa	Hospital Vicentino	10	6
Ponta Grossa	Santa Casa de Misericórdia	12	12
Sarandi	Metropolitana de Sarandi	15	15
Telêmaco Borba	Hospital Dr Feitosa	10	10
Toledo	ACO	4	0
Toledo	HOESP	14	12
Umuarama	Hospital Cemil	12	10
Umuarama	Hospital Geral Nossa Senhora Aparecida	13	6
Umuarama	Norospar	10	10
União da Vitória	APMI	5	3
União da Vitória	Hospital Regional de Caridade Nossa Sra Aparecida	6	4
<b>TOTAL</b>	<b>68 estabelecimentos de saúde</b>	<b>834</b>	<b>622</b>

Fonte: Cnes, 2010

### QUADRO 7 – UTI TIPO III ADULTO

MUNICÍPIO	ESTABELICIMENTO	LEITO	SUS
Apucarana	Hospital Regional João de Freitas	46	43
Curitiba	Centro Hospitalar de Reab Ana Carolina Xavier SESA	10	0
Curitiba	Hospital Erasto Gaetner	10	7
Curitiba	Hospital Infantil Pequeno Príncipe	10	0
Curitiba	Hospital Universitário Cajuru	18	8
Curitiba	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	25	25
Curitiba	Hospital Vita Curitiba	32	0
Londrina	Hospital Evangélico de Londrina	27	12
Londrina	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	17	17
Londrina	Santa Casa de Londrina	36	28
<b>TOTAL</b>	<b>10 estabelecimentos de saúde</b>	<b>231</b>	<b>140</b>

Fonte: Cnes, 2010

### 3.3 MAPEAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ

Até 2002, quem realizava esse mapeamento, o qual era denominado de estabelecimentos de saúde, subdividindo-o em: com internação e sem internação, era o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

A partir de 2005, com o plano tabular de banco de dados de 1999, 2002 e 2005, uma parceria entre a Agência Médico-Sanitária – AMS e IBGE, que contaram com o apoio do Ministério da Saúde passaram então a investigar todos os estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados, com ou sem internação, em todo o território nacional, objetivando revelar o perfil da capacidade instalada em saúde no Brasil, e a formação atualizada de um Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Cnes.

Com isso, foi possível então, em 2006, a publicação de um relatório completo da saúde, intitulado *Estatísticas da Saúde*, partindo da premissa legal da portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, cria-se então a nova especificação relacionada às UTI's, conforme relatado no capítulo 2 deste estudo.

Nos anexos, seguem as tabelas referentes a este estudo da AMS 2005, em relação aos estabelecimentos de saúde no Brasil, logo, contendo a região do Paraná.

Verificamos ainda neste estudo, que o Paraná, conforme o Quadro 8, apresentava em 2005 75 estabelecimentos hospitalares com UTI tipo II, ressaltando que até então, a UTI tipo III ainda não havia sido caracterizada. A partir de 2005, que a UTI tipo III, pela legislação em vigor, passou a ser caracterizada no Paraná, e dentre os 75 estabelecimentos de saúde do Paraná, foram setorizados como UTI tipo III apenas dez estabelecimentos como sendo de alta complexidade, como observado no Quadro 9.

**QUADRO 8 – Estabelecimentos de saúde que prestam serviço ao SUS, segundo Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais – 2005**

Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais	Estabelecimentos de saúde que prestam serviço ao SUS				
	Ambulatorial	Internação	Emergência	UTI/CTI	DIÁLISE
PARANA	2 909	426	411	75	64

Verifica-se que a necessidade da geração de novos leitos ocorreu devido ao aumento da demanda no Paraná, gerando a oferta leitos em dez estabelecimentos de saúde classificados como UTI tipo III, leitos de alta complexidade. Uma das justificativas trazidas pelos relatórios da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná refere-se ao surto de dengue ocorrido em 2007.

Aqui cabe uma análise crítica, dos estabelecimentos acima citados, apenas foi construído uma única unidade nova, que trata do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Xavier, o qual a unidade de terapia intensiva iniciou o seu funcionamento em outubro de 2010, por isso ainda não tem seu cadastro ao SUS.

As demais unidades todas já existiam, apenas ocorreu uma realocação de recursos físicos, financeiros e humanos para que essas unidades pudessem ser ampliadas, implementadas e implantadas, além do mais ainda ressalta-se uma parceria ao sistema público-privado, pois hospitais como Cajuru, Evangélico de Curitiba, Pequeno Príncipe e Santa Casa de Londrina apresentam essa parceria.

Outro detalhe importante é que quem oferece o maior número de leitos para atendimentos em unidades de terapia tipo III, trata-se de um hospital privado que é o hospital Vita, o qual não tem convênio com o SUS.

## 4. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

### 4.1 APRESENTAÇÃO DO PNS

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (MS, 2006).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

O Comitê Gestor, que estabeleceu as diretrizes do trabalho, é composto por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do IBGE, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, e da Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda.

O Grupo Executivo – responsável pelos trabalhos de implementação das contas de saúde – é composto por representantes técnicos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, da Fiocruz, do IBGE, e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atualmente, o grupo trabalha na produção de uma conta-satélite para a saúde.

Os dados sobre a saúde pública nesse trabalho não separam despesas com tratamento de pacientes de despesas com produção de medicamentos em laboratórios oficiais ou com distribuição de remédios em programas do governo.

Quando nos referimos a economia da saúde é importante lembrar que a evolução tecnológica de certa forma traz alguns problemas como, criação de instrumentos para aumentarmos os investimentos em inovação tecnológica, para capacitação das equipes de saúde, para desenvolvimento de remédios, de vacinas, de exames menos invasivos e mais resolutivos, de procedimentos cirúrgicos que auferem menor risco de morte aos pacientes, enfim, a grande questão é como arrecadar recursos e a melhor alocação para se obter eficácia e eficiência. Ao mesmo tempo, que tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas, ocorre o aumento dos desafios e dos impasses.

Os indicadores de desenvolvimento humano (IDH) no Paraná mostram que a população, de uma forma geral, tem se apresentado de forma crescente, com a introdução de medicamentos melhores, seguidos de equipamentos mais modernos, ocorreu uma diminuição da taxa de mortalidade, seguido de uma diminuição da taxa de natalidade com um aumento da expectativa de vida, e isso é observado no site do IBGE no senso de 2008

Segundo PINDYCK (2006), o termo eficiência (ou eficiência econômica) significa que os recursos serão usados da melhor forma possível para satisfazer as necessidades e desejos das pessoas. E a eficácia significa alcançar os resultados planejados, alcançar os objetivos e alcançar as metas

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Vale ressaltar que com isso é que se criaram instrumentos para melhorar o sistema de

arrecadação e de alocação de recursos destinados ao custeio do SUS, com essa proposta foi criado o PNS.

