

### ANEXO I

- Para os Indicadores 9, 10 e 18, para os quais a última proposta do Ministério da Saúde difere da proposta do Estado, permanece para pactuação a meta proposta pelo Estado, de acordo com as justificativas anexas.

<b>Indicadores a serem pactuados</b>	<b>Meta Proposta pelo MS para o PR - 2008 (última)</b>	<b>Meta Aceita pelo Estado</b>
Coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou no. de óbitos pós-neonatal ( municípios com menos de 80 mil habs. )	Reduzir 5% em relação a 2007	3%
Coeficiente de mortalidade neonatal ou no. de óbitos neonatal ( municípios com menos de 80 mil habs. )	Reduzir 3% em relação a 2007	2%
Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado	60%	40%

- Para os indicadores 14, 33 e 36, propõe-se revisão da meta negociada entre a SESA/PR e o Ministério da Saúde, de acordo com as justificativas anexas.

<b>Indicadores a serem pactuados</b>	<b>Meta Proposta pelo MS para o PR - 2008</b>	<b>Meta Aceita pelo Estado</b>
Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue	Redução em 50% em relação a 2007	30%
Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde	1	0,6
Número de Cerest implantados ( indicador pactuado só pelo Estado )	7	3

- Em relação às metas dos demais indicadores, encontram-se pactuadas as metas resultado da negociação com o Ministério da Saúde.

**Coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou no. de óbitos pós-neonatal ( municípios com menos de 80 mil hab. )**

Considera-se difícil reduzir na proporção de 5%, visto que este é o primeiro componente de redução quando se iniciam ações para melhorar a atenção infantil com a diminuição de casos principalmente de infecções respiratórias, desnutrição e diarreias, que estão estabilizados no Estado. Neste indicador, incluem-se também as crianças que sobrevivem nos primeiros 28 dias, indo a óbito após, mas em consequência de causas neonatais.

As ações propostas no Estado para a redução deste componente da mortalidade infantil são: o aumento da Estratégia de Saúde da Família; a busca ativa das crianças; o incentivo ao aleitamento materno; a criação de Unidades de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e alto Coeficiente de Mortalidade Infantil; capacitações das equipes de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério; formação de uma rede de atenção à gestação e criança de risco com garantia de acesso (referência e contra-referência); ações nos Centros de Referência à Saúde Integral da Mulher “Ser mulher” com planejamento familiar, patologias do trato genital inferior, saúde da adolescente e da jovem, sexualidade humana, atendimento ao climatério/menopausa e aumento do número de leitos de UTI neonatal, visto que alguns óbitos pós-neonatais são os sobreviventes da mortalidade neonatal que após os primeiros 28 dias de vida vão a óbito em consequência de causas neonatais.

**Coeficiente de mortalidade neonatal ou no. de óbitos neonatal ( municípios com menos de 80 mil hab. )**

Historicamente de 2002 a 2006 a redução da mortalidade neonatal no Estado foi de 2,1%, segundo dados da SESA-PR, e o proposto pelo Ministério da Saúde foi uma redução de 3%. Este é o componente mais difícil da redução da mortalidade infantil.

As ações propostas no Estado para a redução deste componente da mortalidade infantil são a melhoria da qualidade no pré-natal com capacitações das equipes de atendimento pré-natal; formação de uma rede de atenção à gestação de risco com garantia de acesso (referência e contra-referência) ; ações nos Centros de Referência à Saúde da Mulher “Ser Mulher” com planejamento familiar, patologias do trato genital inferior, saúde da adolescente e da jovem, sexualidade humana, atendimento ao climatério/menopausa; incentivo ao aleitamento materno; a criação de Unidades de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança com atendimento em municípios com baixo índice de

desenvolvimento humano (IDH) e alto Coeficiente de Mortalidade Infantil; aumento do número de leitos de UTI neonatal.

### **Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado**

A proporção alcançada em 2007 foi de 34%. Em 2008, a disponibilização dos insumos ocorreu em março e há dificuldades no transporte para o LACEN. A SESA se propôs a apresentar à SMS/Curitiba uma proposta de melhoria nas ações que lhe compete.

### **Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue**

A letalidade foi de 56% no Paraná em 2007, portanto segundo os parâmetros do MS a meta seria reduzir em 50% essa taxa no ano de 2008. Os gestores municipais e estadual julgam, no entanto, que somente os casos muito graves estão sendo detectados e seria muito difícil, num curto período de tempo, aumentar a sensibilidade de todos os serviços de saúde para detectar a forma mais precoce de FHD e notificá-la.

Em estudo de fechamento de caso de análise de prontuário realizado em municípios do Paraná com alta incidência em 2007, identificaram-se casos que deveriam ter sido diagnosticados como FHD e pela evolução benigna foram incluídos como dengue clássico. Solicitamos ao MS a possibilidade de reavaliação do fechamento de casos em 2007 para melhoria da qualidade de nossa informação e utilização dos mesmos para discussão com os serviços para melhoria do diagnóstico precoce com base em dados reais.

### **Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde**

A média alcançada no Estado em 2007 foi de 0,55, o que justifica a revisão da pactuação em 2008 para 0,6.

### **Número de CEREST implantados**

De acordo com a Portaria GM 2.437/05 está previsto a implantação de 10 CERESTs – Centro Regional de Referência à Saúde do Trabalhador no Paraná. Até o ano de 2007,

foram habilitados apenas três, quais sejam: Centro Estadual, CEREST de Londrina e CEREST de Cascavel.

Na última reunião da CIB – Comissão Intergestores Bipartite realizada em dezembro/07 foram deliberadas as macro regiões que seriam contempladas com o CEREST.

- Macro Campos Gerais: Ponta Grossa, Irati, União da Vitória e Telêmaco Borba;
- Macro Sudoeste: Guarapuava, Pato Branco e Francisco Beltrão;
- Macro Norte I – Londrina e Cornélio Procopio
- Macro Norte II – Apucarana, Ivaiporã e Jacarezinho
- Macro Noroeste (2) – Maringá, Cianorte, Umuarama, Campo Mourão e Paranavaí
- Macro Metropolitana – Curitiba e Paranaguá
- Município de Curitiba

No Parâmetros para as Metas dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde/2008 consta como meta para o Estado do Paraná a implantação de 7 (sete) CERESTs, entretanto 2008 é ano eleitoral e todos os processos de encaminhamento para implantação devem ser encaminhados até junho/08 e acreditamos não haver tempo hábil para as devidas conversações/deliberações junto aos gestores estaduais (diretores de regionais de saúde) e diretores dos CRESEMS para a devida solicitação de implantação. O processo de implantação demanda haver espaço físico, equipe a ser destinada para o CEREST, bem como um acordo entre os diretores na gestão administrativa.

A direção do CEST acredita que seja possível pactuar apenas a implantação de 3 (três) CERESTs devido ao pouco tempo de que dispõe neste ano eleitoral. Estaremos trabalhando e tentando viabilizar a implantação dos outros 4 (quatro) restantes. Na CIB de abril/08, foi deliberada a implantação de 02 CERESTs – Macro Campos Gerais, no município de Irati e Macro Norte II, no município de Apucarana.