Porém o PNS, em linhas gerais se tornou um instrumento eleitoreiro, pois o que precisava ter sido realizado e planejado não foi, como por exemplo, a tabela de referencial de honorários médicos-sanitários, de procedimentos do SUS. A última atualização dos referenciais ocorreu em 2007, após 10 longos anos sem alterações, sem reajustes. Só para exemplificar, em média pagava-se antes de 2007 por um procedimento de internamento em um hospital a diária de R\$ 1.136,00 reais, hoje paga-se em média pelo mesmo internamento R\$ 1.409,00 (MS, 2009). Enquanto que a rede privada hoje no Paraná, em média cobra pelo mesmo internamento uma diária de R\$ 1.500,00 para média complexidade e de R\$ 2.300,00 para alta complexidade, a diferença de custo é bastante significativa.

Dito isso, é possível entendermos porque a rede privada consegue levantar recursos para investir em novos equipamentos, na modernização dos setores hospitalar, na capacitação da suas equipes de saúde.

Fica então a crítica ao PNS que além de não ter realizado uma política de investidora em reorganização do sistema SUS, também não buscou medidas de saneamento do principal problema: A ESCASSEZ DE RECURSOS PARA A SAÚDE.

Na seção a seguir, iremos colocar de forma resumida e experiência profissional, pois devido ao fato de trabalhar em um órgão público da saúde foi possível entre outras medidas, verificar o RAG, antes do seu lançamento que previsto para o final do segundo semestre de 2010. Com isso podemos avaliar alguns números referentes a economia da saúde, principalmente, no que se refere para a alocação de recursos destinados ao combate á dengue.

## 5. GASTOS COM PUBLICIDADE

Foi criado em outubro de 2008, o grupo executivo interministerial, formado pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, para implementar ações de prevenção e controle da dengue, composto por 10 órgãos : Ministério da Saúde, Casa Civil da Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, Ministério das Cidades, Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério da Integração Nacional, Ministério da Justiça, Ministério do Meio Ambiente e Ministério do Turismo.

Uma parceria firmada entre os Ministérios da Saúde e da Defesa, as Forças Armadas atuaram como agentes de combate ao mosquito e como força em educação e mobilização em saúde (MS, 2008):

- 1.490 militares receberam treinamento do Ministério da Saúde;
- 910 atuaram nos municípios em 2008/2009;

Ocorreu então a partir dessa data uma ampla mobilização social, comunitárias, mídias, instituições públicas, parcerias com empresas privadas, terceiro setor e entidades civis:

- Conclamação de gestores estaduais e municipais para combate diário da dengue;
- Campanha publicitária “Brasil unido contra a dengue”;
- Parceria com o Ministério da Educação para divulgação de informações a professores e alunos;
- Parceria com mais de 200 instituições públicas, privadas e do terceiro setor;
- Mobilização de mais de 42 mil líderes comunitários em todo o país;
- Apoio para realização de mutirões de limpeza nas cidades;

### 5.1 EPIDEMIA DE DENGUE

O Paraná vive uma situação atípica e bastante preocupante em relação ao vírus da dengue. A única vez em que os três sorotipos da doença circularam ao

mesmo tempo no Estado foi em 2002, e que foi o precursor para uma epidemia da doença no ano seguinte.

No ano de 2009, a Secretaria de Estado da Saúde detectou a ocorrência da circulação dos três tipos do vírus, o que pode ocasionar um aumento no número de casos graves da doença no Estado. Por conta disso, o Dia D de combate à dengue, marcado para 14 de novembro, veio para trazer um alerta importante à população.

De acordo com o coordenador de combate à dengue da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), Ronaldo Trevisan, existem três sorotipos da dengue, o Den 1, Den 2 e Den 3. No ano de 2002, considerado um ano epidêmico com cerca de quatro mil casos da doença contabilizados no Estado, foi a primeira e única vez que ocorreu a circulação simultânea dos três tipos do vírus. No ano seguinte foram registrados cerca de nove mil casos no Paraná.

Diante de tamanha proporção do problema, o estado se viu em uma situação de tomar medidas não paliativas e sim eficazes para combater a dengue.

No ano de 2009, através da equipe do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), os municípios com as campanhas nacionais de combate a dengue, permanecem na ativa nos bairros eliminando os depósitos que possam acumular água parada e passando orientações aos moradores para a prevenção da dengue. Ocorreu dessa forma uma união de esforços e investimento tripartite: governo federal, estadual e municipal, objetivando de forma eficiente a alocação de recursos publicitários, de recursos financeiros no treinamento de equipes de saúde, em promoção de informação e promoção da erradicação do mosquito transmissor da dengue (MS, 2008).

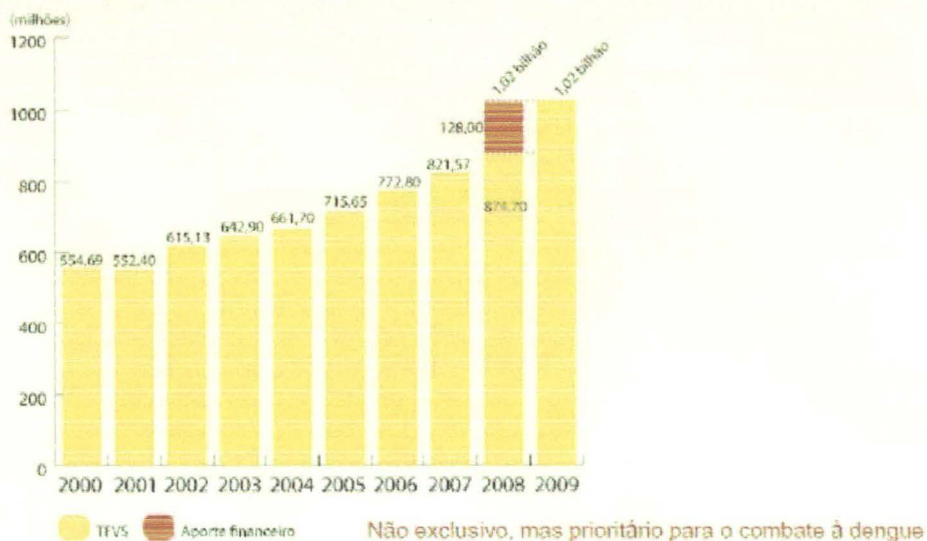
## 5.2 RECURSOS FINANCEIROS DO GOVERNO FEDERAL: Gestão 2008-2010.

Incorporação do aporte extra de R\$ 128 milhões, feito em 2008 ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS). Para tanto, todos os recursos para combate à dengue foram mantidos para 2009.

## RECURSOS FINANCEIROS



O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) é transferido pelo MS para estados e municípios para prevenção e controle de doenças



### 5.3 TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA 2009

R\$ 1,02 bilhão

- Gastos específicos no combate à dengue:

R\$ 55 milhões (até outubro/2009)

Campanha publicitária (produção, veiculação e ações de mobilização)

R\$ 40 milhões

- Equipamentos e insumos

R\$ 10,5 milhões

- Teste NS1 (implantação das Unidades Sentinela e supervisões nos Estados)

R\$ 860 mil

- Medicamentos

R\$ 1 milhão

- Treinamento e Capacitação

R\$ 2,1 milhões

- Implantação do SINAN web (Sistema de Informação de Agravo de Notificação)
- R\$ 500 mil

É importante salientar que o planejamento estratégico para combate com eficiência a dengue, com investimentos pesado em programas de combate ao mosquito transmissor da dengue, com ampliação do programa de saúde da família (PSF), para informar, orientar, e promover a saúde e medidas sanitárias, e de certa forma, maior participação do Estado do Paraná se deu a partir de 2007, com a aprovação do orçamento para a gestão de 2008/2010, isso se verifica com facilidade no site do ministério da saúde.

Anteriormente, apenas víamos medidas paliativas, e devido o surto registrado no Estado do Paraná em 2007, o governo federal repassou cerca de 170 milhões de reais para ampliação do número de leitos de UTI's tipo III, para programas de combate a dengue, para compra de medicamentos e para propagandas.

O Conceito continua o mesmo: “Brasil unido contra a dengue”, com um novo desdobramento – O combate não pode parar:

- Foco na mobilização de todos
- Ênfase na gravidade da doença: Dengue mata
- Materiais especiais direcionados a crianças, gestores, profissionais de saúde, educadores e comunidade

## 6. ANÁLISE DOS MAPAS

### 6.1 ANÁLISE DO MAPEAMENTO DA DENGUE NO PARANÁ

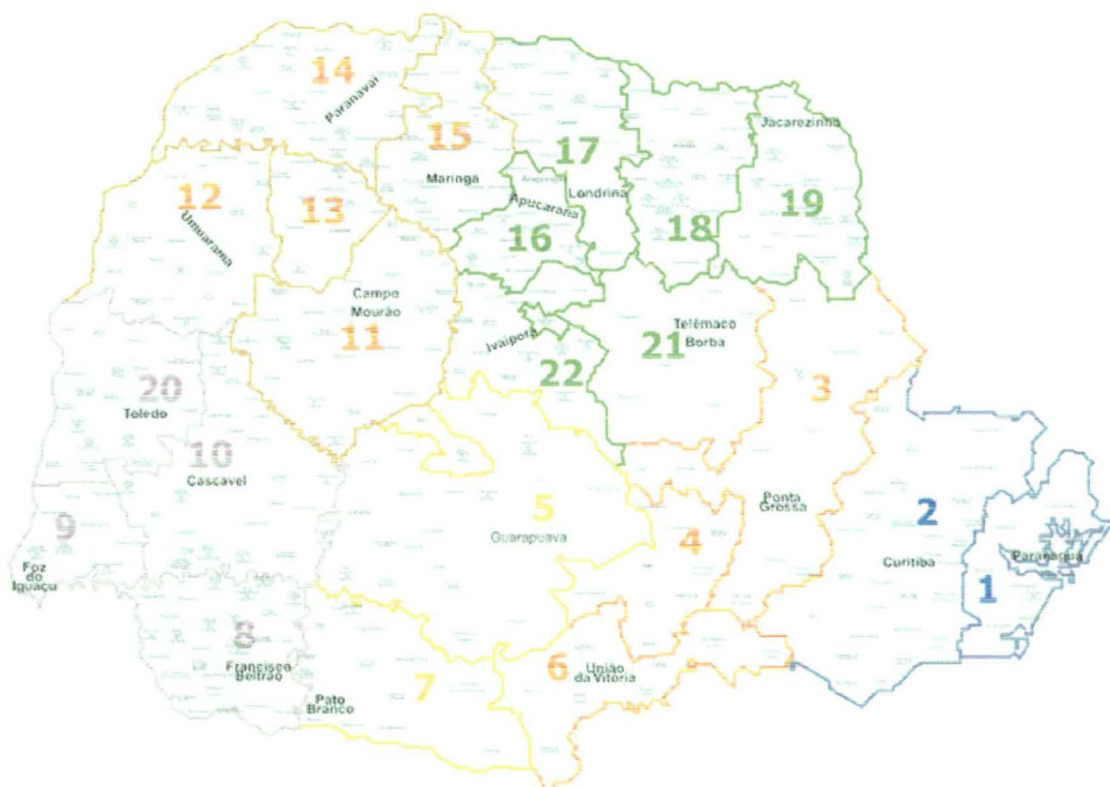
#### 6.1.1 Divisão do Estado do Paraná por mesorregiões



Fonte: IPARDES, 2004

As dez mesorregiões geográficas são: Noroeste, Centro-Ocidental, Norte Central, Norte Pioneiro, Centro-Oriental, Oeste, Sudoeste, Centro-Sul, Sudeste e Metropolitana de Curitiba.

### 6.1.2 Divisão do Estado do Paraná por microrregiões



Fonte: IPARDES, 2004

O Estado encontra-se dividido em 22 microrregiões atualmente. São elas: Paranavaí, Umuarama, Cianorte, Goioerê, Campo Mourão, Astorga, Porecatu, Floraí, Maringá, Apucarana, Londrina, Faxinal, Ivaiporã, Assaí, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Ibaiti, Wenceslau Braz, Telêmaco Borba, Jaguariaíva, Ponta Grossa e Toledo (IPARDES, 2004).

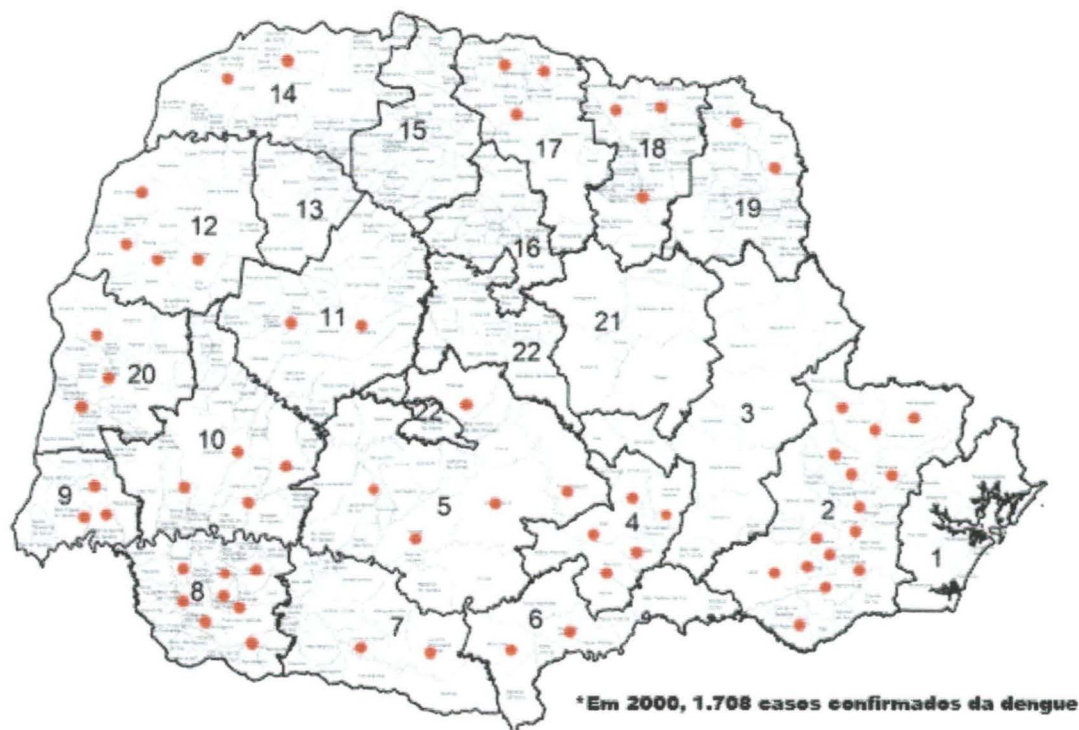
### 6.1.3 Divisão do Estado do Paraná por regionais de saúde



Fonte: SUS, 2007

Para que fosse possível a padronização da saúde, o Estado do Paraná foi dividido também em 22 sub-regionais de saúde. As regionais são divididas em: Paranavaí, Umuarama, Cianorte, Goioerê, Campo Mourão, Astorga, Porecatu, Floraí, Maringá, Apucarana, Londrina, Faxinal, Ivaiporã, Assaí, Cornélio Procopio, Jacarezinho, Ibaiti, Wenceslau Braz, Telêmaco Borba, Jaguariaíva, Ponta Grossa e Toledo.

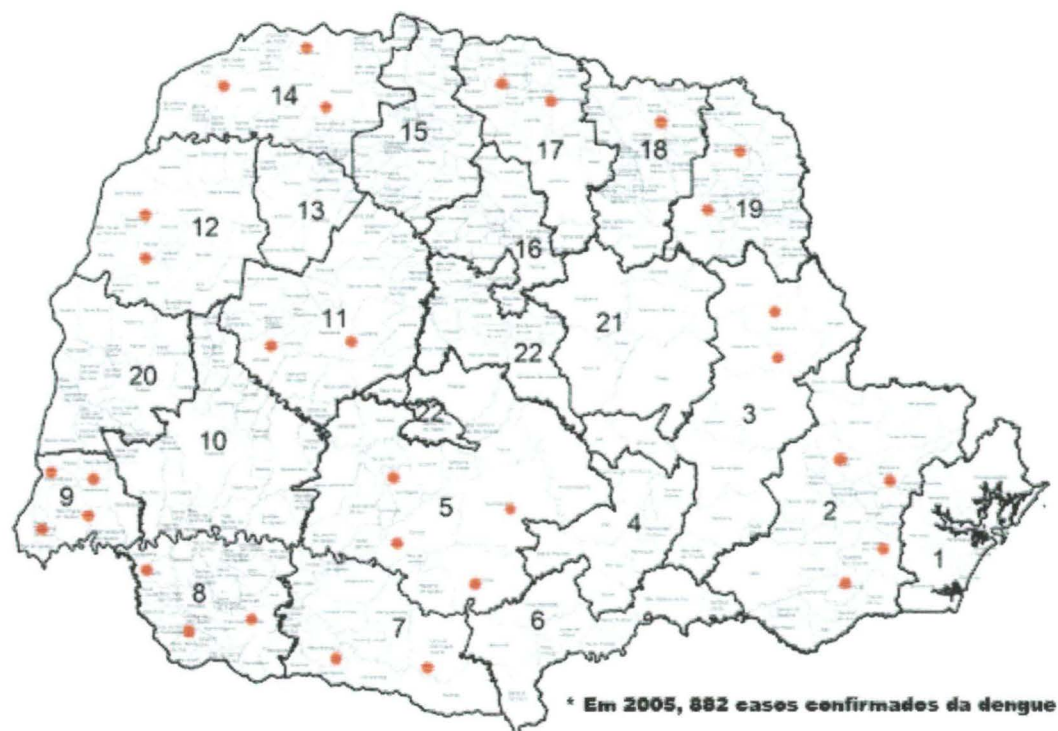
#### 6.1.4 Mapa da Dengue 2000



Fonte: Dados coletados na SESA, 2007

Em 2000 foram detectados mais de 1700 casos de dengue no Paraná. É possível verificar que a região oeste, centro-oeste e noroeste do Estado são as áreas mais acometidas, porém, Curitiba e grande região também apresentam registros significativos de casos de dengue.

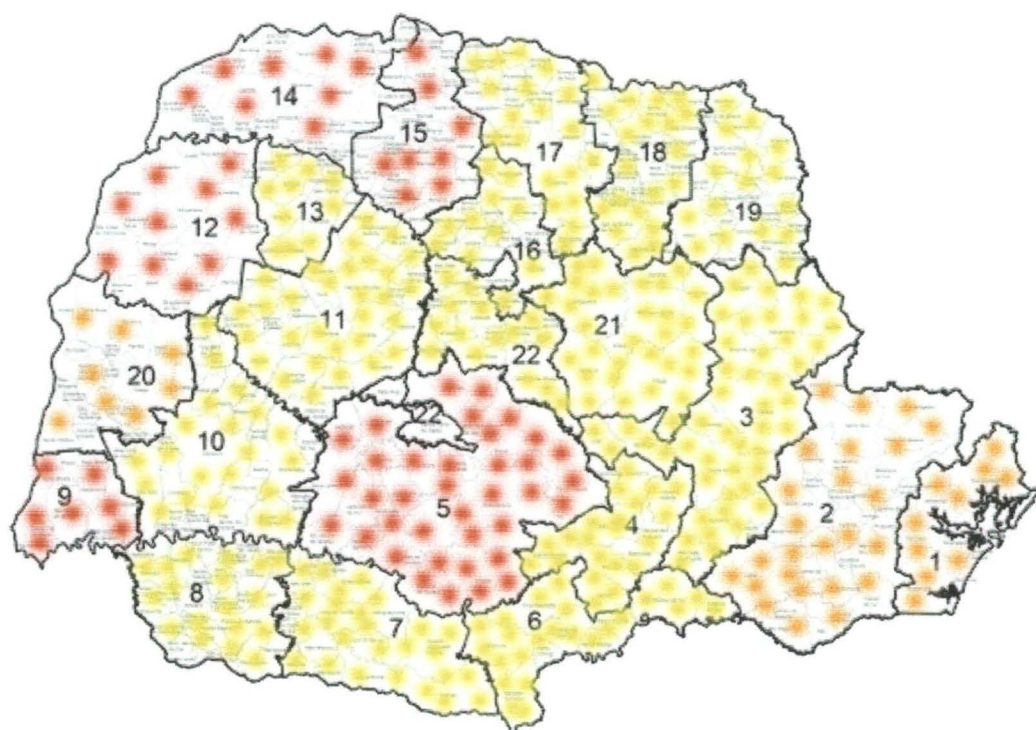
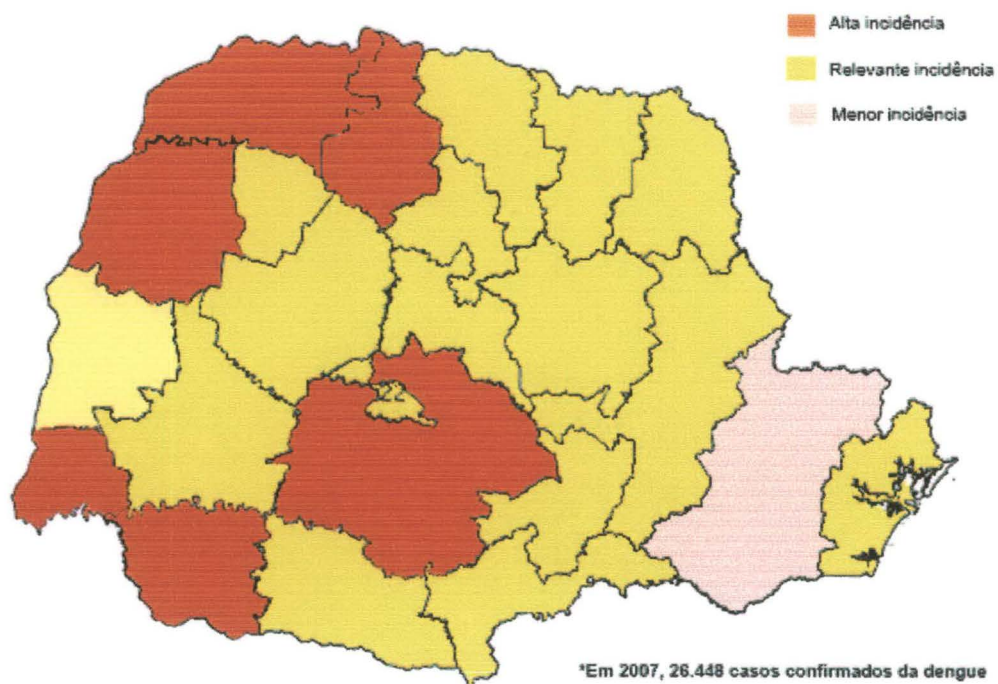
### 6.1.5 Mapa da Dengue 2005



Fonte: Dados coletados na SESA, 2007

Em 2005, foi possível diminuir a incidência dos casos da dengue com algumas medidas como: a implantação de programas de combate e prevenção a dengue, e ampliação dos agentes comunitários, para conter o avanço da doença. Porém o investimento não atingiu o teto de 10 milhões de reais, segundo o RAG, relatório da SESA, e com esse orçamento não foi possível atingir todas as regiões de forma eficiente no combate a dengue, ocorrendo dessa forma um surto de dengue no Estado no ano de 2007.

## 6.1.6 Mapa da Dengue 2007



Fonte: Dados coletados na SESA, 2007

As áreas em vermelho assinalam o surto que o estado do Paraná viveu em 2007, mais de 25000 novos casos da doença. Isso levou o poder público adotar medidas de emergências para combater a dengue. Envolvendo na esfera tripartite do poder para adoção de medidas eficazes no combate, prevenção e tratamento da doença.

## 6.2 ANÁLISE DO MAPEAMENTO DA UTI TIPO III NO PARANÁ

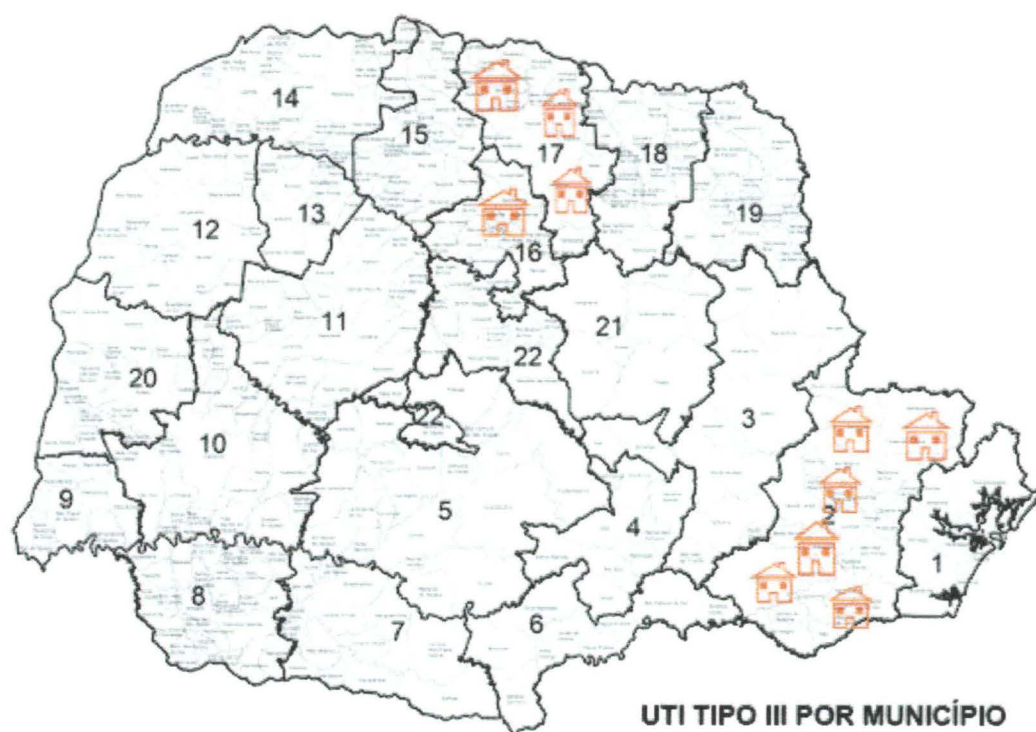
### 6.2.1 Mapa de UTI tipo II no Paraná



Mapa UTI tipo II ano 2010

O Estado dispõe de 622 UTI's tipo II, para atendimento de média complexidade, ou seja, para o atendimento dos casos de dengue mais graves, tipo 2 e tipo 3, o qual necessita de UTI's tipo III, essas 622 UTI's não resolvem o problema, logo são ineficientes.

### 6.2.2 Mapa de UTI tipo III no Paraná



Mapa UTI tipo III ano 2010

Na atualidade para atendimento dos casos mais graves da dengue e de outros casos de alta complexidade, como politraumatizados, o Paraná dispõe apenas de 10 unidades de UTI tipo III, para atender toda a população contabilizada em 10 milhões de habitantes no estado e estão localizadas em Londrina, Apucarana, Curitiba e região metropolitana, o resto do estado encontra-se a mercê da disponibilidade de vagas.

### 6.3. O PNS E A DENGUE NO PARANÁ

A Política Nacional de Saúde, no contexto geral, criada em 2002, tinha como principal meta a prevenção, promoção, recuperação, reabilitação da saúde, aporte maior de recursos físicos e financeiros direcionados, e para tal seriam realizados: treinamentos, capacitação e contratações.

O problema é que nem todos os Estados do Brasil estavam organizados e estruturados, de forma planejada e estratificada, como foi o caso do Paraná, que até então, não tinha uma secretaria de saúde com funções bem definidas e delimitadas.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) foi organizada seguindo as determinações exigidas pelo PNS, somente em 2007, mas foi justamente neste ano, como podemos avaliar nos boletins epidemiológicos, RAG, que ocorreu o maior surto da dengue no Paraná, mais de 25 mil casos da doença. Logo, não foi possível verificar o PNS no combate a dengue no Estado, como foi possível, por exemplo, em 2005, no Estado do Rio de Janeiro, nas regiões dos lagos, uma campanha forte, direcionada com os recursos do PNS, combatendo não só o surto da dengue, mas também a permanência do alerta, e da campanha.

Mas também não podemos dizer que o PNS não funcionou, um exemplo recente são os mais de 1.500 casos da gripe H1N1, onde a alocação dos recursos financeiros do PNS, em contratações e tecnologia no Laboratório de Análises Clínicas do Estado do Paraná, LACEN, fez do Estado um exemplo de rapidez, eficiência e credibilidade nos resultados dos exames para diagnóstico do H1N1, verificando-se um resultado preciso num prazo de 72 horas, enquanto que, nos outros Estados somente era possível obtê-los em 10 dias.

## 7. CONCLUSÃO

A Economia da Saúde é um tema bastante jovem, amplo e complexo com poucos investigadores, pois se trata de uma área nova de atuação para em especial ao Economista. Um campo que exige do pesquisador conhecimentos além das teorias econômicas, um conhecimento com especial atenção em experiências vividas no dia a dia das rotinas, normas e protocolos da saúde.

O que se pode verificar nesse trabalho é:

A dificuldade de encontrar os dados, e que realmente fossem condizentes com a realidade, pois órgãos oficiais de ordens de diferentes escalas não eram compatíveis, além de ter a sua estruturação, organização e formação recente. Logo a busca e o tratamento dos dados foi intensa.

As políticas públicas no que se referem ao combate à doença da dengue tem sido eficientes, no que se referem ao processo de aplicação do PNS especificamente a dengue no Paraná, ainda é muito desestruturado, desorganizado. É notória que a nova formação organizacional da SESA é que de certa forma nos mostra a falha da aplicação do PNS no combate a dengue.

Em contrapartida como foi possível verificar ao longo da análise, em outros casos de doenças no Paraná, como por exemplo, H1N1, o PNS foi eficiente. Outra questão importante a ser ressaltada, é que seguindo os princípios e as metas do PNS, o Estado está fazendo a sua lição, pois está se reestruturando e se reorganizando, preparando-se através das campanhas nacionais para combater a dengue.

Em relação às UTI's tipo III, o PNS, Programa Nacional de Saúde, o qual visa a reabilitação, recuperação, promoção e prevenção, não se aplica, pois um estado desse tamanho, com 10 milhões de habitantes só apresenta 10 UTI's tipo III, nenhuma nova unidade foi construída nesse período de 2000-2007, não ocorreram investimentos em insumos, produtos, tecnologia, em mão de obra para treinamento, recrutamento, capacitação para as UTIs, ou seja, uma política neutra e abstrata.

E ainda mais, também não se justifica a distribuição no estado das UTI's tipo III, onde as mesmas se localizam em Londrina, Apucarana e Curitiba, sendo

que das 10 unidades, 6 encontram-se em Curitiba e nenhuma nas extremidades do estado, como o noroeste, oeste e sudoeste.

É necessário, estudos de planejamento estratégico para melhor distribuição da UTIs tipo III no estado do Paraná, para suprir a deficiência na oferta x demanda por leitos. Com isso será possível direcionar os recursos financeiros e físicos do PNS no estado do Paraná.

## REFERÊNCIAS

**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil).** Resolução RDC n.º 17, de 24 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis>>. Acesso em 15 jul 2010, às 15:15h.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055, col. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em 15 jul 2004, às 15:50h.

**BRASIL.** *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n.º 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em 05 mai 2005, às 20:35h.

**BRASIL.** Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

**BRASIL.** Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde*: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 596, de 8 de abril de 2004. Brasília, 2004a.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Plano nacional de saúde 2004-2007*. Brasília, DF, 2004b.

**BRASIL.** Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Promoção da saúde*: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.

**CNES.** Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <[www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br)>. Acesso em 05 abr 2010, às 12:30h.

**CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8ª ed. Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

**CURITIBA.** SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Disponível em <[www.sms.curitiba.pr.gov.br](http://www.sms.curitiba.pr.gov.br)>. Acesso em 03 out 2010, às 21:50h.

**DATASUS.** Banco de Dados do SUS. Disponível em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 13 set 2010, às 10:00h.

**ESTATÍSTICAS DA SAÚDE**: assistência médico-sanitária 1999. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 106 p.

**FAÇANHA, L. O., MARINHO, A.** Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*, v. 4, n. 2, p. 315-349, abr./jun. 2000.

—————. Hospitais universitários: mecanismos de coordenação e avaliação comparativa de eficiência. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, v. 6, n. 19, p. 201-235, abr./jun. 1998.

**FOLLAND, Sherman.** *A Economia da Saúde*. 5ª Edição. Bookman: Porto Alegre, 2008.

**HAL R. VARIAN,** *MICROECONOMIA: Princípios Básicos*. 7ª Edição. Campos: RJ, 2002.

**IBGE.** Senso 2007. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 03 out 2010, às 20:32h.

**IPEA.** Portal IPEA. Disponível em <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>. Acesso em 30 out 2010, às 14:23h.

**MARINHO, A.** Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings. *Revista de Administração Pública – RAP*, v. 32, n. 6, p.145-158, nov./dez. 1998.

**MARINHO, A., SILVA, H. B. F. da.** Análise de desempenho no sistema de saúde. Anais do 18o Encontro Nacional de Engenharia de Produção / 4o Congresso Internacional de Engenharia Industrial – Enegep/98. Rio de Janeiro, Niterói, Universidade Federal Fluminense, 1998.

**MEDICINA INTENSIVA.** Site de Medicina. Disponível em <[www.medicinaintensiva.com.br](http://www.medicinaintensiva.com.br)>. Acesso em 20 set 2010, às 19:15h.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores. Manual de dengue: Vigilância Epidemiológica e Atenção ao Doente, 2ª edição, Brasília (DF); 1996.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** – Ministério da Saúde. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 20 out 2010, às 22:50h.

**PINDYCK, Robert.** Microeconomia. 6ª edição. Pearson Patrick: São Paulo, 2006.

**RAG** – Relatório Anual de Gastos. Disponível em [www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CPPI/arquivos/.../RAG2009.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CPPI/arquivos/.../RAG2009.pdf). Acesso em 20 set 2010, às 11:45h.

**RAMOS, Roberto.** O treinamento de planejadores do setor da saúde. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 03 out 2010, às 21:30h.

**REZENDE, Fernando.** Finanças Públicas: As atribuições econômicas do governo (pág 25 e 26). São Paulo: Atlas, 1987.

**RISCO DE EPIDEMIA DA DENGUE.** Jornal do Estado – Curitiba/PR. Edição 25 out 2009.

**ROSSETTI, José.** Introdução à Economia. 17ª Edição. Atlas: São Paulo, 1997.

**SESA.** Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em <[www.sesa.pr.gov.br](http://www.sesa.pr.gov.br)>. Acesso em 25 out 2010, às 20:15h.

**SILVA, G. R.** O SUS e a crise atual do setor público da saúde. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 03 out 2010, às 19:50h.

**VASCONCELOS.** Manual de microeconomia , 2 edição. Atlas: São Paulo, 2006

## ANEXO

### Objetivo específico do PNS (MS, 2008)

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim;

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

## **Diretrizes do PNS**

I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e

VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

## **Responsabilidades das esferas de gestão do PNS**

### **Gestor federal**

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de promoção da saúde;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite;

IV – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

V – Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais/regionais;

VI – Viabilizar linhas de financiamento para a promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde;

IX – Articular com os sistemas de informação existentes a inserção de ações voltadas a promoção da saúde no âmbito do SUS;

X – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XI – Definir ações de promoção da saúde inter-setoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população;

XII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Promoção de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e

XV – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

### **Gestor estadual**

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias estaduais de saúde;

V – Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde;

VI – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco-regionais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual;

XI – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XII – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XV – Promoção de cooperação referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e

XVI – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

### **Gestor municipal**

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

V – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VI – Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;

VII – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

VIII – Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;

XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;

XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;

XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;

XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde; e

XIX – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

## **PNS NO BRASIL**

O Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (2005), com a temática “SUS - o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção” é uma grande oportunidade de reflexão e mobilização acerca dos rumos do Estado e da sociedade brasileira, e das estratégias adotadas no âmbito do setor da saúde para a garantia do direito universal e integral à saúde.

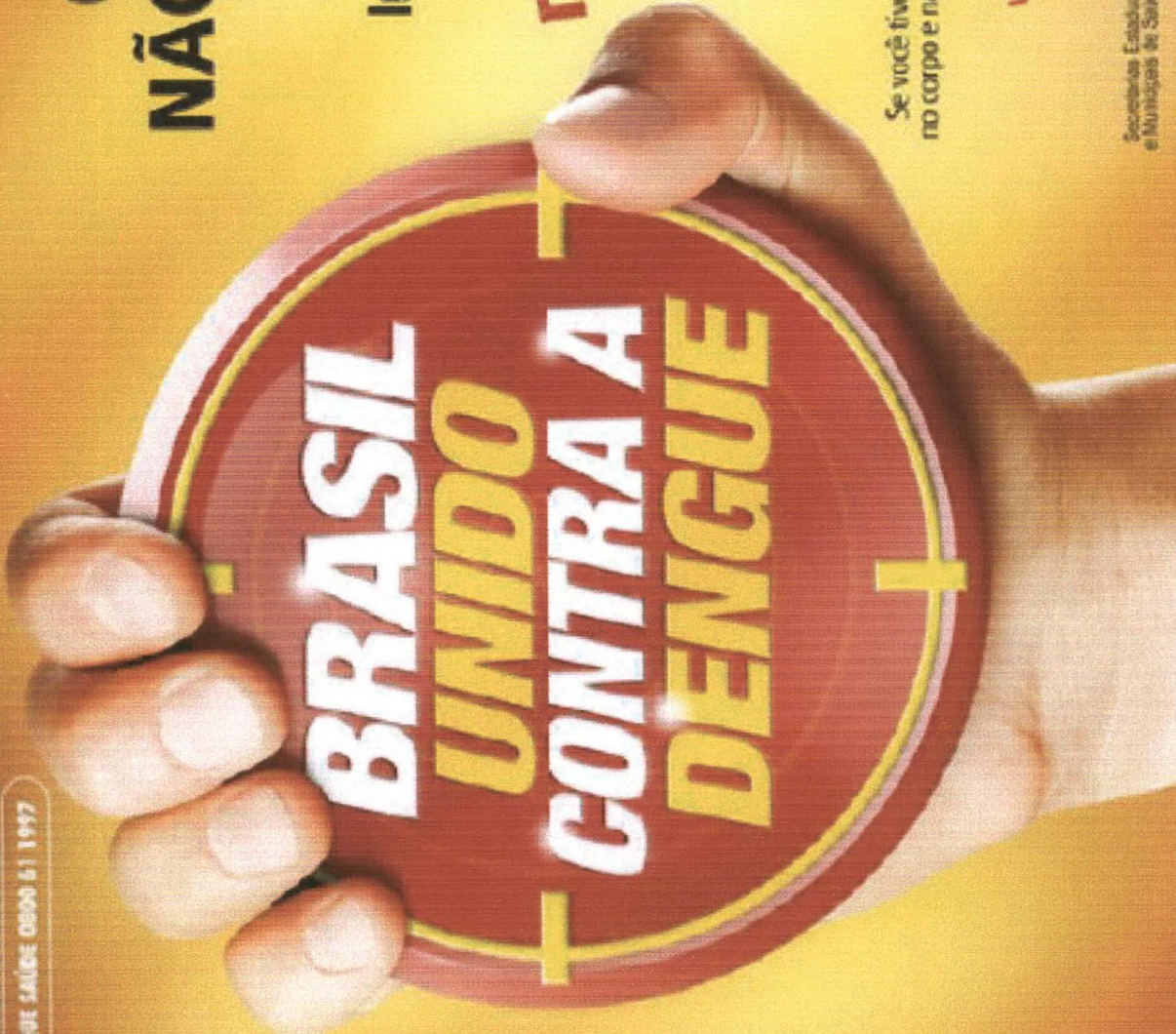
ARTAZ

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

FOFTE SAÚDE 0800 61 1997

# O COMBATE NÃO PODE PARAR.

Junte sua família  
e seus vizinhos na  
luta contra a dengue.



**BRASIL  
UNIDO  
CONTRA A  
DENGUE**



**DENGUE  
MATA**

Se você tiver febre alta com dor de cabeça, dor atrás dos olhos,  
no corpo e nas juntas, vá imediatamente a uma unidade de saúde.

[www.combatadengue.com.br](http://www.combatadengue.com.br)

Secretarias Estaduais  
e Municipais de Saúde



Ministério  
da Saúde



## APACHE II - Índice de gravidade de pacientes em unidade de terapia intensiva

**Tabela 1** - Índice de gravidade de pacientes em unidade de terapia intensiva

APACHE  
II

**Tabela 1A** - Escore de fisiologia aguda

Variável fisiológica	Variação anormal alta					Variação anormal baixa			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura retal (°C)	? 41	39 a 40,9	38,5a38,9	36 a 38,4		34a35,9	32 a33,9	30 a31,9	? 29,9
Pressão arterial média (mmHg)	? 160	130 a 159	110 a 129	70 a 109			50 a 69		? 49
Frequência cardíaca (bpm)	? 180	140 a 179	110 a 139	70 a 109			55 a 69	40 a 54	? 39
Frequência respiratória (rpm)	? 50	35 a 49		25 a 34	12 a 24	10 a 11	6 a 9		? 5
Oxigenação	? 500	350 a 499	200 a 349	< 200	> 70	61 a 70		55 a 60	< 55

a)

<p>FiO<sub>2</sub> ? 0,5P (A - a)O<sub>2</sub></p> <p>&lt;!--[if !supportLists--&gt;&lt;!--[if !supportLists--&gt;</p> <p>b) &lt;!--[endif--&gt;&lt;!--[endif--&gt;</p> <p>FiO<sub>2</sub> &lt; 0,5 PaO<sub>2</sub></p>									
PH arterial	? 7,7	7,6 a 7,69	7,5 a 7,59	7,33a7,49		7,25a7,32	7,15a7,24	< 7,15	
Sódio sérico (mEq/l)	? 180	160 a 179	155 a 159	150 a 154	130 a 149		120a 129	111a 119	? 110
Potássio sérico (mEq/l)	? 7	6 a 6,9		5,5 a 5,9	3,5 a 5,4	3 a 3,4	2,5 a 2,9		? 2,5
Creatinina (mg%) (pontos x 2 se IRA)	? 3,5	2 a 3,4	1,5 a 1,9		0,6 a 1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	? 60		50 a 59,9	46 a 49,9	30 a 45,9		20 a 29,9		< 20
Glóbulos brancos (mm <sup>3</sup> )	? 40		20 a 39,9	15 a 19,9	3 a 14,9		1 a 2,9		< 1
Escala de Glasgow	15 - (valor observado na GSC)								

**Tabela 1B –**

Pontos para a idade

<b>Idade (anos)</b>	<b>Pontos</b>
? 44	0
45 a 54	2
55 a 64	3
65 a 74	5
? 75	6

**Tabela 1C – Pontos para doença crônica**

<b>Se o paciente tiver indícios de doença orgânica, devemos atribuir estes valores:</b>
<p>&lt;!--[if !supportLists]--&gt;&lt;!--[if !supportLists]--&gt;</p> <p>a)</p> <p>&lt;!--[endif]--&gt;&lt;!--[endif]--&gt;</p> <p>Pós-operatório de emergência ou insuficiência grave de sistema orgânico: 5 pontos</p> <p>&lt;!--[if !supportLists]--&gt;&lt;!--[if !supportLists]--&gt;</p> <p>b)</p> <p>&lt;!--[endif]--&gt;&lt;!--[endif]--&gt;</p> <p>Pós-operatório eletivo: 2 pontos</p>
<b>A insuficiência orgânica deve estar caracterizada segundo alguns critérios:</b>
<p>- Hepática: cirrose comprovada, HDA por hipertensão portal ou insuficiência hepática/encefalopatia/coma.</p> <p>- Cardiovascular: grupo IV</p>

da classificação da *New York Heart Association*.

- Respiratório: DPOC, hipóxia crônica documentada, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave, insuficiência respiratória aos pequenos esforços e hipercapnia .
- Renal: tratamento dialítico
- Imunológico: sob tratamento imunossupressor ou portador de doença que compromete a imunidade.

Escore

APACHE II: A + B + C

Risco

calculado de óbito:

In

$(R/1-R) = -3,517 + (\text{valor APACHE II} \times 0,146) + (0,603 \text{ se PO de urgência}) + \text{peso da categoria diagnóstica.}$

O índice APACHE II (*Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*) foi revisado e elaborado em 1985 por William A. Knaus, utilizado com frequência nas primeiras 24 horas de internações em unidades de terapia intensiva para avaliar o risco de óbito e prognóstico dos pacientes.